

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS
CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA LA PREVENCIÓN DE
LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO
DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PADRES Y CUIDADORES**

**JESSIKA ANDREA MORALES OÑATE
LEIDY CAROLINA RUANO BOLAÑOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCION SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD- CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2022**

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS
CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA LA PREVENCIÓN DE
LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO
DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PADRES Y CUIDADORES**

**JESSIKA ANDREA MORALES OÑATE
LEIDY CAROLINA RUANO BOLAÑOS**

**Trabajo de tesis, para obtener el título de:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA.**

**Asesor:
Magíster Andrés Suarez**

**Co asesor
Magíster Melissa Ricaurte Cepeda**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD- CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2022**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado son Responsabilidad de los autores.

Artículo 1 del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Concejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Presidente de Jurados

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, 24 de abril de 2022

AGRADECIMIENTOS

Al magister Andrés Suarez, asesor, por su valiosa ayuda y contribución de conocimientos en el desarrollo de la presente investigación.

A la magister Melissa Ricaurte, coordinadora de la Maestría, por su apoyo y asesoría en la elaboración del presente trabajo.

A la Alcaldía Municipal de Potosí, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Centro de Desarrollo infantil “Mis Primeras Huellitas” por permitir el desarrollo de la investigación en su Institución.

A los padres de familia que participaron en la estrategia, quienes nos brindaron una valiosa colaboración para hacer posible la realización de este trabajo.

A nuestras familias por haber sido el motor y fuente de inspiración para poder culminar esta investigación y obtener el título de Magister.

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Diarreica aguda se considera un problema importante de salud pública y continúa siendo una de las principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años. Es substancial resaltar que los principales factores de riesgo para la enfermedad diarreica aguda tienen que ver con las condiciones higiénico-sanitarias de las familias. Actualmente existen numerables estrategias dirigidas a la población para la prevención de enfermedad diarreica aguda, pero es trascendental la adaptación a las características de la población y contexto de cada territorio para optimizar la efectividad de esta. En el Municipio de Potosí no existen investigaciones relacionadas con la evaluación de una estrategia de educación sanitaria para la prevención de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. **Objetivo:** Diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí para la prevención de la Enfermedad diarreica aguda mediante el fortalecimiento de conocimientos y prácticas en padres y cuidadores. **Materiales y métodos:** Esta investigación estuvo orientada desde la metodología de investigación cualitativa, bajo la investigación-acción (IA), la cual favorece la integración tanto del conocimiento como de la acción, toda vez que permite que los actores sociales se involucren, conozcan, interpreten y transformen la realidad objeto del estudio. **Resultados:** Se diseñó una estrategia de salud pública para la prevención de la enfermedad diarreica aguda fundamentada bajo los entornos de intervención de acuerdo con la Resolución 3280 del 2018 y el modelo ecológico según Bronfenbrenner donde se estableció cuatro sistemas: microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema, cada uno de ellos conexos con los entornos de intervención: hogar, educativo, comunitario e institucional y las actividades a desarrollar en cada uno de ellos. **Conclusiones:** las estrategias educativas adaptadas al contexto sociocultural de la población y orientadas bajo la investigación acción son efectivas para otorgar a la comunidad capacidades tanto para la identificación como para la resolución de sus propios problemas.

Palabras clave: Enfermedad diarreica aguda, educación en salud, prevención primaria, estrategia educación sanitaria, conocimientos y prácticas.

ABSTRACT

Introduction: Acute Diarrheal Disease is considered an important public health problem and it continues being one of the main causes of morbidity and mortality in children under 5 years of age. It is important to highlight that the main risk factors for acute diarrheal disease have to do with the hygienic-sanitary conditions of the families. Currently there are numerous strategies aimed at the population for the prevention of acute diarrheal disease, but adaptation to the characteristics of the population and context of each territory is essential to optimize its effectiveness. In Potosi there aren't investigations related to the evaluation of a health education strategy for the prevention of acute diarrheal disease in children under 5 years of age. **Objective:** Design a public health strategy adapted to the characteristics of the Potosí for the prevention of acute diarrheal disease by strengthening knowledge and practices in parents and caregivers. **Materials and methods:** This research was oriented from the qualitative research methodology, under action research (IA), which favors the integration of both knowledge and action, since it allows social actors to get involved, know, interpret and transform the reality under study. **Results:** A public health strategy was designed for the prevention of acute diarrheal disease based on the intervention environments in accordance with Resolution 3280 of 2018 and the ecological model according to Bronfenbrenner, where four systems were established: microsystem, Mesosystem, Exosystem and Macrosystem, each of them related to the intervention environments: home, educational, community and institutional and the activities to be carried out in each of them. **Conclusions:** educational strategies adapted to the sociocultural context of the population and guided by action research are effective in giving the community capacities for both the identification and resolution of their own problems.

Keywords: Acute diarrheal disease, health education, primary prevention, health education strategy, knowledge and practices.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS	18
1.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2. MARCO REFERENCIAL	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. MARCO TEÓRICO	29
2.2.1. Enfermedad Diarreica Aguda.	29
2.2.1.1. Clasificación de la Enfermedad Diarreica	29
2.2.1.1.1. Duración	30
2.2.1.1.2. Etiología	30
2.2.1.2. Clasificación del estado hidratación en niños con diarrea.....	31
2.2.1.3. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica según el estado de hidratación	31
2.2.1.4. Complicaciones de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	33
2.2.1.5. Factores de riesgo Enfermedad Diarreica Aguda.	33
2.2.1.6. Factores protectores de la Enfermedad Diarreica Aguda	35
2.2.1.6.1. Lactancia Materna	35
2.2.1.6.2. Saneamiento Básico	36
2.2.1.6.3. Inmunización por rotavirus	37
2.2.1.6.4. Suministro de vitamina A.	38
2.2.2. Estrategias de educación sanitaria.....	38
2.2.2.1. Educación sanitaria.....	38
2.2.2.2. Tipos de estrategias.....	38
2.2.3. Conocimientos.....	42
2.2.4. Prácticas.	43
2.2.5. Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.....	43
2.2.6. Educación para la salud	45
2.2.7. Participación Comunitaria	45
2.3. MARCO CONTEXTUAL.....	46

2.3.1.	CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL “MIS PRIMERAS HUELLITAS”	48
2.4.	MARCO LEGAL.....	48
3.	METODOLOGÍA.....	50
3.1.	ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.2.	TIPO DE ESTUDIO	50
3.3.	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	51
3.4.	UNIDAD DE TRABAJO	51
3.4.1.	Criterios de participación	51
3.4.2.	Criterios de no participación	51
3.5.	ETAPAS DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.5.1.	Etapa diagnóstica.....	52
3.5.2.	Etapa de aplicación.....	53
3.5.3.	Etapa de reconocimiento de aprendizajes	53
3.5.4.	Etapa de diseño	54
3.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
	54	
3.6.1.	Encuesta	54
3.6.2.	Grupos focales	55
3.6.3.	Observación participante.....	56
4.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
5.	RESULTADOS	58
5.1.	ETAPA DIAGNÓSTICA.....	58
5.1.1.	Conocimientos y percepciones sobre la enfermedad diarreica aguda	
	60	
5.1.1.1.	Factores de riesgo para desarrollar enfermedad diarreica aguda...	60
5.1.1.2.	Percepciones de los padres y cuidadores sobre la calidad del agua del Municipio de Potosí	61
5.1.1.3.	Prácticas de padres y cuidadores frente al manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda	61
5.1.1.4.	Percepción sobre la calidad de atención del centro de salud de Potosí	62
5.2.	ETAPA DE APLICACIÓN.....	63
5.3.	ETAPA DE RECONOCIMIENTO DE APRENDIZAJES.....	66
5.3.1.	Resultados guía de observación.....	70
5.3.2.	Resultados grupo focal.....	72
5.3.2.1.	Conocimientos adquiridos sobre la enfermedad diarreica aguda ...	73

5.3.2.1.1. Definición de la EDA	73
5.3.2.1.2. Causas de la EDA.....	73
5.3.2.1.3. Complicaciones de la EDA.....	74
5.3.2.1.4. Tratamiento y manejo de la EDA	74
5.3.2.1.5. Automedicación	75
5.3.2.1.6. Medidas preventivas de EDA.....	75
5.3.2.1.7. Higiene e inocuidad de alimentos	76
5.3.2.1.8. Factores de riesgo de EDA.....	80
5.3.2.1.9. Percepciones de los participantes sobre la metodología PHAST	
81	
5.4. ETAPA DE DISEÑO	83
5.4.1. Marco Normativo.....	85
5.4.2. Entornos en los que se desarrolla la estrategia.	86
5.4.3. Población objeto.....	86
5.4.4. Niveles de intervención.	87
6. DISCUSIÓN	93
7. CONCLUSIONES.....	98
8. RECOMENDACIONES	100
9. REFERENCIAS.....	102
10. ANEXOS	113

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Agentes causales de enfermedad diarreica	30
Tabla 2. Clasificación de signos de deshidratación	31
Tabla 3. Tratamiento de la enfermedad diarreica en menores de 5 años según el estado de hidratación.....	32
Tabla 4. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda en niños	34
Tabla 5. Recomendaciones basadas en estrategia de atención integral a la primera infancia comunitaria, OPS 2010.....	36
Tabla 6. Estrategias de educación Sanitaria.....	38
Tabla 7. Información general Municipio de Potosí, Nariño.....	46
Tabla 8. Condiciones de vida del municipio de Potosí.....	47
Tabla 9. Características sociodemográficas y económicas de los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años que asisten al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.....	58
Tabla 10. Condiciones hidro sanitarias de la vivienda los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años que asisten al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.....	59
Tabla 11. Guía paso a paso para metodología PHAST	63
Tabla 12. Distribución porcentual de conocimientos de los padres y cuidadores de niños menores de cinco años sobre la EDA antes y después de la intervención. .	66
Tabla 13. Distribución porcentual de prácticas de los padres y cuidadores de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda antes y después de la intervención.....	68
Tabla 14. Distribución porcentual de prácticas para la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.	70
Tabla 15. Ficha técnica de la estrategia	84
Tabla 16. Microsistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)	88
Tabla 17. Mesosistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)	89
Tabla 18. Exosistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)	91

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Entornos de intervención estrategia educativa	86
Figura 2. Niveles de intervención de la estrategia educativa.	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	113
Anexo B. Instrumento de evaluación	114
Anexo C. Aval comité de ética	118
Anexo D. Aval alcaldía municipal de Potosí.....	121
Anexo E. Aval fundación RENOVAR	122
Anexo F. Documentación plan educativo	123
Anexo G. Categorías estrategia PHAST	150
Anexo H. Categorías grupo focal	165
Anexo I. Validez de contenido: juicio de expertos formato para presentar resultados	192
Anexo J. Validez de contenido.....	193
Anexo K. Confiabilidad del instrumento	212
Anexo L. Formato guía de la técnica grupo focal de discusión	213
Anexo M. Formato guía de observación	216

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) como “la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad, y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte” (1).

En el mundo, las enfermedades diarreicas agudas son la causa principal de mortalidad y morbilidad de la niñez, en especial en los países en vía de desarrollo, son la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 525.000 niños cada año. Por lo general las enfermedades diarreicas agudas son consecuencia de la exposición a agua o alimentos contaminados (2). En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable y 2500 millones a sistemas de saneamiento básico apropiados, produciéndose unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año (3).

En Colombia, teniendo en cuenta que es considerado un país en vía de desarrollo y que en muchos sitios no se cuenta con sistemas de acueducto suficientes, la enfermedad diarreica aguda es la segunda causa más común de morbilidad, con una incidencia de 110 casos por 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad en niños de 5 años de 0,75 por 1.000 nacidos vivos, lo que corresponde al 4% de la totalidad de mortalidad infantil (4). De igual forma, el boletín epidemiológico emitido por el instituto Nacional de Salud para el año 2016, que toma como referencia los reportes de SIVIGILA, reporta que la incidencia de EDA en menores de un año es de 210 casos por cada 1000 habitantes, y la incidencia de 1 a 4 años es de 157 casos por cada 1000 habitantes, representando una alta prevalencia de la misma (5).

Por otra parte, se tiene en cuenta que el Departamento de Nariño, en el año 2016, ocupó el quinto lugar frente a la incidencia de casos de EDA en la población, posicionándose después de Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Cundinamarca, con un total de 101.552 casos reportados para ese año (6). Así mismo, de acuerdo al reporte de eventos de notificación obligatoria emitido por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, para el año 2016 se presentaron 5 muertes en menores de años, con una tasa de 3,7 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años; para el año 2017 se presentaron 4 muertes, con una tasa de 3,1 por cada 100.000 menores de 5 años; y para el año 2018 se presentaron 2 muertes con una tasa de 1,6 por cada 100.000 menores de 5 años. Ahora bien, en cuanto a morbilidad por EDA en menores de 5 años se refiere, para el año 2016 se presentaron 30.011 casos con una tasa del 22,4 por cada 100 niños menores de 5

años y para el año 2017 se presentaron 27.270 casos con una tasa de 20,9 por cada 100 niños menores de 5 años, y para el año 2018 se presentaron 24.310 casos con una tasa de 19,1 por cada 100 menores de 5 años, representando una alta incidencia de esta enfermedad en el departamento de Nariño (7).

El municipio de Potosí geográficamente se encuentra ubicado al sur del Departamento de Nariño. Es un municipio de sexta categoría, el cual actualmente no cuenta con sistemas de acueducto con estándares de calidad que suministran agua a la población, acorde con el reporte emitido en el 2017 de Índice de Riesgo de Calidad del agua. Dichos acueductos tienen concepto inviable sanitariamente; 11 de ellos se registran con riesgo alto y 3 con riesgo bajo, lo cual representa gran riesgo para los habitantes del municipio.

Por otro lado, de acuerdo a los eventos de notificación obligatoria reportados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (6) en cuanto a morbilidad por EDA en menores de 5 años se refiere, para el año 2016 se presentaron 238 casos con una tasa 21,8 por cada 100 menores de 5 años, para el año 2017 se presentaron 193 casos con una tasa del 20,3 por cada 100 menores de 5 años, para el año 2018 se presentaron 171 casos, con una tasa de 19,5 por cada 100 menores de 5 años, evidenciándose una incidencia alta en el Municipio, con un comportamiento similar al departamento de Nariño. Ahora bien, en cuanto a los casos de mortalidad por EDA, se evidencia que en el municipio de Potosí no ha reportado casos, siendo un indicador satisfactorio, no obstante, los casos de morbilidad por EDA son muy frecuentes en esta población.

Entre las causas más frecuentes para la ocurrencia de episodios diarreicos agudos, se señalan las dificultades con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, no lavarse las manos después de defecar, limpiar las heces del niño o de lavar los pañales antes y después de manipular o servir los alimentos, inadecuada manipulación y contaminación de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, los cambios climáticos y algunos agentes infecciosos como son los virus (rotavirus). Las bacterias y los parásitos aportan entre el 10 y 20 % de los casos con un predominio en el periodo lluvioso y cálido; estos agentes infecciosos, casi siempre se transmiten por la vía fecal-oral (ano-boca-mano), que incluye la ingestión de agua y alimentos contaminados con microorganismos como consecuencia de comportamientos inadecuados de personas, lo que incrementa la propagación de los agentes enteropatógenos y el riesgo de ocurrencia de la enfermedad (8).

El suministro de agua potable y la disposición adecuada de las excretas contribuye a reducir el riesgo de infección intestinal, sin embargo, esta condición no es suficiente para eliminar completamente la probabilidad de enfermar, ya que se necesitan, además, la concurrencia de otras características individuales, familiares y del entorno para lograrlo (9). Considerando de este modo que la diarrea se constituye como una enfermedad prevenible que se desencadena por múltiples

factores de riesgo los cuales son modificables, es importante conocer sobre su desarrollo en el entorno familiar a fin de implementar prácticas que intervengan en una prevención adecuada de esta enfermedad, siendo las intervenciones educativas una estrategia muy eficaz para la modificación de conductas en la población que permitan la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.

Se ha señalado en distintos estudios epidemiológicos la asociación existente entre las condiciones de saneamiento básico donde se incluye el acceso a agua potable, con la aparición de enfermedades diarreicas, especialmente en la población de menores de cinco años (10; 12) Igualmente, se describe también la importancia de la implementación de estrategias educativas en lo relacionado al saneamiento básico en la reducción de las enfermedades diarreicas, demostrando un impacto efectivo de dichas intervenciones en la salud de la población (11).

Lo anteriormente referido permite afirmar que las EDA son prevenibles, adoptando hábitos de higiene y saneamiento básico, razón por la cual las intervenciones educativas dirigidas a la población generalmente van encaminadas a tratar estos temas, los cuales permiten reducir el riesgo de la enfermedad.

El municipio de Potosí es una de las localidades que presenta un alto índice de casos por EDA, además de acueductos con bajo nivel de calidad del agua, es por ello se hace necesario la implementación de una estrategia educativa para la prevención de EDA en niños menores de cinco años, con el fin de aportar en la disminución de la prevalencia de la enfermedad, es así que teniendo en cuenta que la estrategia PHAST es una estrategia que se puede adaptar y acoplar a cada contexto cultural y social, es la más adecuada para su implementación, puesto que va muy enfocada al aprendizaje a través de la experiencia, en donde las personas en primera instancia comprenderán el contexto y las dificultades que los rodean para así adoptar cambios que aporten al mejoramiento de su salud.

Teniendo en cuenta que la mayor incidencia de morbilidad asociada a EDA se presenta en menores de cinco años, resulta substancial intervenir a este grupo de riesgo junto con sus padres o cuidadores, quienes se encuentran al cuidado directo de los infantes. Acorde con esto, surgió la necesidad de realizar la presente investigación en el Municipio de Potosí, específicamente en el CDI “Mis primeras huellitas” lugar donde se encuentra focalizada la población de menores de 5 años de la zona urbana y rural del municipio. El CDI tiene capacidad para atender a 140 beneficiarios; es decir acoge a un 16,05% de la población objeto. En vista de lo anterior, se decide implementar una estrategia de educación que se centre en el aprendizaje participativo para mejorar los conocimientos y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda, higiene y saneamiento básico.

Considerando que la mayor incidencia de EDA se presenta en menores de 5 años, resulta importante intervenir a esta población, sin embargo, es significativo subrayar

que el cuidado directo de los infantes está a cargo de sus padres o cuidadores, razón por la que es trascendental que las intervenciones educativas están dirigidas a esta población.

Por consiguiente, previo a una revisión bibliográfica de metodologías de educación sanitaria se tomó como referencia la metodología PHAST, la cual tiene un enfoque innovador para mejorar conocimientos sobre higiene, saneamiento y promoción de cambios de comportamiento para controlar enfermedades diarreicas. Es una adaptación de la metodología SARAR de aprendizaje participativo, diseñada por la PNUD y la OMS desde 1992, su enfoque se experimentó inicialmente en cuatro países africanos: Botswana, Kenya, Uganda, Zimbabwe y actualmente se ha implementado en distintos países y en diferentes tipos de comunidades, con resultados igualmente satisfactorios (12; 13). Esta metodología puede ser adaptada a cualquier contexto, la experiencia ha demostrado que es mejor empezar un programa PHAST con un proyecto piloto en pequeñas poblaciones, su principio fundamental está basado en que si no hay conciencia y comprensión de la salud, no habrá cambios perdurables en el comportamiento humano; además se fundamenta en la capacidad innata de la comunidad para abordar y resolver sus propios problemas con orientación de un programa que comprende una serie de actividades de aprendizaje y planificación que siguen una secuencia lógica (14).

Es así como, con los aprendizajes obtenidos a partir de la aplicación de la estrategia, con la presente investigación se diseñó una estrategia educativa, que se adaptó al contexto sociocultural de la población del municipio de Potosí, en donde se logró adoptar las sugerencias por parte de los padres de familia que participaron en el desarrollo de la presente investigación. Con esta estrategia se pretende dejar en firme lineamientos a fin de fomentar a través de la estrategia la adopción de cambios de conducta en la población que propicien su propio autocuidado para la prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda.

Con los resultados de la presente investigación, se pretende incidir en las autoridades del Municipio de Potosí y en otras entidades territoriales, para la adopción de estrategias educativas avaladas, en pro de la prevención de EDA, adaptándolas dentro de los planes territoriales de salud y a su vez en los planes de intervenciones colectivas de sus municipios, teniendo en cuenta que se pueden adaptar a cada uno de los territorios, acorde a los diferentes contextos promoviendo la implementación de procesos formativos que posibiliten la edificación de conocimientos a partir de la aplicación de estrategias adaptadas a los diferentes territorios de acuerdo a su diversidad y multiculturalidad.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí para la prevención de la Enfermedad diarreica aguda mediante el fortalecimiento de conocimientos y prácticas en padres y cuidadores.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar sociodemográfica, económica y sanitariamente a padres y cuidadores de niños menores de cinco años que asisten al (CDI) del municipio de Potosí.

Identificar los conocimientos y prácticas que tienen los padres y cuidadores de niños menores de cinco años que asisten al CDI del municipio de Potosí en relación a la enfermedad diarreica aguda.

Desarrollar la estrategia de educación sanitaria PHAST con los padres y cuidadores de niños menores de cinco años que asisten al CDI municipio de Potosí para prevenir la enfermedad diarreica aguda.

Reconocer los aprendizajes de la implementación de la estrategia de educación sanitaria PHAST para el diseño de una estrategia para la prevención de la EDA en el municipio de Potosí

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de la conceptualización teórica se tuvieron en cuenta una serie de investigaciones que se emplearon como cimiento para construir el estado del arte referente al presente estudio, con base en la prevención de EDA en niños menores de 5 años.

En Leticia, Bolívar, Colombia se llevó a cabo una investigación titulada “La Educación Sanitaria fundamentada en la Metodología PHAST como eje fundamental en los planes de saneamiento básico”. Esta investigación se llevó a cabo en el año 2018 y pretendió promover hábitos de higiene, gestión comunitaria de agua y mejoras en el saneamiento, en Leticia (Colombia). Se involucraron las metodologías de PHAST y la Investigación Acción Participación (IAP) con la que se logró involucrar a la comunidad con el fin de identificar sus necesidades y al formar parte de la estrategia educativa para aumentar la conciencia y el compromiso de esta. Los resultados determinaron que, con procesos educativos sobre sanidad e higiene, la comunidad puede lograr la identificación de los factores de riesgo existentes, frente a los factores de protección que se pueden implementar a nivel familiar y comunitario (15).

En el año 2017 se realizó en Perú una investigación titulada “Aplicación del plan de educación sanitaria para fortalecer las conductas de higiene en el manejo del agua domiciliaria en los sectores de Lluylucucha y Belén de la ciudad de Moyobamba” cuya finalidad fue realizar un plan de educación sanitaria para aplicarlo a los usuarios que tengan en sus viviendas tanques de polietileno, para así mejorar el manejo y mantenimiento de su sistema de agua domiciliaria. La aplicación de la educación sanitaria empezó con un diagnóstico de los conocimientos de los usuarios realizando un pre test y con la toma de muestra de sus aguas almacenadas en puntos referenciales, donde se observó que los usuarios carecen conocimiento sobre las conductas sanitarias y prácticas de higiene; es por ello que se aplicó el plan de educación sanitaria brindando enseñanzas con talleres y charlas en lo cual se evaluó los conocimientos de los usuarios a través de un post test logrando así determinar un alto nivel de mejoramiento de conductas sanitarias y prácticas de higiene (16).

En el año 2017 se realizó en Bogotá, Colombia una investigación titulada “Propuesta de actividades y herramientas didácticas relacionadas al uso, vigilancia y control de la calidad del agua, dirigidas a la comunidad y a las autoridades sanitarias, implementando la metodología de participación SARAR- PHAST” cuya finalidad fue

diseñar una propuesta de actividades y herramientas, utilizando las metodologías de participación SARAR y PHAST, sobre el buen manejo del agua y control de calidad del agua, dirigidas a la comunidad y a la autoridad sanitaria competente. Esta metodología se desarrolló en el periodo comprendido entre noviembre de 2016 y febrero de 2017. Se desarrolló un documento que se establece a modo de guía y que cumple como función proporcionar información precisa para contextualizar y explicar las actividades y herramientas diseñadas (17).

En Cartagena, Colombia se llevó a cabo una investigación titulada “Educación sanitaria a madres, acudientes y niños menores de cinco años sobre el uso adecuado de medicamentos y hábitos de higiene saludable en un hogar infantil en Cartagena de indias durante el periodo 2018”. El proyecto se llevó a cabo mediante la metodología Investigación/ Acción/ Participativa (IAP), con base en un estudio de tipo prospectivo de corte transversal; donde se caracterizaron los conocimientos, aptitudes y prácticas de la población: madres, acudientes y niños menores de cinco años del HI. Un gran porcentaje de las madres y acudientes afirmaron auto medicar a sus hijos (71%), además, el (33%) de esta población manifestó conocer algunas prácticas relacionadas con los medicamentos, entorno saludable y que poseen algunos hábitos de higiene, sin embargo, se evidenció carencia y distorsión de esta información, por lo que se hizo necesaria la intervención educativa a esta población. Por tanto, en los resultados logrados luego del proceso educativo se reflejó que 100% de la población asimiló los conocimientos transmitidos, generando un impacto de cambio positivo en sus vidas y la de sus hijos (18).

En el año 2017, se realizó una investigación titulada “Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento de las madres sobre prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años, comunidad La Querencia de Huaral, Perú”. Los investigadores realizaron un estudio preexperimental a través de mediciones pre y post test en una población conformada por 30 madres (19). Obteniéndose como resultado que las madres durante el pretest alcanzaron un nivel de conocimiento malo con el 66,7%; mientras que el 33,3% obtuvo un nivel regular. En el pos test, el 50,0% alcanzó un nivel de conocimiento bueno y el otro 50,0% obtuvo un conocimiento regular. Evidenciándose un incremento en los conocimientos, posterior a la intervención educativa.

Otro estudio titulado “Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la Provincia de Inca, Perú”, estuvo basado en un estudio observacional, descriptivo de corte transversal (20). Dentro de los resultados obtenidos se determinó que el 76% conocía el significado de la diarrea, el 53% creyeron que los parásitos eran la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que manejaría la diarrea con antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% acudiría al curandero. Evidenciándose que el conocimiento

general de las madres sobre el manejo de la diarrea fue regular. Persiste la creencia de prohibir la lactancia materna, se asoció a los parásitos como la principal causa de diarrea y perduró el conocimiento de usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado para la diarrea.

Un estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años” se caracterizó por tener una cohorte descriptiva de tipo transversal comparativo con enfoque cuantitativo. La población del estudio estuvo representada por madres de niños menores de 5 años que acudían al Hospital Belén de Trujillo (HBT) y al Hospital Salud de Florencia de Mora de Trujillo. El objetivo fue identificar hábitos, costumbres y cosmovisión que favorecen o no la prevalencia de las enfermedades diarreicas agudas. El estudio permitió determinar que las madres tenían un buen nivel de conocimientos frente a la enfermedad diarreica aguda, las actitudes adoptadas frente a la enfermedad diarreica aguda fueron equiparables con una muy buena actitud y la mayoría de madres en ambos hospitales tuvieron buenas prácticas frente a la enfermedad diarreica aguda, no se encontraron diferencias significativas (21).

Mendoza, Prado y Yancul, realizaron un estudio denominado “Nivel de conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia pediátrica de un hospital de Lima Metropolitana, 2017” (22). El estudio se caracterizó por tener un enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal que pretendió determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 5 años. Los resultados del estudio permitieron identificar factores predisponentes para una posterior implementación de programas que mejoren los conocimientos y ayuden a prevenir las consecuencias relacionadas con estos factores.

En México se encontró un estudio denominado “Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas, en una localidad de Morelos” (23), el objetivo del estudio permitió identificar factores determinantes para prevenir una enfermedad diarreica en mujeres responsables de menores de 5 años. El estudio se caracterizó por ser cuasi experimental prospectivo, con una muestra por conveniencia de 30 mujeres responsables de menores de cinco años. Los resultados revelaron que el 80% del grupo participante eran madres y 86,7% tenía nivel educativo básico. El nivel del índice de conocimientos mostró un cambio significativo, inicialmente era de 19,2 puntos y aumentó a 30,7 puntos, datos estadísticamente significativos. Con el estudio se identificaron factores determinantes preventivos. Se concluyó que estudios basados en intervenciones educativas, han reportado resultados eficaces en el incremento de nivel de conocimientos sobre hábitos y medidas de cuidados de salud, por lo que estas investigaciones se consideran útiles en la línea de la promoción en salud.

En Ecuador se encontró un estudio denominado “Intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educación inicial Lic. Alfonso Chávez Jara durante el periodo de noviembre 2010 a abril 2011” (24). El estudio utilizado fue observacional trasversal y su objetivo fue implementar una intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario. La investigación se desarrolló en 30 madres a quienes se les aplicó un test para la evaluación de los conocimientos previos, posteriormente se realizó el diseño y aplicación del programa y finalmente la evaluación de la intervención. La propuesta educativa constó de 12 talleres de capacitación que incitaron a la obtención de conocimientos sobre las causas, consecuencias y prevención de las enfermedades diarreicas. Finalmente, se determinó que antes de la intervención educativa las madres tenían un desconocimiento sobre EDA en un 80% luego de la intervención educativa se elevó sus conocimientos en un 95%.

Por su parte, dentro de la investigación titulada “Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años” (25) se realizó un estudio epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo de casos y controles, en niños menores de cinco años con enfermedades diarreicas agudas en el área de salud Angarita I, Parroquia Petare Noreste, Municipio Sucre, Estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela, desde octubre de 2003 a junio de 2005. El objetivo del estudio se centró en identificar factores de riesgo presentes en las enfermedades diarreicas agudas en este grupo de edad. Los resultados permitieron determinar la relevancia de la asociación de la enfermedad diarreica aguda y desnutrición proteica energética, la no lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses, la edad menor de un año, la mala calidad del agua de consumo, la edad materna menor de 17 años, la falta de capacitación materna; sin embargo, no se encontró asoció con el sexo, el bajo peso al nacer y vacunación incompleta. El estudio permitió concluir que la promoción y prevención de los factores de riesgo a través de componentes educativos y de promoción de salud, mejoraría la condición de salud del niño y su familia.

Por otro lado, la investigación relacionada con la modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda utilizó la técnica de MC NEMAR para medir los cambios significativos en situaciones antes y después de la intervención ($p < 0,05$). Los resultados de los conocimientos inadecuados sobre los factores de riesgo de las EDA eran predominantemente al inicio de la intervención correspondiente al 90 %, pero posterior a la misma aumentaron a un 94%. Por su parte al analizar los conocimientos que poseían los progenitores sobre las enfermedades que podría presentar su hijo por una mala selección en su dieta, se comprobó que antes de aplicar el programa educativo eran adecuados en un 10%, pero se logró que al concluir la investigación esta cifra ascendiera a 94%, resultado

altamente significativo. A pesar de ello, un 90% de los padres desconocían inicialmente lo relacionado con las medidas para evitar las enfermedades diarreicas agudas en sus hijos, resultado que al final de la intervención se revirtió al 94% con conocimientos adecuados. Por consiguiente, predominaron los conocimientos inadecuados antes de la aplicación del programa educativo. Posterior al mismo, se corroboró que 94% de los padres habían adquirido conocimientos adecuados sobre la temática abordada (26).

Un estudio relacionado con la enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia, tuvo como principales resultados “una asociación estadística entre la diarrea con deshidratación y la presencia de rotavirus en las muestras de heces (razón de posibilidades [RP] = 3,46; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,71 a 7,00), el peso al nacer < 2 600 g (RP = 7,79; IC95%: 3,47 a 18,01) y el tiempo de lactancia materna inferior a 3 meses (RP = 3,17; IC95%: 1,66 a 6,13)” (27). Concluyendo que la calidad inadecuada de las acciones de promoción y prevención en una población con fácil acceso a los servicios de salud favoreció la aparición de casos de diarrea con deshidratación. Además, la evaluación de los hábitos higiénicos de la madre mostró que el riesgo de deshidratación fue significativo cuando no se cumplieron las normas básicas de higiene durante la alimentación y la atención del menor; entonces algunas variables relacionadas con la falta de conocimientos previos acerca de la enfermedad y con los servicios de salud, como por ejemplo, no asistir a las consultas de control de crecimiento y desarrollo, la falta de información previa acerca de la diarrea o de la deshidratación el conocimiento sobre el uso del suero oral, entre otros mostraron una fuerte asociación con la deshidratación por diarrea. Con lo cual, la infección por rotavirus desempeña un papel importante en la gravedad de la EDA en niños colombianos.

Otro estudio relacionado con los conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda (28), tuvo como objetivo principal establecer los conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA en menores de 5 años y determinar prácticas de hidratación. Entre los principales hallazgos se identificó que, del total de las madres, el 54% conoce como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de presentarse la enfermedad se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%, a su vez el convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos ($p < 0,05$). Una de las conclusiones más relevantes se denota que la mitad de las madres no conocen signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas en EDA y difundir la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia – AIEPI, por lo cual en estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas, pues es pertinente este involucramiento con la abuela para asociar de modo significativo con el grado de conocimiento materno sobre signos de alarma, teniendo en cuenta que la literatura sobre el papel de la abuela en las

prácticas de salud infantil es escasa específicamente en EDA aunque se ha visto su influencia en la práctica de la lactancia materna.

La investigación titulada “Conocimientos, actitudes, y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga” se caracterizó por ser un estudio observacional analítico de corte transversal, realizando un muestreo por conglomerados en la comuna norte de la ciudad de Bucaramanga y aplicando una encuesta dirigida (29), cuyos resultados arrojaron que solo uno de cada diez cuidadores conoce todas las características de la diarrea aguda (cambios en la consistencia, número y duración de los síntomas) y ninguno reconoce totalmente los signos de deshidratación; donde el uso de remedios caseros y la creencia en causas sobrenaturales y esotéricas como causas de diarrea tuvo una alta prevalencia. La menor edad del cuidador, tener aseguramiento y mayor nivel conocimientos sobre la diarrea se asocian a un mayor reporte de episodios de diarrea en los últimos seis meses. Concluyendo que el 49% de todos los cuidadores encuestados manifestaron que sus niños han tenido al menos un episodio de diarrea en los últimos seis meses, por su parte, el nivel de conocimientos de los cuidadores es bajo, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre la edad del cuidador, conocimiento de los síntomas diarreicos, régimen de aseguramiento y prevalencia de diarrea en menores de cinco años.

Díaz, Arrieta y Ramos 30), realizaron el estudio denominado “AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano”. El objetivo del estudio fue evaluar prácticas maternas realizadas frente a diarrea y resfriado común. El estudio es descriptivo transversal realizado en la Isla de Barú, Cartagena de Indias, Colombia con 127 madres de 138 niños menores de 5 años, afro descendientes, elegidas por conveniencia. Se aplicó instrumento de investigaciones operativas en AIEPI (encuestas) durante una jornada de salud. Se estimó prevalencia de diarrea y resfriado en los últimos 7 días, y prácticas maternas frente a estas, ocurrencia de otros factores de riesgo y protectores: historia de lactancia materna, alimentación complementaria y vacunación. Se realizaron estadísticas descriptivas y significancia de relaciones entre variables mediante prueba χ^2 . Dentro de los resultados se encontró prevalencia de diarrea del 71,7 % (IC95 %; 64-79) menor para niñas de 2 meses a 5 años ($p=0,02$), resfriado común del 99,2 % (IC 95 %; 97-100) más en niñas mayores de 2 meses ($p= 0,004$); 86,9 % (IC95 %; 81-92) de las madres no saben identificar los signos de alarma de estas enfermedades, 84, 8 % (IC95 %; 78-90) de las prácticas fueron inadecuadas y el 73,3 % llevan los niños al médico como primera práctica ($p= 0,05$). Se concluye que es necesario aumentar esfuerzos en la implementación de la estrategia AIEPI en comunidades vulnerables, a través de vías de comunicación efectivas e innovadoras para disminuir índices de morbilidad infantil promoviendo el desarrollo social de la Isla.

Lapeira y Acosta, desarrollaron el estudio denominado “Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud de Santa Marta” (31). El presente estudio describe los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de cinco años asistentes a una institución de salud de la ciudad de Santa Marta. Se realizó un estudio cuantitativo de características descriptivas y corte trasversal cuya muestra estuvo conformada por 114 madres de niños menores de cinco años, quienes acudieron a urgencias a un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA. Este estudio determinó que los niños menores de cinco años y, dentro de estos los lactantes de 0 a 12 meses, son más vulnerables a padecer de EDA e IRA. La mortalidad por IRA y EDA es más frecuente en aquellos niños que abandonaron la lactancia materna antes de los primeros seis meses de vida y en su aparición inciden las condiciones de vida desfavorables como hacinamiento, deficiente atención médica y bajo ingreso económico.

Huapalla (32) realizó un estudio en Perú denominado “Programa educativo: Prevención de diarreas para mejorar conocimientos y prácticas en madres del Class Pillcomarca 2011” el objetivo del estudio fue determinar el nivel de efectividad del programa educativo sobre prevención de diarreas agudas para mejorar el conocimiento y las prácticas de las madres. El estudio fue cuantitativo de tipo cuasi experimental con una muestra de 25 madres. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario que identificó las características sociodemográficas de las madres y el nivel cognitivo sobre la diarrea aguda. Para evaluar la efectividad del programa educativo se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon. Se concluyó que el programa educativo incrementó el nivel de conocimientos y también mejoró la aplicación de medidas para prevenir las enfermedades diarreicas.

Valladares M realizó un estudio denominado “Conocimientos y prácticas de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en madres de una comunidad de Piura, Perú” el cual tuvo como objetivo, determinar conocimientos y prácticas frente a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las infecciones respiratorias agudas (IRAS) antes y después de una intervención educativa. Se realizó un estudio de intervención en un centro de salud de Piura aplicando un cuestionario a 60 madres, el cual estuvo dividido en 4 secciones: datos sociodemográficos maternos y del niño, signos de alarma y prácticas de IRAS y EDAS, y conocimiento sobre IRAS. Como resultados se presenta un deficiente conocimiento sobre IRAS (75%), los signos de alarma menos conocidos antes de la intervención fueron la presencia de sangre en deposiciones (11,7%), beber mal o no poder beber (13,3%) y tiraje subcostal (8,3%) y silbido de pecho (15%), los signos más reconocidos post intervención fueron respiración rápida (86,7%), diarreas acuosas (88,3%) y ojos hundidos (83,3%). A partir del estudio se logró concluir que

se obtuvo poco reconocimiento de los signos de alarma de IRAS y EDAS en las madres antes de la intervención educativa (33).

Yazapanta (34) realizó un estudio denominado “Estrategias educativas para la prevención de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de cinco años que asisten al centro de salud Morete Puyo en Ambato, Ecuador”. El estudio tuvo como objetivo guiar y educar a las madres de familia sobre la prevención, cuidados y tratamientos que se pueden brindar al niño en casa, a fin de disminuir esta patología y sus complicaciones. La metodología estuvo basada en la recolección de datos a través de una encuesta individual a las madres de familia, concluyendo así que es necesaria la educación e implementación de estrategias encaminadas a la disminución de la incidencia de esta patología en el sector.

Granda (35) realizó un estudio denominado “Conocimientos y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños del centro infantil del buen vivir niño Jesús MIES, Loja-Ecuador 2014-2015”, el cual pretendió determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre prevención y manejo de la EDA en los niños/as que acuden del centro infantil del buen vivir divino niño Jesús MIES, de la ciudad de Loja, la investigación fue de tipo descriptivo, el universo estuvo conformado por 70 madres. Los resultados permitieron observar que la mayoría de las madres definen correctamente el concepto de EDA, el 66% de ellas no conocen los factores de riesgo ni las medidas para disminuir el peligro de producir diarrea respectivamente, en cuanto a los conocimientos en manejo, más de la mitad de las madres conocen la preparación de las sales de rehidratación oral y del suero oral casero así como las señales de signos para prevenir complicaciones; sin embargo la otra mitad de la población de estudio, no identifica los síntomas ni señales para llevarlo urgente al servicio de salud, dentro de las prácticas preventivas, se determinó que de los nueve indicadores expuestos, siete de ellos son practicados adecuadamente; a diferencia de los restantes que son la presencia de animales en el hogar y el cuidado de los alimentos previo a su ingesta, que no son practicados adecuadamente; y, en cuanto a la prácticas sobre manejo de EDA, se comprobó que esta era adecuada.

En Piura, Perú en el año 2018 se encontró un estudio denominado “Factores asociados a enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años del centro de salud San Pedro, Piura 2017”, el cual tuvo como objetivo determinar los factores que se asocian a EDAs en los niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud San Pedro - Piura, durante el año 2017, para esto se realizó un estudio de casos y controles en el Centro de Salud San Pedro - Piura, los casos fueron 64 niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda y 64 niños sanos menores de cinco años que acudieron a control de crecimiento y desarrollo y vacunación, se determinaron los factores clínico epidemiológicos, maternos, del hogar, prácticas del hogar y educación sanitaria. Los resultados determinaron OR crudos y ajustados, además sus intervalos de confianza, como resultados se

encontró que la inmunización contra rotavirus fue un factor protector (OR: 0,69, IC 95%: 0,49-0,98, p: 0,037), los factores de riesgo asociados fueron la manera de eliminar los restos de sólidos tales como la quema (OR: 1,42, IC 95%: 1,04-1,95, p: 0,029, enterrar los desechos (OR: 1,75, IC 95%: 1,11-2,77, p=0,016), esparcirlos fuera de la vivienda (OR: 1,65, IC 95%: 1,04-2,63, p=0,033), el lavado de manos antes y después de manipular alimentos (OR: 4,52, IC 95%: 2,04-9,98, p<0,001), y el no haber recibido educación sanitaria familiar (OR: 1,47, IC 95%: 1,13-1,92, p=0,004), en el estudio se concluyó que: la inmunización contra el rotavirus es un factor protector, mientras que los factores de riesgo asociados fueron la manera de eliminar restos sólidos, el lavado de manos antes y después de manipular alimentos, y el no haber recibido educación sanitaria previa (36).

Otros autores (37), realizaron un estudio en el año 2017 en Guayaquil- Ecuador, denominado “Propuesta de un programa educativo a pacientes y familiares para prevenir la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda a niños menores de 5 años”, la cual tuvo como objetivo general, proponer un programa educativo preventivo para la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda (EDA), en niños menores de 5 años, con el fin de disminuir la prevalencia de deshidratación en este grupo etario lo cual contribuiría a disminuir la mortalidad por EDA a través de la determinación de la prevalencia, factores de riesgo, grupos etarios más afectados, grados de deshidratación, y conducta a seguir por el personal de salud del Centro de salud Durán, siendo posible identificar el alcance del programa educativo preventivo que se propuso, se realizó una investigación de tipo no experimental, la técnica de recolección de datos se realizó a través de revisión de historias clínicas, para el análisis de datos se empleó una tabla de doble entrada según las variables propuestas, las cuales permitieron la verificación de la hipótesis a la vez que ayudaron a conocer la realidad de este problema de salud.

Castro (38), en Riobamba- Ecuador en el año 2019 realizó un estudio denominado “Estrategia de intervención integral para reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas, dirigido a los cuidadores de niños pertenecientes al programa creciendo con nuestros hijos (con los datos obtenidos, se determinaron las necesidades de conocimientos de la población en cuestión y se aplicaron las estrategias correspondientes. Una vez concluida la intervención se realizó una evaluación de percepción con los padres sobre los conocimientos de Enfermedades Diarreicas Agudas y los niveles de incidencia antes y después de la intervención, se compararon los datos con los del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias ingresados, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica de Mc Nemar encontrándose diferencias significativas $P < 0,05$ entre los dos periodos, con disminución de la morbilidad lo que permitió aseverar que la intervención integral alcanzó los objetivos esperados. Se recomienda continuar con intervenciones en poblaciones similares para disminuir a largo plazo las Enfermedades Diarreicas.

En Aguascalientes, México en el año 2017 se encontró un estudio denominado “Efectividad de la estrategia educativa de aprendizaje basado en problemas para mejorar el conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años en médicos del primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar No. 10 de Aguascalientes”, el cual tuvo como objetivo principal, identificar, a través de una estrategia educativa aprendizaje basado en problemas, la efectividad en la mejora del conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en el personal médico de la UMF No 20 de aguas calientes, con un tipo de estudio cuasi experimental transversal en médicos de primer nivel de atención del turno matutino y vespertino, el tamaño de la muestra incluyó 48 médicos de ambos turnos, en quienes se aplicó un pre y post test a la intervención de una estrategia educativa, como resultados se encontró el incremento en los conocimientos de los médicos de ambos turnos comparando el examen inicial con el examen final concluyendo que la estrategia educativa fue efectiva (39).

Finalmente, en Nariño se encontró un estudio denominado “Apropiación social de una tecnología no convencional para el tratamiento del agua en la vivienda, vereda el Motilón, Pasto (Nariño)” el cual tuvo como objetivo general proponer estrategias para el fortalecimiento de los procesos de apropiación social de tecnologías no convencionales de potabilización del agua en las viviendas de comunidades rurales. Inicialmente se realizó el reconocimiento del contexto intervenido, a través de la elaboración del diagnóstico del sistema ambiental de la vereda El Motilón, identificando el estado de los componentes biótico natural, humano y social e institucional, lo anterior orientó el proceso de búsqueda y selección de una metodología de educación sanitaria acorde al contexto, la cual a su vez fomenta en la población hábitos saludables y la apropiación social de la tecnología no convencional de tratamiento del agua para consumo humano a implementar, en este caso los filtros de doble vela cerámica. Posteriormente se identificaron metodologías de educación sanitaria que resultaron ser factibles para aplicar en la vereda El Motilón, surgiendo la necesidad de realizar un análisis de alternativas para seleccionar la más acorde al contexto identificado.

La aplicación de la metodología AHP fue entonces de gran utilidad para realizar una adecuada toma de decisión en la elección de la metodología de educación sanitaria PHAST, la cual permitió su fácil adaptación al contexto específico, logrando que la población reconozca y priorice sus principales problemas, siendo el principal el consumo de agua no apta para el consumo humano. Posteriormente de manera conjunta con la población se continuó haciendo su análisis y la planificación de soluciones, cambios de comportamiento, monitoreo y evaluación. Se puede afirmar de manera contundente, que se logró alcanzar la apropiación social de la tecnología implementada, existiendo muchas evidencias para soportar esta afirmación, ya que mediante el proceso de monitoreo y seguimiento, los indicadores propuestos y evaluados, reflejaron claramente el uso continuo del filtro, el consumo diario del

agua filtrada, la percepción de la información transmitida en los talleres, evidenciándose en el uso de pre tratamiento, en la adquisición y uso de implementos de limpieza del filtro y en la generación en la población del reconocimiento de los factores de riesgo hacia la salud asociados al consumo de agua de mala calidad y como el uso de la nueva tecnología permite la disminución de estos riesgos (40).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Enfermedad Diarreica Aguda.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea como la presencia de tres o más deposiciones al día de heces sueltas o líquidas (o una frecuencia mayor que la normal para la persona). La diarrea es un síntoma que afecta al tracto digestivo y entre los principales agentes infecciosos se encuentran bacterias, virus y parásitos. Esta infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (41).

Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E., concluyen en su investigación que la diarrea es una reducción en la consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas) o un incremento en la frecuencia de las mismas. Se describe como la presencia de 3 o más deposiciones líquidas en un lapso de 24 horas acompañada o no de fiebre, vómito, escalofrío, náuseas y/o cólicos abdominales. Para clasificarse como enfermedad diarreica aguda, la duración del episodio debe ser menor de 14 días (42; 43).

Para entender la fisiopatología de la diarrea, es importante considerar que el cuerpo humano está compuesto en un 60-70% de agua. Del porcentaje que ingresa diariamente al tracto intestinal atribuible al consumo, solo el 1% es eliminado en forma de deposiciones. Sin embargo, el agua no se absorbe en forma activa en el intestino, sino que se sigue el movimiento de electrolitos (iones, sodio y cloro en particular), monosacáridos y demás solutos que se transportan por la mucosa intestinal. En circunstancias normales la absorción de electrolitos y agua excede la secreción de estos, cuando esta situación se revierte se produce la diarrea. Puede ser consecuencia de secreción aumentada de agua y electrolitos, mala absorción de estos y/o trastornos de la motilidad intestinal (44).

2.2.1.1. Clasificación de la Enfermedad Diarreica

Para describir la clasificación de la diarrea se subdivide en dos grupos relacionados con duración y etiología.

2.2.1.1.1. Duración

- a. Enfermedad diarreica aguda: es aquella diarrea que dura menos de catorce (14) días de evolución (45).
- b. Enfermedad diarreica persistente: episodio diarreico de más de 14 días de duración, de comienzo agudo y presunta etiología infecciosa, que afecta el estado nutricional y pone al paciente en riesgo sustancial de muerte (46).
- c. Enfermedad diarreica crónica: es la diarrea de más de treinta días de evolución, las causas son muy variadas y dependen de la edad del paciente. Es recurrente, observada en casos de sensibilidad al gluten, fibrosis quística o desórdenes metabólicos hereditarios (47).

2.2.1.1.2. Etiología

A nivel mundial, se concluye que los agentes causales de enfermedad diarreica aguda son de origen bacteriano, viral y parasitario. En los países en desarrollo casi todos los tipos provocan enfermedades en los niños. Sin embargo, el rotavirus es el microorganismo que con mayor frecuencia se aísla en los casos de Enfermedad diarreica en niños. Seguido de *Campylobacter* y *Shigella* como las bacterias más frecuentemente aisladas. Finalmente, los agentes causales de origen parasitario son responsables de una proporción relativamente menor de casos de diarrea infantil y entre ellos se encuentran; *Cryptosporidium* y *Cyclospora* siendo agentes comunes entre los niños de los países en desarrollo; frecuentemente son cuadros asintomáticos (48).

En Colombia, el agente etiológico viral más frecuente en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda es el rotavirus. Entre las bacterias más frecuentes se encuentran: *Escherichia coli* y *Salmonella* (10%); con menor frecuencia se aíslan *Campylobacter* y *Shigella* (menos de 6%) y no se identifica microorganismo patógeno hasta en 45% de los niños en quienes se busca etiología de la Enfermedad diarreica aguda (49).

Tabla 1. Agentes causales de enfermedad diarreica

BACTERIAS	VIRUS	PARÁSITOS
- <i>Escherichia coli</i>	- Rotavirus	Protozoarios
- <i>Campylobacter jejuni</i>	- Norovirus (calicivirus)	- <i>Cryptosporidium parvum</i>
- <i>Vibrio cholerae</i> O1	- Adenovirus (serotipo 40/41)	- <i>Giardia intestinalis</i>
- <i>V. cholerae</i> O139	- Astrovirus	- Microsporidia*
- Especie <i>Shigella</i>	- Citomegalovirus	- <i>Entamoeba histolytica</i>
- <i>V. parahaemolyticus</i>		- <i>Isospora belli</i> *
- <i>Bacteroides fragilis</i>		- <i>Cyclospora cayetanensis</i>
		- <i>Dientamoeba fragilis</i>

- coli	- Blastocystis hominis
- upsaliensis	Helmintos
- Salmonellae no tifoidea	- Strongyloides stercoralis
- Clostridium difficile	- Angiostrongylus
- Yersinia enterocolitica	- costaricensis
- Y. pseudotuberculosis	- Schistosoma mansonii, S. japonicum

Fuente: Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología (50).

2.2.1.2. Clasificación del estado hidratación en niños con diarrea

La clasificación del niño con diarrea de acuerdo con la escala de signos de deshidratación propuesta por la OMS para la estrategia AIEPI para Colombia, se clasifica en tres posibilidades: Diarrea con deshidratación grave, diarrea con algún grado de deshidratación y diarrea sin deshidratación.

Tabla 2. Clasificación de signos de deshidratación

DIAGNÓSTICO DE DESHIDRATACIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS CON EDA
DESHIDRATACIÓN GRAVE
Presencia de 2 o más de los siguientes signos
- ojos hundidos
- letárgico o inconsciente
- signo de pliegue >2 segundos
ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN
Presencia de 2 o más de los siguientes signos
- ojos hundidos o bebe ávidamente (presencia de sed)
- intranquilo o irritable
- signo de pliegue < 2 segundos
SIN DESHIDRATACIÓN
Presencia de 1 o ningún signo
- ojos hundidos o bebe ávidamente (presencia de sed)
- intranquilo o irritable
- signo de pliegue < 2 segundo

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2).

2.2.1.3. Tratamiento de la Enfermedad Diarreica según el estado de hidratación

Tabla 3.Tratamiento de la enfermedad diarreica en menores de 5 años según el estado de hidratación

TRATAMIENTO DE LA EDA EN EL MENOR DE 5 AÑOS	
Diarrea Sin Deshidratación	***Manejo en casa: Continuar con la alimentación Ofrecer líquidos adecuados luego de cada deposición. 100ml < 2 años 100 a 200ml en > de 2 años - Suplementación terapéutica con zinc 10mg en < 6 meses y 20 mg en niños de 6 meses o más meses de edad por 10 a 14 días. - Enseñar al cuidador los signos de alarma para volver de inmediato. - Consulta de control 2 días después si la diarrea continua. - Enseñar medidas preventivas específicas.
Diarrea Con Algún Grado De Deshidratación	***Terapia de rehidratación oral en el servicio de urgencias así: 50 a 100 ml/kg de SRO en 3 a 4 horas con cuchara lento y pausado. - Continuar con lactancia materna si venía recibiendo - Suspender el resto de alimentos mientras se logra la rehidratación. - Si el manejo no fracasa continuar con el manejo en casa descrito previamente. Por el contrario, si fracasa y no tolera la vía oral, no hay gasto fecal o no acepta las SRO se recomienda: ▪ Ondansetron VO o EV, en una dosis y probar VO 30 minutos después. ▪ Pasar SNG, administrar SRO 50 a 100 ml/kg en 4 horas en goteo ▪ LEV, hidratación rápida lactato de Ringer, solución poli electrolítica o cloruro de sodio 0.9 %100 ml/kg en 4 horas. Una vez termine la rehidratación continuar con manejo para diarrea sin deshidratación descrito previamente.
Diarrea Deshidratación Grave	- LEV Lactato de Ringer SSN 100ml/k según edad. (Ver tabla recomendación) - Evaluación continua cada hora - Evaluación al final de la difusión - Terminar hidratación con SRO: Si tolera la vía oral durante al menos 4 horas, hospitalizar y continuar el mantenimiento de la hidratación con SRO y continuar con la alimentación habitual. Por el contrario, si no tolera la vía oral por al menos 4 horas se recomienda hospitalizar, administración de ondansetrón VO o EV (si no ha recibido previamente) continuar con el mantenimiento de la hidratación por vía venosa, hasta que tolere la vía oral.

Fuente: Creación propia basada en Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS – 2013 (2).

2.2.1.4. Complicaciones de la Enfermedad Diarreica Aguda

La enfermedad diarreica aguda puede conducir a complicaciones, que de acuerdo con la literatura se pueden dividir en dos grandes grupos (51):

- a. Complicaciones inducidas por un déficit hidroelectrolítico
- b. Complicaciones inducidas por los agentes causales de la enfermedad diarreica.

En el primer grupo se encuentra la deshidratación, la cual representa la complicación más frecuente, así como los desequilibrios ácido-base, comúnmente asociado a la deshidratación. Se encuentran, además, las complicaciones determinadas por estas mismas causas, es decir, las deshidrataciones y los desequilibrios ácido-base, como son los trastornos renales.

Al segundo grupo conciernen las complicaciones por diseminación de los agentes causales, que su naturaleza generalmente se asocia a una etiología bacteriana. Estos procesos infecciosos pueden presentarse como producto de una septicemia, que pueden inducir el shock séptico. En cuanto a *Shigella*, se revela como complicación el síndrome hemolítico urémico. Finalmente, es menester mencionar una complicación importante como malnutrición que se presenta en recién nacido y lactante de bajo peso.

2.2.1.5. Factores de riesgo Enfermedad Diarreica Aguda.

Entre los factores de riesgos asociados a las enfermedades diarreicas agudas en niños se encuentran: deficientes prácticas de higiene, desnutrición proteica energética, ausencia o inapropiadas prácticas de lactancia materna, bajo peso al nacer, presentar un esquema de vacunación incompleto (52). Se suma además la falta de información y capacitación de la madre en cuanto a hábitos de higiene familiar, ser madres adolescentes, deficiencia de vitamina A en la alimentación, contaminación fecal del agua y alimentos, múltiples episodios de diarrea en el primer año pueden deteriorar el estado nutricional y generar graves secuelas (53; 54; 55).

Estudios similares refieren como factores de riesgo el saneamiento deficiente, la carencia de agua potable, fecalismo (tipo de contaminación del medio ambiente que proviene de la materia fecal), falta de educación y hábitos higiénicos; incluyendo los de tipo económico que son limitantes a la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrimentos y búsqueda de atención médica. Todos estos elementos favorecen la susceptibilidad a contraer la enfermedad substancialmente en las clases sociales menos privilegiadas (56, 57).

Los menores de un año tuvieron un riesgo seis veces mayor de presentar enfermedades diarreicas agudas que los de mayor edad. La edad parece ser un factor importante de prevalencia y gravedad de la diarrea, con marcada diferencia para Rotavirus y bacterias. También coincide con los estudios previos mencionados donde se encuentra que el bajo nivel educativo, la duración de la lactancia materna exclusiva, se encontró que el hecho de haber lactado menos de cuatro meses aumentó 10 veces la probabilidad de presentar EDA, la tenencia de mascotas, presencia de vectores y deficiencias higiénicas en la vivienda se asocian con presencia de agentes etiológicos causantes de diarrea (58, 59).

Para algunos autores, se encontró que según el modelo de regresión logística seleccionado para su investigación, los factores de riesgo asociados significativamente ($P < 0,05$) con diarrea y la deshidratación fueron un peso al nacer inferior a 2 600 g, el hacinamiento (cuando más de dos personas dormían en cada dormitorio), la lactancia materna por menos de 3 meses, el hábito de guardar los alimentos para alimentar posteriormente al niño, el hábito de las madres y cuidadores de no lavarse las manos después de ir al baño, y la detección de rotavirus en las heces del niño (60).

El problema sanitario generado por una mala disposición de residuos y basuras, inciden en la proliferación de vectores, roedores y otros microorganismos que al contaminar el agua y los alimentos desencadenan la enfermedad diarreica aguda en las personas. Surge como consecuencia del fecalismo, de un deficiente sistema de alcantarillado y de saneamiento básico como presencia de fosas y letrinas con condiciones insalubres (61).

Para la OMS, se considera como factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda: la fuente agua contaminada procedente de aguas residuales, fosas sépticas, letrinas, así como condiciones de higiene personal deficiente, preparación, almacenamiento y consumo de alimentos con condiciones antihigiénicas. Otro factor de riesgo se asocia con el almacenamiento y manipulación de agua en condiciones carentes de seguridad (62).

Por otro lado, de acuerdo por parte del Ministerio de Salud y protección social de Colombia y Colciencias se han descrito como factores de riesgo para que los niños menores de cinco años desarrollen EDA los descritos en la siguiente tabla.

Tabla 4. Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda en niños

FACTORES DE RIESGO	
-	Ausencia de lactancia materna o suspensión precoz de ésta, en episodios de diarrea previos
-	Edad del niño entre 6 y 11 meses

-
- Tabaquismo en el hogar
 - Uso de agua visiblemente contaminada para consumo y preparaciones de alimentos en el hogar
 - Anemia o desnutrición en cualquier grado • Contacto cercano con un paciente con diarrea
 - Viajes a sitios con alta incidencia de diarrea
 - Ausencia de inodoros o inadecuada eliminación de excretas y basuras en el hogar
 - Madre menor de 20 años, o que desconoce los factores de riesgo, o que padece de depresión
 - Presencia de moscas en el hogar del niño.
-

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2).

2.2.1.6. Factores protectores de la Enfermedad Diarreica Aguda

Los factores protectores son aquellas circunstancias que disminuyen la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad. Al realizar una revisión de la literatura se logra documentar como factores protectores de la enfermedad diarreica aguda infantil los siguientes:

2.2.1.6.1. Lactancia Materna

La lactancia materna exclusiva, definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos ha demostrado disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales (63). Cualquier volumen de lactancia materna es protector, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia (64).

La leche materna es el alimento recomendado para que los niños crezcan sanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza y la Universidad de Pelotas en Brasil (65), indican que la lactancia materna protege contra enfermedades gastrointestinales e infecciosas y proporciona una variedad de beneficios para la salud, que incluyen un menor riesgo de obesidad y síndrome metabólico en la vida adulta (66).

Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva reducen en 67% el riesgo de contraer enfermedades diarreicas. Los autores coinciden que la lactancia materna exclusiva se asocia con una significativa reducción de la morbilidad gastrointestinal en infantes (67; 68). Así mismo, otros autores señalaron que una duración mayor de lactancia materna se asocia a menor morbilidad de infecciones gastrointestinales. La principal contribución de la lactancia materna en la prevención

de enfermedades infecciosas está dada por el alto nivel de defensas inmunológicas que se transfieren a través de la misma de la madre al niño (69; 70).

2.2.1.6.2. Saneamiento Básico

Algunas prácticas como hábitos higiénicos adecuados, medidas de higiene personal, así como la inocuidad de los alimentos han demostrado que se encuentran asociados con la reducción de la mortalidad por EDA. El saneamiento ambiental y el tratamiento del agua (potabilización) tienen impacto en cuanto a la reducción de la prevalencia de la diarrea. Igualmente, algunos investigadores revelan que el lavado de las manos permitió reducir entre un 27% y 35% la morbilidad por EDA (71). También se describe que el uso de tazas y cucharas en lugar de biberones redujo las posibilidades de contaminación de los alimentos (72).

Es significativo resaltar como factor protector el saneamiento básico de acuerdo con lo impartido desde el AIEPI Comunitario (73), enfatizando en las buenas prácticas de higiene personal y del hogar. En el mismo, se insta que las diarreas se producen por la carencia de higiene y saneamiento básico; condicionado por acumulación de basuras, mala higiene en los baños u sanitarios y presencia de aguas contaminadas. A estas enfermedades se les atribuye el retraso en el crecimiento y sus altos índices de morbimortalidad en la población infantil. De acuerdo con las prácticas claves AIEPI, se emiten algunas recomendaciones a fin de prevenir enfermedades en los menores de 5 años, prácticas sustanciales para la presente investigación y que se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Recomendaciones basadas en estrategia de atención integral a la primera infancia comunitaria, OPS 2010

RECOMENDACIONES BASADAS EN ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA COMUNITARIA	
Prácticas de abastecimiento de agua	-Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan. -No permitir bañarse, lavar, ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de diez metros de la fuente. -Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas. -Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; estos se deben vaciar y enjuagar todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. -Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos. -Si hay alguien de la familia que cuenta con la facilidad de hervir el agua, ésta debe someterse durante cinco minutos.

Prácticas para garantizar inocuidad de los alimentos	-No comer alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente. -Lavar las manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos. -Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior. -Comer los alimentos cuando aún estén calientes o re calentarlos bien antes de comer. -Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados. -Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y los utensilios potencialmente contaminados. -Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros. -Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar sus heces, antes de manipular los alimentos y antes de comer. -El lavado de manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, además de suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.
Prácticas sobre uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces	-Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. -Las heces de los niños pequeños deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas. -Se deben mantener las letrinas o baños limpios: limpiar con agua y jabón todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa. -Si no hay letrinas, hay que hacer las necesidades en un hueco, lejos de la casa y cubrir con tierra las heces y el papel usado. -La basura debe mantenerse fuera de la casa y enterrarla lejos si no hay servicio municipal de recogida (65).

Fuente: Construcción propia basada en la OPS (10).

2.2.1.6.3. Inmunización por rotavirus

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los rotavirus son la causa más frecuente de enfermedad diarreica grave en niños pequeños de todo el mundo (74). La OMS recomienda que las vacunas contra el rotavirus se incluyan en todos los programas nacionales de inmunización y que se consideren una prioridad. En varios países se ha demostrado el impacto de la vacunación contra el rotavirus en la salud pública. La incorporación de las vacunas de rotavirus en los programas ampliados de inmunización de los países en desarrollo ha logrado la disminución de la mortalidad infantil, las consultas médicas y hospitalizaciones por diarrea aguda, especialmente en los países más pobres del mundo (75). Colombia, dentro de su

plan ampliado de inmunizaciones (PAI) tiene contemplado la inmunización con rotavirus en su esquema con dos dosis para los menores de 2 y 4 meses de edad.

2.2.1.6.4. Suministro de vitamina A.

La deficiencia de vitamina A provoca trastornos visuales y aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad por infecciones prevalentes de la infancia como la diarrea (76). De acuerdo a la OMS, se estima que la administración de suplementos de vitamina A, reduce el riesgo de presentar diarrea y sarampión (77). Otros resultados del análisis de cinco estudios controlados, determinan que la vitamina A puede contribuir a reducir la mortalidad por diarrea en niños pequeños, A pesar de la diversidad de metodologías empleadas y las diferencias entre los países en los que se llevaron a cabo estos ensayos sus resultados, con esta medida determinaron que se logró disminuir la mortalidad entre 19 y 54%, con riesgos relativos promedios de 0,71 (intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,57 a 0,88) (78).

2.2.2. Estrategias de educación sanitaria.

2.2.2.1. Educación sanitaria.

La educación sanitaria es un elemento importante de intervención preventiva en diversos problemas de salud. Se puede definir como aquellas experiencias de aprendizaje planificadas, sobre conocimientos, actitudes y habilidades, destinadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos con el objetivo final de que el individuo pueda definir y alcanzar sus propias metas en materia de salud (79).

Para realizar intervenciones de educación sanitaria se han adoptado varias metodologías que debido a la flexibilidad que presentan en su contenido se puede adaptar a la solución e intervención de diferentes problemáticas.

A continuación, se presentan metodologías que han sido específicamente diseñadas para intervenir en comunidades sobre educación sanitaria, algunas de ellas enfocadas a la prevención de enfermedad diarreica aguda dependiendo del tipo de población a intervenir.

2.2.2.2. Tipos de estrategias.

Tabla 6. Estrategias de educación Sanitaria

METODOLOGÍA	SARAR
-------------	-------

Significado de su nombre	(Self-esteem, Associative strengths, Resourcefulness, Action planning and Responsibility) Seguridad en sí mismo (Autoestima), Asociación con otros, Reacción con ingenio, Acciones planeadas, Responsabilidad (compromiso)
Autores / Año de creación	Dra. Lyra Srinivasan, Ron Sawyer, Jacob Pfohl y Chris Srinivasan / Años 70
Aplicación	Aunque originalmente fue diseñada para uso en contextos rurales, SARAR ha comprobado su flexibilidad al adaptarse a contextos urbanos y ha sido aplicada a una amplia variedad de sectores del desarrollo humano y social: vivienda, cooperativa, programas de agricultura, higiene, salud, agua y saneamiento, entre otros.
Breve descripción de la metodología	Es una metodología participativa de educación no formal para adultos, aduciendo la capacitación como vehículo para lograr la participación comunitaria. Se concentra en el desarrollo de la capacidad para evaluar, elegir, planificar, crear, organizar, tomar iniciativas y fomentar la responsabilidad colectiva para la toma de decisiones y la planificación de las acciones. SARAR se basa en los principios de aprendizaje, en particular que los adultos aprenden y cambian de comportamiento, de una mejor manera cuando lo hacen en grupos y que los adultos aprenden mejor cuando tienen un problema auto-identificado para resolver. Cuando los adultos han definido el problema y la solución, ellos son sus dueños, siempre que nadie se los quite. La estrategia para conseguir integrar estos principios es la siguiente: 1. Formar a formadores sobre el método SARAR. 2. Los formadores forman a los coordinadores encargados de utilizar las herramientas SARAR para la formación y la coordinación de las poblaciones. 3. Formar a los habitantes de los pueblos capaces de utilizar las herramientas SARAR y apropiarse de los objetivos del proyecto. Su formación permite a la comunidad proseguir con un desarrollo endógeno (Aplicación de la metodología SARAR)
METODOLOGÍA	PHAS
A	T
Significado de su nombre	(Participatory Hygiene and Sanitation Transformation, Participación en la transformación de la higiene y el saneamiento)
Autores / Año de creación	PNUD – OMS / 1992
Aplicación	En un primer momento, los programas como PHAST fueron creados para ayudar a grupos comunitarios (aldeas rurales, pequeñas ciudades). Sin embargo, pueden también llevarse a cabo campañas de sensibilización y de educación a mayor escala (departamental, estatal).
Breve descripción de la metodología	Es una metodología derivada de SARAR, el propósito de PHAST es hacer que las comunidades asuman el liderazgo en la planificación de sus propios proyectos de agua y saneamiento. La idea es no dar educación sobre higiene a personas, hogares o aún a grupos comunitarios. La idea es ayudar a un grupo de planificación comunitaria seleccionado a decidir por sí mismos qué cambios les gustaría hacer en el comportamiento comunitario. PHAST “Es un proceso metódico de participación (más estructurado que SARAR y que lo complementa) que abarca desde la evaluación de conocimientos, la investigación de su situación ambiental, la

visualización de un escenario futuro, el análisis de los obstáculos que impiden el cambio, la planificación para el cambio, hasta, finalmente, la implementación del cambio por los propios actores". (Sawyer, Wood, & Simpson-Hébert, 1999)

Se conforma por una serie de actividades de aprendizaje y planificación que siguen una secuencia lógica específica que lleva a la toma de decisiones finales concretas. Estas decisiones finales son propiedad del grupo de planificación comunitaria, y ellos son responsables de asegurarse que las decisiones sean implementadas. Así, los proyectos de agua y saneamiento se vuelven proyectos guiados por la comunidad y propiedad de la comunidad como resultado de PHAST. Los pasos de PHAST son los siguientes:

- Identificación del problema
- Análisis del problema
- Planificación de soluciones
- Selección de opciones
- Planificación de nuevas instalaciones y cambios de comportamiento
- Planificación del monitoreo y evaluación
- Evaluación de la participación

Está diseñado para maximizar la participación comunitaria y para fomentar la participación de personas con pocos conocimientos y marginadas, quienes a menudo son mujeres. Se pretende que PHAST eleve la conciencia en las primeras semanas de la fase de inicio de un proyecto de agua y saneamiento sobre la necesidad de mejores comportamientos higiénicos y de saneamiento para complementar y aprovechar al máximo un sistema de suministro de agua nuevo o rehabilitado.

METODOLOGÍA	CHAST
Significado de su nombre	(Children Hygiene and Sanitation Transformation, Participación de los niños en la transformación de la higiene y del saneamiento)
Autores / Año de creación	La metodología CHAST surgió de una serie de sesiones con escolares en el noroeste de Somalia en la segunda mitad de 2002, fue desarrollado por Cáritas Luxemburgo y Caritas Suiza en el 2002
Aplicación	En población infantil de zonas rurales o urbanas marginales.
Breve descripción de la metodología	La metodología (CHAST) Participación de los niños en la transformación de la higiene y del saneamiento) tiene un enfoque nuevo desarrollado para la promoción de la higiene personal de los niños que viven en las zonas rurales de países como Somalia. Basado en la metodología PHAST, CHAST utiliza una variedad de ejercicios y juegos educativos para enseñar a los niños entre 5 y 12 años los vínculos entre la higiene personal y la salud. El enfoque se basa en la premisa de que las prácticas de higiene son en gran medida adquiridas durante la infancia y que es mucho más fácil cambiar los hábitos de los niños que los de los adultos. Surgió de una serie de sesiones con escolares en el noroeste de Somalia (Somalilandia) en la segunda mitad de 2002, durante el cual los ejercicios y lecciones de PHAST fueron revisados y adaptados a las necesidades y la comprensión natural de los niños somalíes jóvenes. Los ejercicios resultantes buscan entregar lecciones

	fundamentales de higiene y la información de una manera divertida y memorable. Utiliza un enfoque "de niño a niño" para alentar a los niños a participar activamente en abiertas discusiones y, siempre que sea posible, para compartir sus experiencias e ideas con sus compañeros. Se basa en 5 pasos: Introducción, identificación del problema, análisis del problema, buenas prácticas de higiene y monitoreo
METODOLOGÍA	SANTOLIC
Significado de su nombre	Saneamiento total liderado por la comunidad
Autores / Año de creación	El enfoque de SANTOLIC se origina con la evaluación del programa de saneamiento tradicional de Water Aid, Bangladesh y su organización asociada local - VERC (Centro Comunitario de Recursos Educativos, una ONG) realizada por Kamal Kar y su posterior trabajo en Bangladesh a fines de 1999 y durante 2000.
Aplicación	Zonas rurales o urbanas marginales.
Breve descripción de la metodología	Se realiza a través de un proceso de despertar social que es estimulado por los facilitadores de dentro o fuera de la comunidad. Se concentra en toda la comunidad en lugar de comportamientos individuales. El beneficio colectivo que genera la eliminación de la defecación a campo abierto (DCA) puede fomentar una mayor cooperación con este enfoque. Las personas deciden cómo van a crear un medio ambiente limpio e higiénico que beneficie a todos con un enfoque integral para lograr y mantener la calificación de comunidad "Libre de Defecación a Campo Abierto" (LDCA). SANTOLIC incluye la facilitación de un análisis de parte de la comunidad acerca de su perfil de saneamiento, sus prácticas de defecación y las consecuencias; esto debe conllevar a la acción colectiva para lograr el estatus de LDCA. El enfoque en el que otros "enseñan" a los miembros de la comunidad no pertenece a SANTOLIC, pues SANTOLIC es un método que pone la responsabilidad en la comunidad. La metodología se centra en la provocación de cambios en el comportamiento sanitario en lugar de la construcción de inodoros.
METODOLOGÍA	VIVIENDA SALUDABLE "QUE VIVA MI HOGAR"
Significado de su nombre	Estrategia de acción ambiental encaminada a mejorar las condiciones de vida de las familias que habitan viviendas insalubres e inseguras.
Autores / Año de creación	OPS/OMS Representación Colombia 1993.
Aplicación	Zonas rurales o urbanas marginales.
Breve descripción de la metodología	La Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, promueve la estrategia de vivienda y entorno saludable como una estrategia de acción ambiental encaminada a mejorar las condiciones de vida de las familias que habitan viviendas insalubres e inseguras. La estrategia parte del reconocimiento de que todo ser humano requiere de un ambiente digno para crecer física, mental y emocionalmente, siendo la vivienda el espacio vital para su bienestar. Se basa en la metodología "SARAR", siendo una metodología participativa de capacitación de las personas en la identificación de sus propios problemas, así como en la planeación, realización de cambios y el monitoreo de sus avances. SARAR considera que la mejor forma de promover el cambio en la comunidad es facilitar los medios para que puedan tomar mayor control de su destino, involucrándose en la

identificación y selección de opciones alternativas para su desarrollo (65).

Para que el proceso metodológico se desarrolle en forma participativa y pueda llegar al mayor número de familias en menor tiempo posible, planteándose un enfoque multiplicador. Para ello el primer paso es la capacitación a los facilitadores, entre los cuales se encuentran el personal técnico de los establecimientos locales de la Red de Salud, funcionarios de los Gobiernos locales, de ONGs, de Iglesias y otros con experiencia en promoción de salud o educación ambiental participativa. Esta metodología se basa en que cada facilitador capacita a 7 o más Agentes Comunitarios de su ámbito de influencia. A su vez, cada Agente Comunitario capacitado deberá realizar visitas educativas a un promedio de 6 o más familias y desarrollar 7 sesiones educativas con cada una de ellas (una sesión por semana). Las temáticas que aborda son las siguientes:

- La Vivienda como espacio vital
- Sorbos de vida - Agua para consumo en la vivienda
- Las excretas y las aguas sucias andan por ahí
- Los residuos sólidos en la vivienda
- Ojo con las plagas
- Higiene en la vivienda y sus moradores Dinámica familiar y comunitaria

Fuente: Estudio “Apropiación social de una tecnología no convencional para el tratamiento del agua en la vivienda, vereda el Motilón, Pasto (Nariño) (80).

2.2.3. Conocimientos.

“El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo” (81).

Partiendo de que este constructo se puede tomar también las definiciones de otros autores, por ejemplo, para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto.

El objeto es considerado como aquella parte de la realidad que es capaz de ser atraído por nuestras estructuras cognitivas, dentro de este se encuentran los datos o la información, por otro lado, el sujeto es el que conoce y quien tiene la intención de “apropiarse” de un objeto que previamente no se conocía; por tanto, puede concluirse el conocimiento como el resultado de un proceso de apropiación intelectual del objeto por parte del sujeto (82).

Para la presente investigación, se ha definido el conocimiento como el conjunto de la información almacenada por aprendizaje que poseen los padres y cuidadores de los niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda, relacionado con su definición, causas, factores de riesgo, tratamiento, medidas preventivas y complicaciones lo cual permita incidir en la modificación de prácticas que contribuyan a la prevención de enfermedad diarreica aguda, teniendo en cuenta que los padres o cuidadores con la información básica sobre la EDA, desarrollará habilidades mínimas en la prevención, manejo y cuidado de la EDA, que logre mejores resultados en la salud y recuperación del niño.

2.2.4. Prácticas.

Para Marx, desde una visión materialista del mundo, se entiende la práctica como la praxis, al concebir al hombre y la naturaleza como realidades objetivas. Así mismo para la autora Elvia González (83), desde una mirada de la semiótica, la práctica hace referencia al mundo de lo real, mientras que la teoría gira en torno a los signos que la componen para explicar un hecho ya pasado. Simulaciones de lo real que crean una teoría, una reproducción equivalente a lo real.

En consecuencia, de acuerdo con las definiciones planteadas por los autores mencionados, la práctica es entonces, como una manera de transformar una realidad. Comúnmente, se ha entendido la práctica como “lo concreto, lo particular y contextualizado, todo lo que no es “teoría”, lo abstracto, lo universal e independiente del contexto” (84).

En otras palabras, la práctica es la acción que se lleva a cabo con la aplicación de conocimientos tanto científicos como empíricos. Para la presente investigación se va a determinar la práctica como la conducta, respuesta y acciones que realiza el padre o cuidador del menor de cinco años para el manejo de la enfermedad diarreica aguda. Es así como las buenas o malas prácticas que poseen las personas o cuidadores son acciones que contribuyen a la aparición de la enfermedad diarreica aguda, disminuyendo o incrementando los factores de riesgo que ocasiona la aparición de dicha enfermedad en los menores.

2.2.5. Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años

Los determinantes sociales en salud se definen cómo las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido los sistemas de salud. A su vez, esas circunstancias están alineadas por factores tanto económicos, sociales, normativos y políticos (85).

Para este marco conceptual se citan algunos determinantes sociales en salud de las EDAs en los menores de 5 años, a fin de explicar en una gran mayoría las inequidades sanitarias existentes, es decir, las diferencias inequitativas observables en lo que atañe a la situación sanitaria.

Según los referentes bibliográficos, se ha reportado una probable asociación entre la edad de la madre respecto a la aparición de EDA. Los datos revelan que los niños de madres jóvenes reportan un mayor número de los episodios de EDA que aquellos de madres con mayor edad, lo anterior podría argumentarse debido a que las madres jóvenes tienen menor experiencia en el cuidado de los niños (86).

Así mismo, respecto al nivel de escolaridad de la madre o cuidador se encontró en la literatura que los hijos de madres o cuidadores con niveles educativos bajos estuvieron en mayor riesgo de presentar EDA, que aquellos niños de padres con educación primaria, secundaria o con educación formal (87; 88).

Al asociar la etnia con la presencia de morbilidad por EDA en niños menores de 5 años, autores revelan que el mayor número de muertes asociadas por esta causa en menores de cinco años corresponde a la etnia indígena; seguida de la etnia de afrocolombianos. Lo anterior permite analizar la etnia como un determinante para la presencia de este evento de interés en salud pública (89).

Respecto al tipo de residencia se documentó que de acuerdo con las correlaciones bivariadas los niños que residen en viviendas rurales estuvieron en mayor riesgo presentar episodios de EDA. Sin embargo, esta asociación se perdió en los modelos multivariados probablemente al incluir el saneamiento, puesto que al analizar el sector rural se cuestiona sobre las deficiencias de calidad de agua e higiene (81).

En relación con la seguridad social en salud, se observó que aproximadamente la mitad de los niños menores de cinco años fallecidos por EDA, se encontraban afiliado al régimen subsidiado del SGSSS y un 33,4% no se encontraba afiliado a ninguno de los regímenes del SGSSS vigentes en Colombia. El no encontrarse afiliado a un sistema de salud, indica que los menores fallecidos por EDA pertenecían al grupo poblacional sin capacidad de pago o población pobre (82).

El saneamiento constituye un factor de carácter ambiental, frente a ello, se encontró que las condiciones de saneamiento adecuadas ayudaron a prevenir la aparición de EDA. Este hallazgo ha sido estimado en varios estudios, de tal modo que un gran número de muertes asociadas a EDA a nivel mundial son atribuibles a inadecuadas fuentes de agua e higiene, así como a condiciones insalubres (90, 81).

En conclusión, de acuerdo al análisis de desigualdad en la morbilidad por EDA en menores de cinco años, se encontraron aquellos determinantes relacionados con las condiciones de vivienda, coberturas de acueducto, alcantarillado, índice de riesgo de calidad para agua de consumo humano, así como la presencia de pobreza medida a través del % del índice NBI, y otros indicadores socioeconómicos analizados, que demuestran que este evento depende además de determinantes estructurales que se deben intervenir desde entidades gubernamentales.

2.2.6. Educación para la salud

La educación para la salud (EpS) se define como un proceso pedagógico de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas (91).

Una de las vías más idóneas para alcanzar el desarrollo humano y sostenible es la educación, puesto que además de intervenir en determinantes sociales y estructurales (92), fomenta el desarrollo de capacidades que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto sería ineludible enfocar no solo desde el ámbito educativo, sino desde el ámbito gubernamental, es decir desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación.

Con base en lo anterior, se hace necesario construir estrategias que incluyan intervenciones de educación en salud, con el objetivo de lograr que la población incide en las decisiones y problemáticas que afectan en la salud pública, con miras a lograr la mitigación y control de eventos en salud pública, para este caso la morbilidad por EDA en menores de 5 años, y de este modo lograr los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y planes territoriales en salud.

2.2.7. Participación Comunitaria

En la conferencia de Alma Atá: “La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario” (93).

Es la capacidad que tienen los individuos de ejercer control de los determinantes de la salud y ser partícipes de su propio cambio, a través de asumir las responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar y el de la comunidad, contribuyendo a su desarrollo.

“La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad. Por lo tanto, está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla” (94).

2.3. MARCO CONTEXTUAL

Localizado geográficamente al sur de la región Andino Amazónica del departamento de Nariño a 140 km al sur occidente de la capital del departamento de Nariño, formando parte de las cordilleras central y oriental. La topografía del municipio es irregular, donde un 70% presenta en relieve quebrado con pendientes superiores al 35%, en algunos casos y el restante 30% son partes planas y onduladas. Existen alturas que van desde los 2.000 m. de altitud hasta inmediaciones del páramo, donde sobrepasa a los 3.400 m.s.n.m. municipio de Potosí Tiene una superficie de 288 Km² y limita así: Al Norte con el municipio de Córdoba, al Sur con el municipio de Ipiales, al Oriente con el municipio Ipiales y departamento del Putumayo y al Occidente con el municipio de Ipiales (95).

La cabecera Municipal de Potosí, se ubica a 92 Kilómetros de la Ciudad de San Juan de Pasto, tomando la vía Panamericana y la vía hacia el santuario de la Lajas. La población del municipio de Potosí, según el DANE en su Censo Nacional de Población y Vivienda (2018), es de 10.414 Habitantes (2018), la distribución de la población, corresponde al 50,7% de mujeres y el 49,3% de hombres, de los cuales el 79,9% se sitúa como población rural y el 20.1% urbana. La pirámide poblacional indica que el mayor porcentaje de la población se encuentra entre los 15 a 29 Años y el menor, los mayores de 70. En Potosí se encuentra el resguardo indígena de Muses conformado por el 20.7% de la población.

Tabla 7. Información general Municipio de Potosí, Nariño

INFORMACIÓN GENERAL POTOSI	
Población Total	12.237 habitantes
Población Urbana	2.143 habitantes
Población Rural	10.094 habitantes
Extensión Territorial	397 km ²
Densidad Poblacional	30,8 Hab/km ²
Altura	2.796 m.s.n.m
Temperatura Media	12°C

Fuente: Plan territorial de Salud Municipio de Potosí.

El Grado de urbanización del municipio de Potosí es del 18%, lo que indica que solo una pequeña parte de la población total del municipio vive en el área urbana dificultando de esta manera el acceso a los servicios públicos y la implementación de políticas públicas de gran impacto para el total de la población. Además, refleja la convicción altamente rural de la preferencia de ubicación de la residencialidad. En parte, puede obedecer a la actividad agrícola del municipio y a la emigración de familias que fijan su residencia en otros municipios debido al desarrollo personal donde se buscan oportunidades de inversión y educación para la población en edad de estudio

Tabla 8. Condiciones de vida del municipio de Potosí

Determinantes intermediarios de la salud	Nariño	Potosí
Cobertura de servicios de electricidad	96,44	100
Cobertura de acueducto	56,11	46,59
Cobertura de alcantarillado	31,74	16,85
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	47,53	46,9
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	29,10	8,50
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	32,10	21,67

Fuente: Indicadores para ASIS, Ministerio de Salud y la Protección Social (84).

Cobertura de acueducto: Para el año 2017 la cobertura es del 46,59%, representa condiciones desfavorables, comparadas con la departamental, que, según datos reportados por los Operadores de red, DANE e IPSE 2017 es del 56,11%.

Cobertura de alcantarillado: La cobertura a 2017 para el municipio de Potosí es del 16,85%, representa condiciones de desfavorabilidad; comparada con la departamental, que según 2017 es del 31,74%, muestra diferencias estadísticamente significativas.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): El IRCA para el Municipio de Potosí es del 46,94%, que representa condiciones de mediano riesgo; comparada con la departamental, que según censo 2017 es del 47,53%, no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: El porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada para el municipio de Potosí es del 8.50% censo 2005, que representa condiciones de favorabilidad; comparada con la departamental, que según censo DANE 2005 es del 29,10%, no evidencia

diferencias estadísticamente significativas, pese a estar por debajo del promedio departamental.

Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: El porcentaje es del 21.67% censo 2005, que representa condiciones de desfavorabilidad; comparada con la departamental, que según censo DANE 2005 es del 32,10%, no evidencia diferencias estadísticamente significativas, pese a estar por debajo del promedio departamental.

2.3.1. CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL “MIS PRIMERAS HUELLITAS”

Por otra parte, el municipio de Potosí cuenta con una novedosa y actual infraestructura del centro de desarrollo infantil “Mis primeras Huellitas” con capacidad para 140 niños, prestando un servicio institucional que busca garantizar la educación inicial, cuidado y nutrición a niños y niñas menores de 5 años, en el marco de la Atención Integral y Diferencial, a través de acciones pedagógicas, de cuidado calificado y nutrición, así como la realización de gestiones para promover los derechos a la salud, protección y participación, que permitan favorecer su desarrollo integral.

Este CDI presenta una jornada de atención de ocho (8) horas diarias, cinco (5) días a la semana para niños y niñas de primera infancia, prioritariamente en el rango de edad de dos (2) años a menores de cinco (5) años y/o hasta que ingresen al grado de transición.

Adicionalmente, si la condición del niño o niña lo amerita y la Unidad de Servicio cuenta con las condiciones requeridas (espacio de Sala Cuna) para atender a esta población, podrán ser atendidos niños y niñas entre los seis (6) meses y los dos (2) años de edad.

2.4. MARCO LEGAL

La investigación se fundamenta en la Atención Integral a la Primera Infancia en el marco de la “Estrategia de cero a siempre”, que parte del concepto de salud como derecho fundamental, irrenunciable e impostergable. Ha sido formulado como una guía para orientar el cumplimiento del derecho a la salud integral de las niñas y los niños desde la preconcepción hasta los cinco años y 11 meses de edad, en los escenarios en donde transcurren sus vidas: el hogar, el centro de desarrollo infantil, los servicios de salud y el espacio público (96).

Contiene los marcos conceptual y normativo de la salud en la Primera Infancia, el derecho a la salud en el contexto de la Atención Integral y su articulación con el

sistema de salud y con la Atención Primaria, el enfoque diferencial y la corresponsabilidad. Relaciona la garantía de vivir y disfrutar del nivel más alto posible de Salud con las Realizaciones, la Ruta de Atención Integral y los Estándares de Calidad en Salud. Se presentan los conceptos para realizar el monitoreo y seguimiento del derecho a la salud de los niños y las niñas, incluidos los principales indicadores. Finalmente, los aspectos del sistema de inspección, vigilancia y control y el papel de los actores institucionales y la comunidad, con el fin de lograr y garantizar el más alto nivel de salud y bienestar, y asegurar una atención integral y oportuna en la primera infancia, con enfoque diferencial.

La Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre” dirigida a promover y garantizar el desarrollo infantil, compromete a los gobernantes, a todos los sectores del desarrollo económico y social del país, a los padres de familia y familiares en general, a los cuidadores, educadores, a la sociedad y a los organismos de veeduría y control, a garantizar las condiciones para el desarrollo de una vida digna y con garantía de derechos, desde antes de la gestación.

El lineamiento está dirigido a padres de familia, cuidadores, educadores, entidades gubernamentales, instituciones públicas y privadas y todos los responsables de gestionar la garantía de los derechos de la infancia, entre estos, la vida y la salud.

Así mismo, se fundamenta en la estrategia AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), es la estrategia que incluye los componentes institucional y comunitario, dirigida a mejorar la salud de los niños y las niñas menores de cinco años e integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud, para su detección precoz, tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. La estrategia puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas, como los padres y cuidadores. Es muy eficiente para reducir la carga de la enfermedad, la discapacidad y contribuye a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida (80).

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación cualitativa tiende a enfatizar los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana, e intenta capturar esos aspectos en su totalidad dentro del contexto de quienes los están experimentando (97). Es decir, coadyuva en la documentación y descripción de las experiencias de los individuos que se enfrentan al fenómeno.

De conformidad con lo anterior, se consideró pertinente orientar esta investigación desde la metodología de investigación cualitativa, en vista de que permitió comprender la experiencia, el conocimiento y el actuar que tenían los participantes después de enfrentarse al fenómeno que en este caso fue la intervención, de la cual ellos mismo fueron los protagonistas, partiendo desde la identificación de una área problemática, hasta la formulación y ejecución de soluciones frente a ella, además se pretendió reconocer desde una realidad los aprendizajes que tuvieron los padres y cuidadores de menores de 5 años posterior al desarrollo de la estrategia de educación sanitaria.

Por lo tanto, se inició realizando un diagnóstico de los padres y cuidadores de menores de 5 años asistentes al CDI del municipio de Potosí, determinando las características sociodemográficas, económicas, sanitarias, así como también los conocimientos previos que tenían respecto a la enfermedad diarreica aguda. Consecuente con ello, se llevó a cabo la ejecución estrategia de educación sanitaria PHAST, no obstante, dentro de los dos primeros pasos de la estrategia relacionados con la identificación y análisis del problema, se identificó información de carácter cualitativo que aportó significativamente a la fase diagnóstica de la investigación. Posteriormente, se determinó el reconocimiento de aprendizajes a través de cuestionarios, grupos focales y observación participante. Finalmente, con los resultados obtenidos se partió para el diseño de una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí para la prevención de la enfermedad diarreica aguda.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se orientó bajo la investigación- acción (IA), la cual favorece la integración tanto del conocimiento como de la acción, toda vez que permite que los actores sociales se involucren, conozcan, interpreten y transformen la realidad objeto del estudio. Este tipo de investigación permite que los participantes propongan alternativas de solución a las problemáticas identificadas por ellos mismos, por lo que favorece a la generación de cambios y transformaciones

definitivas y profundas. De modo que la transformación y el empoderamiento de los individuos constituyen un eje principal de esta opción metodológica (98).

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Padres y cuidadores de niños menores de 5 años, que asistieron al centro de desarrollo Infantil “Mis primeras Huellitas” del Municipio de Potosí.

3.4. UNIDAD DE TRABAJO

Participantes

(12) Padres y cuidadores de niños menores de 5 años, que asisten al centro de desarrollo Infantil “Mis primeras Huellitas” del Municipio de Potosí y que acepten participar de manera libre y voluntaria en la investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de participación

- Padres y cuidadores que acepten participar voluntariamente en la realización del estudio de investigación y firmen consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de no participación

- Padres y cuidadores en condición de discapacidad cognitiva
- Padres y cuidadores que no cuenten con disponibilidad de tiempo

3.5. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación contempló la metodología PHAST (Higiene participativa y transformación del saneamiento) y la Investigación Acción (IA), donde se propició que la comunidad sea partícipe del desarrollo de la investigación desde su planificación, identificación de necesidades y planteamiento de soluciones para transformar sus comportamientos en pro de prevenir las enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de cinco años que se encuentran bajo su cuidado. Para ello, se contempló cuatro etapas para el desarrollo de la investigación, las cuales se describen a continuación:

3.5.1. Etapa diagnóstica.

Durante esta etapa se llevó a cabo una revisión teórica y documental del tema, la construcción de los instrumentos de recolección de la información y del consentimiento informado relacionado con el diseño de una estrategia de salud pública adaptada a las características del Municipio de Potosí para mejorar conocimientos y prácticas para la prevención de enfermedad diarreica aguda dirigida a la comunidad del municipio de Potosí. Posteriormente se realizó la validación de los instrumentos mediante la prueba de juicio de expertos: Un Médico pediatra y dos enfermeras especialistas que cuentan con amplia experiencia en el campo administrativo y comunitario enfocado en salud infantil en términos de pertinencia y claridad (Anexo I y J), así como también se desarrolló la prueba piloto con personas de características similares a los participantes, con el propósito de determinar la confiabilidad del instrumento. El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, resultando un buen nivel de confiabilidad para el cuestionario aplicable a padres y cuidadores de los niños menores de cinco años (Anexo K).

Posteriormente se llevó a cabo el primer acercamiento con los padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI del Municipio de Potosí, para explicar la finalidad de la investigación mediante el diligenciamiento del consentimiento informado (Anexo A) con aceptación de aquellos que deseen participar en este proceso de investigación, consecuentemente, se realizó la aplicación de un cuestionario de opción múltiple (Anexo B) previamente validado por expertos con única respuesta para determinar las características socio demográficas, económicas, sanitarias de los participantes, así como también la identificación de los conocimientos que tenían en lo que se refiere a la enfermedad diarreica aguda (Definición, causas, prevención, factores protectores y factores de riesgo, lactancia materna, lavado de manos y alimentos, alimentación con vitamina A, esquema de vacunación, práctica de hervir el agua, episodios de EDA, manejo de la alimentación en EDA, y administración de líquidos en EDA.)

Por otro lado, al efectuar la estrategia de educación sanitaria PHAST, se observó que los dos primeros pasos estuvieron relacionados con la identificación y análisis del problema, por tanto se partió de los mismos para fortalecer significativamente a la fase diagnóstica de la investigación, aportando información de carácter cualitativo que se obtuvo a través de las entrevistas realizadas en las sesiones educativas, relacionadas con categorías (Anexo G) conducentes a identificar factores de riesgo para la EDA, prácticas de padres y cuidadores frente al manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, percepciones sobre la calidad del agua y percepciones sobre la calidad de la atención del centro de salud del Municipio de Potosí.

3.5.2. Etapa de aplicación.

Se aplicó la estrategia de educación sanitaria PHAST (Anexo F) la cual se basó en el aprendizaje participativo y educación a las comunidades para que manejen su suministro de agua y controlen las enfermedades relacionadas con el saneamiento como la enfermedad diarreica aguda, mediante la toma de conciencia sobre la salud y la comprensión de este tema. La Guía tiene siete pasos. Los primeros cinco ayudan a que los grupos de la comunidad desarrollen un plan para prevenir enfermedades diarreicas mediante el mejoramiento del abastecimiento de agua y del comportamiento respecto a la higiene y el saneamiento. El sexto y el séptimo paso se refieren al monitoreo y a la evaluación.

3.5.3. Etapa de reconocimiento de aprendizajes

Una vez aplicada la estrategia de educación sanitaria PHAST se realizó el reconocimiento de los aprendizajes que adquirieron los padres y cuidadores de niños menores de 5 años que asisten al Centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí, concerniente a conocimientos y prácticas posteriores a la intervención.

Estos conocimientos fueron evaluados a través de un cuestionario de opción múltiple (Anexo B), previamente validado y aplicado en la etapa diagnóstica, el cual se aplicó a los participantes posterior a la estrategia, a fin de determinar los conocimientos derivados de la aplicación de la misma, en dicho cuestionario se determinó los conocimientos en cuanto a la enfermedad diarreica aguda; enfocados en definición, causas, prevención, factores protectores, factores de riesgo, factores protectores, lactancia materna, lavado de manos y alimentos, alimentación con vitamina A, esquema de vacunación, práctica de hervir el agua, episodios de EDA, manejo de la alimentación en EDA, y administración de líquidos en EDA.

Adicionalmente, con el propósito de evidenciar los aportes del proceso de implementación de la estrategia, dos años después de su implementación, se realizó la verificación de las prácticas a través de la técnica de observación participante, utilizando como instrumento una guía de observación (Anexo M), la cual se aplicó con previo consentimiento informado de los participantes. Además, se desarrolló un grupo focal (Anexo L) en el que se procuró que los participantes seleccionados, compartan su experiencia personal, sus aprendizajes, logros, debilidades, etc. frente a la participación en la estrategia de educación sanitaria de investigación.

Seguidamente, se realizó la transcripción y el análisis de los datos obtenidos en la encuesta referente a características sociodemográficas, económicas y sanitarias, así como conocimientos y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda y la guía de

observación resumidas en tablas de frecuencia a través de la Base y procesamiento de datos de Microsoft Excel.

Finalmente, se realizó la transcripción y el análisis de los datos obtenidos en los grupos focales, con la organización de la información basada en la reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de las conclusiones. El análisis se realizó por categorías y subcategorías deductivas e inductivas y se utilizó el programa Atlas- Ti versión 6.0.

3.5.4. Etapa de diseño

Durante esta etapa se inició con el proceso del diseño de la estrategia de salud pública para la prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda, a través de la selección, análisis e interpretación de la información que suministraron las técnicas e instrumentos de recolección durante el desarrollo de la estrategia de educación sanitaria PHAST. Posterior a ello, se realizó una revisión documental con el fin de proponer los lineamientos para el diseño de una estrategia de salud pública adaptada a las condiciones y al contexto cultural del Municipio de Potosí.

La estrategia educativa se diseñó teniendo en cuenta la normatividad vigente a nivel nacional encaminada a la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda, misma que se encuentra fundamentada bajo los entornos de intervención de acuerdo con la resolución 3280 del 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y el modelo ecológico según Bronfenbrenner donde se estableció cuatro sistemas: microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema, cada uno de ellos conexos con los entornos de intervención: hogar, educativo, comunitario e institucional y las actividades a desarrollar en cada uno de ellos.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información básica se obtuvo de la aplicación de los diferentes instrumentos y técnicas aplicadas a los padres y cuidadores de niños menores de 5 años que asistieron al Centro de Desarrollo Infantil “Mis primeras Huellitas” del Municipio de Potosí.

3.6.1. Encuesta

Se puede definir la encuesta, respaldando a García Ferrando, como «una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende

explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características» (99). Esta técnica se utilizó para el diagnóstico de la investigación, se contó con un cuestionario como instrumento de recolección de información.

Se realizó la validación del instrumento mediante la prueba de juicio de expertos, para ello se contó con la revisión de un pediatra y dos enfermeras especialistas con amplia experiencia en salud infantil, dicho instrumento fue evaluado en términos de pertinencia y claridad (Anexo I y J), además se aplicó una prueba piloto a un grupo de padres y cuidadores de niños menores de 5 años con características similares al de la población objeto de estudio y se determinó el criterio de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto resultando un buen nivel de confiabilidad (Anexo K).

El instrumento se utilizó tanto en la fase diagnóstica, como en la de reconocimiento de aprendizajes, el cual estuvo basado en un cuestionario de opción múltiple, con única respuesta que constó de tres partes: La primera que comprendió las características sociodemográficas, económicas y sanitarias. La segunda parte que abordó los conocimientos que tienen los padres y cuidadores en cuanto a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años; enfocados en definición, causas, prevención, factores protectores y factores de riesgo, lactancia materna, lavado de manos y alimentos, alimentación con vitamina A, esquema de vacunación, práctica de hervir el agua, episodios de EDA, manejo de la alimentación en EDA, y administración de líquidos en EDA (Anexo B).

3.6.2. Grupos focales

La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos (100). En esta investigación se utilizó la técnica de grupos focales, mediante la participación dirigida y sensata de los padres y cuidadores de niños menores de 5 años, además se procuró que los participantes seleccionados, compartan su experiencia personal frente a la participación en la estrategia de educación sanitaria PHAST, para ello se diseñó un protocolo de investigación para grupo focal (Anexo L) fundamentado en 3 categorías: Conocimientos, prácticas y metodología el cual se efectuó en función del reconocimiento de aprendizajes para la prevención de EDA.

Este grupo focal de discusión se perpetró a través de un encuentro presencial con los padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI del Municipio de Potosí estuvo liderado por el facilitador quien fue el responsable de establecer comunicación con el grupo y guiar la sesión de preguntas, y el anotador quien registró la discusión, cabe resaltar que en el desarrollo del grupo focal se obtuvo

una amplia participación y se finalizó con el resumen de las opiniones de los participantes, contrastando lo que manifestaron en cada pregunta y profundizando alguna información que fue superficial durante el desarrollo de la actividad. Se concluyó con comentarios positivos y de agradecimiento por la participación.

3.6.3. Observación participante

Se define la observación participante como una técnica cualitativa por medio de la cual se crea una vinculación concreta y constante entre el investigador y el hecho o fenómeno, y que tiende a ceñirse a la lógica de las formas, procedimientos, relaciones e interrelaciones que se suscitan dentro de la realidad estudiada (101).

Ahora bien, esta investigación fue documentada a través de una guía de observación (Anexo M) la cual se aplicó a seis participantes, posterior a la estrategia de educación sanitaria. Este método de recolección de información requirió una vinculación del observador en los acontecimientos o fenómenos que se está observando, para este estudio se realizó una verificación directa en los hogares de las prácticas que realizaban los padres y cuidadores de menores de 5 años relacionadas con la prevención de la EDA. El instrumento de la guía de observación comprendió cinco ítems a evaluar, el primero relacionado con el abastecimiento de agua donde se evaluó si el consumo de agua es potable y el almacenamiento para su consumo, el segundo ítem concerniente a eliminación de excretas y basuras verificable a través de disposición de sistema sanitario y disposición final de residuos, tercer ítem donde se evalúa los hábitos de higiene como condiciones higiénicas de la cocina, lavado de alimentos, inocuidad de alimentos entre otros, posteriormente se encuentra la verificación del lavado de manos donde se evalúa el procedimiento correspondiente, finalmente se encuentra el ítem de vacunación donde se verificó el carnet de vacunación específicamente en lo relacionado a la vacuna de rotavirus en sus 2 dosis.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1993 esta investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, puesto que es un estudio que realiza una intervención o modificación intencionada de las variables conductuales de los individuos que participan en el estudio a través de una estrategia de educación sanitaria que contempla mejorar conocimientos y prácticas sobre la prevención de enfermedad diarreica aguda en padres y cuidadores de niños menores de 5 años del Centro de Desarrollo Infantil (CDI) del Municipio de Potosí, se emplearon técnicas como entrevistas y cuestionarios.

En la investigación sujeto de estudio, se prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. Se cuenta con el consentimiento Informado escrito del sujeto de investigación con las excepciones dispuestas en la citada resolución (102).

Además, se cuenta con la aprobación número 095 de 2018 del comité de ética en investigación de la Universidad de Nariño y de la Alcaldía municipal de Potosí (Anexo C y D).

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de las diferentes técnicas e instrumentos en las etapas del proyecto de investigación:

5.1. ETAPA DIAGNÓSTICA

En la presente etapa se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario utilizado para determinar las características socio demográficas, económicas, sanitarias, así como también la identificación de los conocimientos que tienen los padres y cuidadores de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil del municipio de Potosí en lo que se refiere a la enfermedad diarreica aguda. Asimismo, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a padres y cuidadores que permiten identificar un diagnóstico sobre la enfermedad diarreica aguda.

Tabla 9. Características sociodemográficas y económicas de los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años que asisten al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.

Edad	N	%
Entre 18 y 28 años	11	92
Entre 29 y 32 años	1	8
Parentesco		
Madre	11	92
Padre	1	8
Lugar de Procedencia		
Zona Urbana	5	42
Zona rural	7	58
Nivel Educativo		
Educación Primaria Completa	2	17
Educación Secundaria Completa	5	42
Educación Secundaria Incompleta	1	8
Educación Superior Pregrado	1	8
Educación Técnica	3	25
Estrato social		
Estrato 1	12	100
Ocupación		
Ama de casa	9	75

Desempleado	1	8
Empleado	1	8
Independiente	1	8
Nivel de Ingresos		
menos de 1 SMMLV	11	92
Entre 1 y 3 SMMLV	1	8
Tipo de Vivienda		
Casa	11	92
Habitación	1	8

Fuente: El presente estudio

Las edades de los padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí oscilaron entre 18 a 32 años con una media de 24 años, el 92% (11) se ubicó dentro del grupo de 18 a 28 años. El 58% de los padres y cuidadores (7) residen en zona rural, en cuanto a la relación consanguínea con ellos, el 92% (11) son las madres, y el 8% (1) el padre. En cuanto al nivel Educativo el 42% (5) tienen Educación Secundaria Completa, la totalidad del grupo participante tiene estrato socioeconómico 1. El 75% (9) son amas de casa. De acuerdo con el nivel de Ingresos el 92% (11) perciben ingresos menos de 1 SMMLV (\$828.116 COP), finalmente, en cuanto al tipo de vivienda el 92% (11) viven en una casa y el 8% (1) en una habitación.

Tabla 10. Condiciones hidro sanitarias de la vivienda los padres y cuidadores de los niños menores de 5 años que asisten al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.

Servicio sanitario (baño/inodoro) de la vivienda	N	%
Baño conectado al alcantarillado	8	67
Baño conectado a pozo séptico	4	33
Uso del servicio sanitario (baño/inodoro) de su vivienda		
Exclusivo de las personas del hogar	12	100
Obtención del agua para consumo en su vivienda		
Acueducto	12	100
Lugar específico para la preparación de alimentos en la vivienda		
Si	12	100

Fuente: El presente estudio

En cuanto a las condiciones hidrosanitarias de la vivienda de los participantes, se indagó sobre cómo es el servicio sanitario (baño/inodoro) de su vivienda; El 67% (8)

de los padres y cuidadores responden que tienen baño conectado al alcantarillado y el 33% (4) tienen baño conectado a pozo séptico. La totalidad de los padres y cuidadores cuentan con un servicio sanitario (baño/inodoro) de uso exclusivo de las personas del hogar. Finalmente, el 100% de los participantes consumen agua que se obtiene del acueducto y cuentan con un lugar específico para la preparación de alimentos.

5.1.1. Conocimientos y percepciones sobre la enfermedad diarreica aguda

Se presentan los resultados que se recogieron durante la fase diagnóstica de la estrategia, relacionada con factores de riesgo, prácticas de padres y cuidadores frente al manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, percepciones sobre la calidad del agua y la calidad de atención del centro de salud de Potosí.

5.1.1.1. Factores de riesgo para desarrollar enfermedad diarreica aguda

Algunos de los participantes del presente estudio, realizaban una serie de actividades de forma continua relacionadas con prácticas de higiene y saneamiento básico, algunas de ellas se consideraban como un factor de riesgo desencadenante de EDA como por ejemplo, el inadecuado almacenamiento del agua: *“A veces dicen que se va a ir el agua entonces lo que hacemos es acumular el agua para el otro día tener con qué cocinar, bañarse y a veces no se utiliza y el agua se queda ahí”* [P1]; *“...se tiene el agua ahí envasada pero no se sabe si el agua es potable”* [P2].

Respecto a lo anterior, se identificó que los padres y cuidadores asumían prácticas inseguras relacionadas con el inadecuado almacenamiento de agua, algunas de ellas asociadas a fuentes inseguras fuera del hogar y otras relacionadas con almacenamiento en recipientes domésticos susceptible a la contaminación, lo que predispone a la transmisión de enfermedades infecciosas como la EDA.

De igual manera, se reconoció otro factor de riesgo relacionado con el agua no tratada, que puede dar lugar a enfermedades transmisibles como las infecciones gastrointestinales que surgen a consecuencia de agentes causales como bacterias, parásitos y virus presentes en aguas contaminadas, al respecto, los participantes mencionan: *“...el agua que no es apta para el consumo humano y se ve que están tomando agua, pero no se sabe si es contaminada o la cogieron de un sitio apropiado”* [P4]. Además, se cuestionó a los participantes sobre los problemas de salud que son atribuibles a malas prácticas con el manejo del agua, saneamiento e higiene, al respecto manifestaron: *“diarrea y el vómito”* [P2]

Asimismo, se indagó con los padres y cuidadores sobre si alguno de sus niños había presentado alguna sintomatología atribuible a malas prácticas higiénicas, ante esto,

uno de ellos mencionó: *“mi hijo tuvo una infección estomacal que le causó decaimiento, diarrea, fiebre, y se deshidrató”* [P6]

Frente a lo anterior, se concluyó que algunos padres y cuidadores eran conscientes de los problemas de salud atribuibles a las malas prácticas de higiene y saneamiento básico, sin embargo, no asumían medidas preventivas para minimizar este riesgo, conllevando a la aparición de EDA en sus hijos.

5.1.1.2. Percepciones de los padres y cuidadores sobre la calidad del agua del Municipio de Potosí

En cuanto a las interpretaciones que tenían los padres y cuidadores sobre la calidad del agua del Municipio de Potosí se señalaron deficiencias relacionadas con las características físicas del agua, algunos de ellos relataron que si bien se cuenta con una planta de tratamiento del agua, aún existen propiedades del agua que para ellos no la hacen consumible, por tanto consideran que puede desencadenar riesgos en su salud: *“La mayor dificultad en el municipio es la calidad del agua, aunque por parte de la Alcaldía Municipal se trajo una planta de tratamiento de agua, el agua es amarilla y no es consumible”* [P8]

En este orden de ideas, los participantes señalaron que la calidad del agua difiere de acuerdo al lugar de residencia y a las condiciones climáticas, referente a esto, se expresó: *“El agua en Mueses es buena, pero es muy amarilla, el agua en el pueblo pues potable no es, no se puede tomar de la llave porque uno se enferma o puede contraer un virus”* [P3]. Otro participante afirmó: *“Unos días al principio si nos dieron agua clarita, pero con el tiempo se tapan los filtros y con las condiciones climáticas, les queda más difícil limpiar los tanques y estar clorando el agua o haciéndola potable, por eso la desmejoró la Calidad del Agua”* [P2].

Respecto a lo anterior, se debe realizar un monitoreo permanente por parte del Municipio proporcionando una manera adicional de controlar la calidad de las reservas de agua que no han sido tratadas o no cuenten con planta de tratamiento de agua, con el fin de evitar fuentes de contaminación del agua.

5.1.1.3. Prácticas de padres y cuidadores frente al manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda

Esta categoría hace referencia al tratamiento u manejo utilizado por padres y cuidadores en el caso de diarreas. Los entrevistados declararon que acuden a diversos tipos de tratamientos, algunos enfocados en la medicina tradicional, administración de hierbas medicinales y otros en relación a la automedicación.

Los participantes relataron que preferían acudir a la medicina tradicional, puesto que tiene gran aceptación por sus creencias, por su bajo costo y porque se basa en la utilización de hierbas o plantas medicinales, además, consideran que la diarrea tiene una relación estrecha con el espanto, es por ello que ante la aparición de EDA acuden al médico tradicional o curandero. *“Cuando le da diarrea está espantada, quedada, con mal aire”* [P1]; *“Acá también se lleva la creencia que apenas se está enfermo de una es espanto, pero a veces cuando tiene fiebre, diarrea y vómito y se los siente que lloran en la noche pues si esta espantado, uno siempre se ha llevado esas creencias y lo curan con chapil y hierbas de espanto”* [P3]; *“la diarrea es por espanto, porque se bajó el cuajo y por dar remedios naturales”* [P6].

Asimismo, algunos de ellos incluían dentro de sus prácticas para el manejo de la EDA la utilización de hierbas medicinales que generalmente, las personas las usan para ayudar a prevenir o curar una enfermedad, en este caso para el manejo de la EDA, frente a esto expresaron: *“Yo lo que siempre hago es un agua de manzanilla y yerbabuena”* [P10]

Por otro lado, a través de este proceso se identificó que los padres y cuidadores recurrían a prácticas que pueden ser nocivas para la salud de los niños, asociadas a la automedicación o administración de cualquier medicamento que no haya sido prescrito por un médico, uno de ellos relató: *“...le doy agua y amoxicilina...”* [P10]

Finalmente, se registraron algunas acciones que los padres y cuidadores de niños menores de 5 años consideraban correctas para el manejo de la diarrea, relacionadas con la administración de bebidas industrializadas y lácteos: *“Le doy gatorade, gaseosas”* [P5]; *“La leche”* [P3]. En virtud de ello, es menester resaltar que las bebidas industrializadas contienen alto contenido de azúcar que pueden empeorar el cuadro diarreico, frente a esta práctica se considera que los participantes la asumen de forma incorrecta.

5.1.1.4. Percepción sobre la calidad de atención del centro de salud de Potosí

El Municipio de Potosí cuenta con una institución de salud de carácter público que presta servicios de baja complejidad, al indagar a los participantes frente a la calidad de atención refirieron encontrarse insatisfechos, puesto que la institución de salud presenta falencias en términos de capacidad instalada y resolutiveidad. *“En cuanto a la atención, regular, regular, bueno en urgencias casi no es tanto. Pero es que, de igual forma en urgencias, también debe haber más personas, más enfermeras o algo porque no hay, solo hay un doctor y si acaso 2 enfermeras, mas no hay. Es que, en esa IPS, solo es para algo leve, ya si es algo grave se manda a Ipiales, por*

eso mejor cuando tengo una urgencia, prefiero irme a Ipiales, a la clínica Las Lajas o al hospital, no acudo acá porque es muy mal servicio” [P5].

5.2. ETAPA DE APLICACIÓN

Se presentan los resultados obtenidos durante la ejecución de la estrategia de educación sanitaria PHAST, la cual consistió en un proceso participativo que tuvo como objetivo promover prácticas de higiene y saneamiento, con la ayuda de la participación de los padres y cuidadores objeto de investigación.

La estrategia PHAST se llevó a cabo en siete pasos: Identificación del problema, análisis del problema, planificación de soluciones, selección de opciones, planificación de nuevas selecciones y cambios de comportamiento, planificación del monitoreo y la evaluación, y finalmente, la evaluación de la participación.

Para el desarrollo de la estrategia se llevó a cabo un plan educativo con un cronograma de siete sesiones, las cuales se desarrollaron en el Punto Vive Digital del Municipio de Potosí, cada una de ellas tuvo una duración aproximada de dos a cuatro horas, fueron lideradas por las investigadoras y apoyo de dos profesionales con experiencia en el área, se contó con la participación de doce padres y cuidadores de niños menores de cinco años por cada encuentro. Cada sesión se encuentra documentada como anexo en la presente investigación (Anexo f).

En cada uno de los pasos descritos se definen las actividades, herramientas utilizadas en las intervenciones y fechas de ejecución, tal como se revela en la siguiente tabla:

Tabla 11. Guía paso a paso para metodología PHAST

PASOS	FECHA DE EJECUCIÓN	DURACIÓN ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	HERRAMIENTA
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	21 de Agosto de 2019	2 HORAS	1. Historias de la comunidad está diseñada para ayudar al grupo a expresar las preocupaciones más importantes por las que atraviesa su comunidad.	1. Afiches seriados
			2. Problemas de salud en nuestra comunidad busca centrar la discusión en asuntos relacionados con la salud.	2. Enfermera García
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	28 de Agosto de 2019	4 HORAS	1. Mapa del agua y saneamiento en nuestra comunidad, ayuda a los participantes a identificar los problemas de agua y saneamiento que pueden ocasionar diarreas.	1. Mapa de la comunidad

				2. Buenos y malos hábitos de higiene ayudan al grupo a apreciar las prácticas comunes de higiene y saneamiento, así como a determinar cuáles son beneficiosas o perjudiciales para la salud.	2. Calificación en tres grados
				3. Investigación de las prácticas de la comunidad es opcional. Los participantes usan la herramienta atril con bolsillos para recopilar y analizar información sobre sus prácticas. Lo que en realidad están haciendo las personas puede compararse con lo que el grupo descubrió como beneficioso o perjudicial para la salud en la actividad Buenos y malos hábitos de higiene.	3.votación con tarjetas
				4. Cómo se propagan las enfermedades permite que los participantes se percaten sobre cómo las excretas pueden contaminar el ambiente y causar enfermedades diarreicas.	4. Rutas de transmisión
3. PLANIFICACIÓN DE SOLUCIONES	04 de septiembre de 2019	4 HORAS		1. Cómo detener la propagación de enfermedades ayuda a los miembros del grupo a descubrir formas de prevenir o bloquear la propagación de enfermedades diarreicas a través de las rutas de transmisión identificadas en la actividad anterior.	1. Bloqueo de rutas
				2. Selección de las barreras ayuda al grupo a analizar la eficacia y facilidad de las acciones para bloquear las rutas de transmisión, así como a elegir las que se van a aplicar.	2. Calificación en tres grados
				3. Tareas de los hombres y de las mujeres en la comunidad ayuda al grupo a identificar quién podría emprender tareas adicionales para introducir los cambios necesarios a fin de prevenir enfermedades diarreicas.	3. Análisis de genero
4. SELECCIÓN DE OPCIONES	18 de septiembre de 2019	4 HORAS		1. Elección de las mejoras de saneamiento ayuda al grupo a evaluar la situación de saneamiento en la comunidad y a decidir los cambios que desea hacer.	1. Opciones de saneamiento
				2. Elección de mejores hábitos de higiene ayuda al grupo a decidir qué hábitos de higiene desarrollarán en la comunidad.	2. Calificación tres grados

				3. Tiempo dedicado a preguntas brinda a los miembros del grupo la oportunidad de hacer preguntas y obtener la reacción de los participantes, lo que aumenta la confianza del grupo.	3. Caja de preguntas	
5. PLANIFICACIÓN DE NUEVAS INSTALACIONES Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO	02 de octubre del 2019	4 HORAS	1. Planificación para el cambio ayuda al grupo a planificar los pasos necesarios para ejecutar las soluciones que ha decidido.		1. Carteles de Planificación	
			2. Planificación de las tareas de cada persona ayuda al grupo a asignar responsabilidades para cada acción.			
			3. Identificación de los aspectos que no marchan bien permite al grupo prever los problemas potenciales y planificar la manera de superarlos.		2. Caja de problemas	
6. PLANIFICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN	16 de octubre del 2019	4 HORAS	Este paso tiene sólo una actividad: Ejecución y preparación para evaluar nuestro progreso. En esta actividad, el grupo elaboró el filtro de agua casero y se realizó un gráfico para monitorear su progreso en el logro de las metas. Se identifican los medios para medir el progreso, la frecuencia de la evaluación y quién debe hacerlo.	*Materiales filtro casero *Herramienta: gráfico de monitoreo (evaluación) *Dibujos de opciones de agua y saneamiento que le gustaría tener a la comunidad *Dibujos de calificación en tres grados elegido durante la actividad elección de mejores hábitos de higiene		
7: EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN	18 de Mayo del 2020	3 HORAS	1. Seguimiento telefónico 6 meses posteriores de la estrategia indagando los avances que han tenido en sus hogares a partir de la aplicación de la estrategia, y cuál es su percepción de esta.	Llamada telefónica		
	12 de noviembre 2021	2 HORAS	2. Seguimiento presencial 2 años meses posterior de la estrategia a través de grupo focal	Formato focal	Grupo	

Fuente: El presente estudio

5.3. ETAPA DE RECONOCIMIENTO DE APRENDIZAJES

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante la etapa de reconocimiento de aprendizajes donde se especifica los conocimientos y prácticas que adquirieron los padres y cuidadores, posterior a la aplicación de la estrategia de educación sanitaria PHAST.

Los conocimientos se presentan a través de la evaluación de un cuestionario de opción múltiple previamente validado y las prácticas se verificaron a través de la técnica de observación participante, por medio de una guía de observación desarrollada dos años posterior a la intervención, aunado al desarrollo de un grupo focal.

Tabla 12. Distribución porcentual de conocimientos de los padres y cuidadores de niños menores de cinco años sobre la EDA antes y después de la intervención.

PREGUNTA	Pretest		Post-test	
	n	%	N	%
Usted considera que su niño tiene diarrea cuando presenta:				
a. 3 o más deposiciones líquidas al día	11,0	91,7	12	100,0
b. Una deposición líquida en el día	1,0	8,3	0	0,0
¿Por qué considera que se produce la diarrea?				
b. Por Virus, Bacterias, Parásitos y Hongos	12	100,0	12	100,0
Cuando hablamos de prevención de enfermedad diarreica aguda, hacemos referencia a:				
a. Conocimientos y prácticas que tratan de evitar la aparición de EDA, a través de la adopción de hábitos y estilos de vida saludable.	10	83,3	12	100,0
b. Acciones que fomentan el buen trato en el hogar.	1	8,3	0	0,0
c. No tengo conocimiento	1	8,3	0	0,0
¿Usted cree que la enfermedad diarreica aguda se produce por prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos, lavado de manos e higiene?				
a. SI	12	100,0	12	100,0
¿Cree usted que la presencia de ratas e insectos en la vivienda pueden ocasionar que su niño menor de 5 años padezca enfermedad diarreica aguda?				
a. SI	11	91,7	12	100,0

c. No tengo conocimiento	1	8,3	0	0,0
¿Cree que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de riesgo para la aparición de enfermedad diarreica aguda?				
a. SI	10	83,3	12	100,0
b. NO	2	16,7	0	0,0
¿La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la enfermedad diarreica aguda?				
a. SI	10	83,3	12	100,0
b. NO	1	8,3	0	0,0
c. No tengo conocimiento	1	8,3	0	0,0

PREGUNTA	Pre-test		Post-test	
	n	%	N	%
19. ¿El lavado de manos frecuente con agua y jabón de los niños y sus cuidadores, contribuye a que se presenten menos diarreas?				
a. SI	10	83,3	12	100,0
b. NO	1	8,3	0	0,0
c. No tengo conocimiento	1	8,3	0	0,0
20. ¿Cree que suministrar Sales de Rehidratación Oral (suero) a un niño con Diarrea ayuda a prevenir la Deshidratación?				
a. SI	12	100,0	12	100,0

Fuente: El presente estudio

Antes de la intervención el (91,7%) de los padres y cuidadores conocían la definición correcta de la diarrea y posterior a la misma se alcanzó un (100%). Respecto a la etiología de la enfermedad diarreica aguda la totalidad de los participantes identificaron que la EDA se atribuye a bacterias, virus o parásitos. El (16,7%) de los padres y cuidadores no reconocieron la definición de prevención para la enfermedad diarreica previo a la estrategia de educación sanitaria, cifra que alcanzó una reducción total posterior a la misma. Todos los participantes conocían que la enfermedad diarreica aguda se produce por prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos, lavado de manos e higiene. El (91,7%) conocía previo a la intervención la presencia de ratas e insectos en la vivienda pueden ocasionar que su niño menor de 5 años padezca enfermedad diarreica aguda. El (83,3%) conocía que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de riesgo para la aparición de enfermedad diarreica aguda, cifras que ascienden al (100%) posterior a la intervención. Los padres y cuidadores (83,3%) conocían previamente que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad previene la

aparición de la enfermedad diarreica aguda, después de la intervención la totalidad reconocieron esta medida preventiva. Antes de la intervención el (16,7%) de padres y cuidadores no reconocían el lavado de manos como una medida preventiva de diarreas, posteriormente se alcanzó una reducción total al (0%). Finalmente, la totalidad conocía que las sales de rehidratación oral (suero) a un niño con diarrea ayuda a prevenir la deshidratación.

Tabla 13. Distribución porcentual de prácticas de los padres y cuidadores de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda antes y después de la intervención.

PREGUNTA	Pre-test		Post-test	
	n	%	n	%
¿Usted brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a su hijo?				
a. SI	12	100,0	12	100,0
¿Usted lava continuamente sus manos y las de sus niños antes de preparar los alimentos, antes de comer, después de ir al baño y después de jugar?				
a. SI	8	66,7	11	91,7
b. NO	4	33,3	1	8,3
¿Usted lava los alimentos antes de la prepararlos o de dárselos a sus niños?				
a. SI	12	100,0	12	100,0
¿Usted incluye en la alimentación de su hijo menor de 5 años alimentos que contengan vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado?				
a. SI	12	100,0	12	100,0
¿Usted ha cumplido de forma completa con el esquema de vacunación de su hijo, incluyendo la vacuna contra rotavirus de los 2 y los 4 meses?				
a. SI	12	100,0	12	100,0
¿Usted <u>siempre</u> hierve el agua antes de consumirla u ofrecerla a su niño?				
a. SI	12	100,0	12	100,0

¿Su niño menor de 5 años ha tenido episodios de enfermedad diarreica aguda - EDA? Si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta

a. SI	10	83,3	10	83,3
b.NO	2	16,7	2	16,7

PREGUNTA	Pre-test		Post-test	
	n	%	n	%

¿Cómo manejó el proceso de alimentación de su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)?

a. Al niño se le brindo mayor cantidad de alimentos y líquidos	6	60,0	10	100,0
b. al niño se le brindo bebidas con alto contenido de azúcar como los refrescos muy endulzados	1	10,0	0	0,0
d. Otro tipo de manejo., ¿Cuál?	3	30,0	0	0,0

¿Qué líquidos suministró a su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)?

b. Sales de rehidratación oral	9	90,0	10	100,0
c. Jugos de fruta preparados industrialmente	1	10,0	0	0,0

Fuente: El presente estudio

La totalidad de los participantes brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a sus hijos. Previo a la intervención se identificó que el (66,7%) de los padres y cuidadores lavaban continuamente sus manos y las de sus niños antes de preparar los alimentos, antes de comer, después de ir al baño y después de jugar, sin embargo, posterior a la estrategia de educación sanitaria el (91,7%) realizaba esta práctica. El (100%) de los participantes incluyeron en la alimentación del menor de 5 años alimentos que contenían vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado, además han cumplido de forma completa con el esquema de vacunación del menor de 5 años específicamente de la vacuna contra rotavirus de los 2 y los 4 meses y hierven el agua antes de consumirla u ofrecerla al niño. Para los padres que manifestaron que sus hijos han presentado episodios de EDA se evaluó la práctica de la alimentación del niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA), ante esto se identificó que el 30% de los

participantes no tenían un manejo adecuado puesto que incluían en la alimentación de sus niños bebidas con alto contenido de azúcar como los refrescos muy endulzados o preferían suspender la alimentación y auto medicar a los niños, además respecto a los líquidos que habían suministrado a los niños mayores de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA), el 10% suministraba de jugos de fruta preparados industrialmente, posterior a la intervención estas prácticas inadecuadas e inseguras disminuyeron al (0%).

5.3.1. Resultados guía de observación.

La aplicación de la guía de observación dentro del presente estudio se realizó con padres y cuidadores dos años posteriores a la intervención previa aplicación de consentimiento informado. Participaron 6 familias a quienes se le realizó visita domiciliaria por parte de las investigadoras y mediante la técnica de observación se procedió a diligenciar el instrumento de acuerdo a lo observado dentro del hogar, a fin de evidenciar las prácticas en su cotidianidad.

Tabla 14. Distribución porcentual de prácticas para la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda.

GUIA DE OBSERVACIÓN				
ABASTECIMIENTO DE AGUA (Verificar)	SI		NO	
	n	%	n	%
1. El agua de consumo es hervida (agua natural sometida a proceso de tratamiento para su potabilización)	6	100	0	0
2. El almacenamiento de agua para consumo humano se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas (recipiente adecuado, limpio y cubierto)	4	67	2	33
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS (Verificar)	SI		NO	
	n	%	n	%
3. ¿Cómo se realiza la disposición final de los residuos, basuras en su hogar? Especificar	6	100	0	0
4. ¿El baño o letrina se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas?	6	100	0	0
5. ¿Presencia de papel higiénico en el baño, o letrina fuera de los recipientes de basura?	0	0	6	100
6. ¿Los recipientes de basuras en el baño son los adecuados?	4	67	2	33
HÁBITOS DE HIGIENE (Verificar)	SI		NO	
	n	%	n	%
7. La vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos	6	100	0	0

8. El lugar de la preparación de alimentos se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas y ordenado	5	83	1	17
9. Recipientes y utensilios de cocina se encuentran limpios y cubiertos en contenedores cerrados	6	100	0	0
10. Los alimentos se encuentran cubiertos o en contenedores cerrados	6	100	0	0
11. Presencia de mascotas y/o animales lejos de las áreas de preparación y consumo de alimentos	6	100	0	0
12. La eliminación de basuras o desechos se realiza en recipiente plástico con tapa	3	50	3	50
13. Lava las frutas y verduras antes del consumo humano	6	100	0	0
14. Se lava las manos con regularidad y le lava las manos a su niño (antes de cada comida, después de ir al baño, después de jugar, etc.) (verificar al menos un episodio)	6	100	0	0
LAVADO DE MANOS (Solicite se lave las manos y verifique)	SI		NO	
	n	%	n	%
15. Se retira cualquier accesorio que tenga en las manos	5	83	1	17
16. Se humedece bien las manos y aplica suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos	6	100	0	0
17. Se cubre con jabón haciendo espuma las palmas, el dorso, entre los dedos y debajo de las uñas por lo menos 20 segundos.	6	100	0	0
18. Se enjuaga bien las manos con abundante agua a chorro.	6	100	0	0
19. Se seca las manos con toalla o papel toalla, empezando desde las palmas siguiendo por el dorso y los espacios entre los dedos.	6	100	0	0
20. Cierra el grifo con el papel toalla evitando que se pueda contaminar nuevamente.	0	0	6	100
ESQUEMA DE VACUNACIÓN	SI		NO	
	n	%	n	%
21. Verificar en carnet de vacunación la aplicación de 2 dosis de rotavirus	6	100	0	0%

Fuente: El presente estudio

De acuerdo con la información obtenida a través de la guía de observación, se logró evidenciar lo siguiente:

Respecto al abastecimiento del agua, se encontró que el 67,0% de los participantes mantenían prácticas adecuadas de almacenamiento del agua, sin embargo, un 33,0% de los participantes almacenaban el agua de forma insegura, es decir, la acumulaban en recipientes sin tapa, por tanto, se encontraban expuestos a fuentes de contaminación. Por otro lado, en lo referente al consumo de agua, se observó que la totalidad de los participantes consumían agua hervida o de botellón.

En cuanto al ítem de disposición de residuos sanitarios, se encontró que el 67,0% de los participantes usaban contenedores de plástico con tapa, lo que minimiza las probabilidades de contaminación a causa de diferentes agentes infecciosos. Referente a las condiciones higiénicas del sanitario y la disposición final de los residuos sanitarios, se observó que la totalidad de participantes presentaron adecuadas condiciones higiénicas en su sanitario. Así mismo, frente a la disposición final de residuos se observó que lo efectuaban a través del carro recolector de la basura del Municipio.

En referencia a los hábitos de higiene, se apreció durante la visita domiciliar que el 83,0% de los participantes mantenían ordenado y aseado del lugar de preparación de alimentos. En el ítem de eliminación de basuras se verificó en los hogares la existencia de recipientes con tapa, frente a esto se evidenció que el 50,0% de los participantes, no contaba con los recipientes adecuados para la disposición de las basuras, así mismo no se encontraban fuera del alcance de los niños. Por otra parte, se logró observar que el 100% de los participantes contaban con un lugar específico para la preparación de alimentos, los recipientes y utensilios de cocina se encontraban en adecuadas condiciones higiénicas, así mismo, los animales y/o mascotas se encontraban lejos de las áreas de preparación de alimentos, lavado de frutas y verduras antes del consumo humano, y se lavan las manos con regularidad.

De igual forma, se verificó el procedimiento del lavado de manos en los padres y en los niños, evidenciando que el 83,0% de los participantes se retiraban los objetos (anillos) que tenían en las manos previo al lavado. En lo referente a los pasos del lavado de manos se observó que la totalidad de participantes utilizaban abundante jabón, frotaban todas las áreas de la mano y enjuagaban con abundante agua, siendo este el procedimiento adecuado. Sin embargo, posterior al lavado de manos se verificó que la totalidad de participantes cerraba el grifo con la mano, sin utilizar ningún tipo de elemento como una toalla para cerrar el grifo y evitar algún tipo de contaminación.

Finalmente, en el ítem de vacunación se verificó los carnets de vacunación de los menores, evidenciando que el 100% de los niños contaban con esquema de vacunación completo de la vacuna de rotavirus con dos dosis de 2 y 4 meses de edad.

5.3.2. Resultados grupo focal

A continuación, se presentan los resultados del desarrollo de un grupo focal desarrollado con participantes posterior al desarrollo de la estrategia PHAST el cual se encaminó a que los padres y cuidadores compartan sus percepciones,

experiencias, aprendizajes, logros, aspectos por mejorar frente a la participación en la metodología PHAST que se abordó en la presente de investigación.

5.3.2.1. Conocimientos adquiridos sobre la enfermedad diarreica aguda

Los conocimientos hacen referencia al conjunto de información adquirida por parte de los padres y cuidadores de niños menores de cinco años asistentes al CDI del Municipio de Potosí, mediante una experiencia o el aprendizaje; en este caso a través de la ejecución de la Estrategia PHAST, enfocada en la definición de la EDA, las causas, medidas preventivas, factores de riesgo, y tratamiento.

5.3.2.1.1. Definición de la EDA

La OMS define la diarrea como la presencia de tres o más deposiciones al día o con una frecuencia mayor que la normal para la persona de heces sueltas o líquidas, respecto a la definición de EDA los participantes relataron: *“La diarrea es deposiciones líquidas más de tres veces en el día”* [P5]; *“...son que los niños hagan más de 3 deposiciones y que éstas sean aguadas, en si los niños no hacen de esa manera.”* [P3]. Frente a lo referido, se puede inferir que la mayoría de los padres y cuidadores concuerdan con el concepto correcto de la EDA en términos de frecuencia y consistencia.

5.3.2.1.2. Causas de la EDA

En la presente subcategoría se presentan las respuestas dadas por los participantes en relación a la causa de las enfermedades diarreicas, al respecto, los padres y cuidadores concertaron que la EDA se contrae por microorganismos, haciendo alusión específica a las bacterias, no obstante eluden agentes causales como los virus y los parásitos: *“La diarrea es una enfermedad que se produce básicamente por microorganismos que se encuentran en algunos alimentos, por ejemplo, si no hacemos bien el tratamiento de los alimentos en la preparación se puede contraer bacterias y llegar al estomaguito de nuestros niños o de nosotros mismos y causarnos diferentes enfermedades como la diarrea o gastroenteritis”* [P2]

Asimismo, mencionaron que la inadecuada preparación de alimentos y la deficiencia en las prácticas de higiene conllevan a la presencia de EDA: *“Es una infección que se produce por microorganismos que están expuestos en todo lugar y que los niños son más vulnerables debido a que están manipulando todo y se llevan todo a la boca, entonces eso es lo que produce las infecciones estomacales que conllevan a la diarrea”* [P5].

5.3.2.1.3. Complicaciones de la EDA

Posterior al desarrollo de la estrategia de educación sanitaria PHAST los padres y cuidadores de niños menores de cinco años catalogan a la enfermedad diarreica como una grave problemática que afecta a la población infantil, que de no ser intervenida a través de un manejo médico adecuado y oportuno puede causar desenlaces fatales como la muerte: *“Antes no sabíamos identificar lo que era una diarrea y luego de la estrategia tenemos conocimiento que es algo grave y tenemos que tener mucho cuidado con nuestros hijos porque se puede causar hasta la muerte”* [P1].

5.3.2.1.4. Tratamiento y manejo de la EDA

Esta subcategoría hace referencia al manejo y tratamiento utilizado por los padres y cuidadores ante la aparición de diarrea en sus hijos; los entrevistados relataron que una vez identificado el tipo de diarrea deciden el tratamiento o manejo adecuado, por ejemplo, dependiendo del tiempo y de la aparición de otra sintomatología subyacente concuerdan en acudir a urgencias para su manejo: *“Lo que aprendimos después de la estrategia nos explicaban que si un niño está con diarrea tenemos que mirar el tiempo y los síntomas digamos porque el motivo y acudir urgentemente al médico porque pueden estar deshidratados”* [P1]

5.3.2.1.4.1. Manejo por medicina tradicional

Partiendo de que los participantes asociaban la presencia de diarrea con el espanto, algunos de ellos acudían para su manejo por la medicina tradicional, sin embargo, manifestaron que a partir de la aplicación de la estrategia y de la adquisición de nuevos conocimientos, preferían acudir a un centro de salud para recibir el manejo médico apropiado antes de que el menor presente complicaciones: *“Compartimos la parte de lo que dijo la compañera Claudia, de consultar al médico cuando el niño tiene diarrea porque no todas las veces va a ser así que este espantado como para llevarlo al curandero, sino primero asesorarse con personas que tengan bastante conocimiento en eso porque no siempre que al niño le de diarrea va a ser que este espantado debe buscar la causa”* [P2]. Asimismo, otro participante reveló: *“...en ese tiempo que estábamos decíamos que uno dice que está espantado y que lo lleva a hacerse curar de espanto, y cuando el niño ya está deshidratado, entonces antes de mirar eso debemos acudir al puesto de salud más cercano y si ya el doctor le ha mandado los medicamentos seguir al pie de la letra.”* [P6]

5.3.2.1.4.2. Alimentación e Hidratación durante la EDA

Dentro de esta subcategoría se describieron una serie de conductas y medidas para el manejo de la EDA en el hogar relacionadas con la alimentación y la rehidratación oral durante la enfermedad.

En cuanto a la alimentación e hidratación los padres y cuidadores identificaron aquellos alimentos con alto contenido en azúcar como las bebidas industrializadas, cítricos y lácteos que pueden empeorar el curso de la diarrea; al respecto manifestaron: *“Cuidarlos con alimentos que le puedan causar más diarrea, por ejemplo, hay alimentos digamos si está con diarrea y le damos una naranja o le damos lácteos no va a ayudar para que el niño sano”* [P1] y *“darles alimentos como para hidratarlos no darles ni jugos de caja, ni de botellas ni nada de productos industrializados porque les agrava la diarrea.”* [P2], *“para el tratamiento en casa de lo que me acuerdo es que también podemos preparar suero casero y ese se lo administramos a los niños en una dosis que toleren, no se les puede dar ni demasiado arto ni demasiado poquito.”* [P2]

Adicionalmente, los participantes identificaron la rehidratación oral como una práctica adecuada para el manejo de la EDA, debido a que conlleva a mantener un equilibrio hidroelectrolítico a fin de evitar o tratar la principal complicación asociada a la deshidratación: *“Para la medicina en casa ya es tenerlos y darles un suero o líquidos eso es lo más importante si ya están deshidratados y mantenerlos solo con líquidos y no suspender los alimentos, pero no darle cosas que les afecten más, sino cosas que los mejoren y no los afecten* [P3]

5.3.2.1.5. Automedicación

Referente al manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda que reconocían los padres y cuidadores, se identificó que previo a la estrategia asumían a prácticas perjudiciales para la salud de los menores, algunos de ellos afirmaron que automedicaban a sus hijos, sin embargo, ahora la identificaron como una práctica insegura: *“lo que en si aprendí es con mi hija es que si hace deposiciones líquidas antes iba a la droguería y le compraba una pasta o le daba un agua de canela”* [P1], *“No se debe auto medicarlos eso aprendí porque cuando se enfermaba lo llevaba a la droguería o a la farmacia y ahora no”* [P3].

Referente a lo anterior, se concluye que automedicar a los niños es una práctica que realizaban los padres frecuentemente previos a la estrategia, algunos referían automedicar a sus hijos ante un episodio de EDA, sin embargo, ahora lo identifican como un riesgo que puede desencadenar en sobredosis, resistencias, reacciones adversas e incluso consecuencias fatales como la muerte.

5.3.2.1.6. Medidas preventivas de EDA

Las medidas preventivas se describen como “un conjunto de acciones destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (103). En este sentido corresponde a aquellas medidas que realizan o reconocen los padres y cuidadores de niños menores de cinco años para evitar de manera anticipada el riesgo a presentar enfermedad diarreica aguda.

5.3.2.1.6.1. Lavado de manos

Al indagar a los padres y cuidadores sobre las medidas preventivas que conocían para evitar que sus hijos presenten enfermedad diarreica aguda, expresaron en su gran mayoría el lavado de manos en los diferentes momentos, siendo esta una de las medidas más costo efectivas para la prevención de enfermedades transmisibles, referente a esto, los participantes la reconocían y afirmaron realizarla en su diario vivir; así como inculcar en los menores esta práctica.

Por otro lado, declararon realizar esta práctica de forma usual, no obstante, a raíz de la pandemia por COVID se ha enfatizado en su realización continuamente: *“Mas en mi caso como ustedes observaron el día que fueron, el jabón que tiene ella es aparte y siempre se le recomienda el lavado de manos, porque en mi casa una parte es en cerámica y otra es en cemento, y ella se coloca a jugar y después llega a comer y siempre se le dice que se lave las manos, porque los niños todo cogen con las manos para comer, por lo menos la mía, coge las papas fritas, toda la comida mejor dicho, por eso siempre le he dicho que se lave las manos, y le he tenido su jabón líquido y su toalla para que se lave las manos, y ahora con lo del COVID, pues eso es lo que he implementado más que todo”* [P1], *“También en la prevención es bueno desde pequeños a nuestros niños enseñarles los buenos hábitos de higiene que se limpien bien y que siempre se laven las manos después de ir al baño, antes de consumir los alimentos, después que llegan de la escuela”* [P2].

Se cuestionó además en qué momentos realizaban el lavado de manos, manifestaron en su gran mayoría efectuar esta práctica antes de preparar y consumir los alimentos, después de ir al baño y del cambio de pañal: *“...el lavado de manos, cuando sean bebés y utilicen el pañal toca uno también lavarse las manos porque pueda que lo del pañal si no se lava bien puede quedarse en las uñas y uno al comer algo y se termina infectando y también al bebé”* [P3], *“...para prevenir la diarrea, el lavado de manos, después de ir al baño lavarse las manos”,*[P5]. *“Nuestras rutas de bloqueo en el primer caso cuando vayan al baño sean niños o adultos hay que lavarse bien las manos antes de consumir y preparar los alimentos”* [P4].

5.3.2.1.7. Higiene e inocuidad de alimentos

Como parte del proceso de intervención se incursionó los conocimientos en hábitos de higiene e inocuidad de alimentos, al respecto los participantes expresaron: *“...También hemos aprendido a lavar muy bien las frutas y verduras, tanto en mi trabajo como en mi casa. Hervir bien los alimentos”* [P4], *“Para prevenir la diarrea lo de comprar frutas y verduras siempre teniendo en cuenta la calidad siempre que estén en buen estado que no se vean de pronto con indicios de que se van a dañar porque esto también contrae muchas enfermedades.”* [P2].

Respecto a lo anterior, los participantes afirmaron que una medida preventiva es llevar a cabo de forma correcta el proceso manipulación y preparación de los alimentos, puesto que de no efectuarse los alimentos puede contaminarse a través de ciertos microorganismos y con ello acarrear enfermedades como la enfermedad diarreica aguda.

5.3.2.1.7.1. Higiene de juguetes

La higiene de juguetes se identificó como una medida importante para prevenir la aparición de la EDA, se aludió por parte de los participantes que cuando los niños manipulan sus juguetes también los introducen a su boca, por tanto, se considera una vía de transmisión de enfermedades. Consecuente a ello, refieren que durante el desarrollo de la estrategia de educación sanitaria adquirieron nuevos conocimientos relacionados con la desinfección de los juguetes de sus menores: *“...otra forma de prevenir es los juguetes desinfectarlos y lavarlos, tenerlos limpios...”* [P3]. De igual manera: *“hay que tenerles higiene a los juguetes y lavarlos y desinfectarlos”* [P2] y *“Realizar la desinfección de juguetes, por los chiquitos toca llevar un buen aseo, además aprendimos la dosis exacta para desinfectar los juguetes de los niños...”* [P6]

5.3.2.1.7.2. Higiene del hogar

Dentro del proceso de intervención se adquirió conocimientos relacionados con los hábitos de higiene en el hogar, los participantes manifestaron: *“...también tener un buen aseo a parte del hogar no solo en la cocina sino en el hogar en general, también tener bien limpios los baños, desinfectados jabón para lavado de manos, mantener toallas limpias en caso de no haber toallas desechables para después del lavado de manos”* [P2] y *“Aprendimos la dosis exacta para desinfectar los utensilios de cocina, todo eso.”* [P6]

Los padres y cuidadores identificaron como otra medida preventiva la higiene del hogar, refieren que es importante la limpieza de las diferentes superficies tanto de la cocina como de los baños, así como también el uso de desinfectante en las dosis exactas.

5.3.2.1.7.3. Adecuada disposición de basuras

Respecto a la disposición de basuras mencionaron que aunado a los conocimientos adquiridos vienen adelantando una iniciativa impuesta desde el Municipio en lo relacionado al manejo de los residuos orgánicos e inorgánicos: *“...así también lo del manejo de las basuras, antes de la estrategia la basura la colocaba toda en una bolsa, después de la estrategia empecé a aplicar la separación de residuos, hacer buen manejo de basuras, aprender a separar los residuos orgánicos con inorgánicos además el municipio también ya implemento esta medida”* [P2]

Los padres y cuidadores identificaron la adecuada disposición de basuras como una medida para evitar riesgos de presentar enfermedades, la totalidad de ellos coincidieron en realizar un adecuado manejo de residuos orgánicos e inorgánicos como medida impuesta en el Municipio para contribuir a evitar la contaminación del medio ambiente.

5.3.2.1.7.4. Tratamiento del agua

Del mismo modo, los padres y cuidadores dentro de estas medidas incluyen el tratamiento del agua, en virtud de que se optimicen las condiciones para el consumo humano: *“También otra forma de prevención es hervir bien el agua así sea que el agua del casco urbano sea potable, pero pues no lo es del todo, de todas formas, hay que hervirla y hacer el tratamiento debido antes de consumirla”* [P2], *“El agua no se puede tomar directamente de la llave porque uno se enferma, por eso aprendimos como hacer un filtro casero”* [P8].

Los participantes coincidieron que una medida preventiva eficaz es la potabilización o tratamiento del agua a fin de que pueda ser consumida sin generar un riesgo para la salud y resaltan la elaboración del filtro casero que se ejecutó durante el desarrollo de la estrategia, el cual es de utilidad para mejorar las condiciones del agua del municipio

5.3.2.1.7.5. Adecuada disposición de excretas

Se determinó como medida preventiva la adecuada disposición de excretas, ante ello manifestaron: *“Para prevenir tenemos las letrinas según dónde nos encontremos si es en la parte urbana o rural, en el caso de los que vivimos en la parte urbana tener un baño, con el cual tenemos que tener la respectiva desinfección”* [P1].

La inadecuada disposición de excretas desencadena riesgos en la salud de las personas, así como también riesgos de tipo ambiental por la contaminación del agua, suelo y aire. De acuerdo a lo afirmado por los participantes se identificó que reconocen la adecuada disposición de excretas como una medida preventiva de

enfermedades diarreicas y en su en gran mayoría afirman tener un baño sanitario dentro de sus hogares.

5.3.2.1.7.6. Prevención y control de roedores y vectores

Otra medida preventiva que asumen los padres y cuidadores corresponde a la prevención y control de roedores y vectores, ellos manifestaron: *“Evitar que las moscas y roedores contaminen lo que nosotros consumimos para así tener una buena higiene en el sitio donde preparamos los alimentos”* [P4].

El control de vectores se consideró como una medida utilizada para limitar o erradicar animales que pueden ser fuente de transmisión de enfermedades infecciosas, manifestaron el uso de técnicas como insecticidas, uso de cercas y hábitos higiénicos.

5.3.2.1.7.7. Vacunas

La Organización Mundial de la Salud, recomienda el uso de las vacunas contra el rotavirus, debido a que esté agente es el principal causante de enfermedad diarreica en niños. Ante esto uno de los padres y cuidadores reconoció: *“las vacunas son esenciales para los niños para que no le dé diarrea”* [P2].

5.3.2.1.7.8. Lactancia materna

La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad además de ser un factor protector se constituye como una de las medidas preventivas eficaces en la reducción de la morbimortalidad por diarrea y otras enfermedades, tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud: *“Lo bueno es la lactancia, es algo muy importante para que no le dé la diarrea”* [P2].

5.3.2.1.7.9. Información y educación

Finalmente, una estrategia clave es la que relatan algunos padres y cuidadores frente a replicar los conocimientos y experiencias adquiridas durante el desarrollo de la estrategia PHAST para prevenir enfermedades tanto en los niños como en los demás integrantes del hogar. Al respecto, los participantes relataron: *“En mi caso, mi cuñada que tiene la niña que estaba en el hogar, después de la estrategia le he dicho todo lo que ustedes nos enseñaron, lo de la automedicación, y lo de separación de residuos. Cuando también llega mi familia se ha compartido con ellos la información”* [P1], *“Acá se le ha enseñado al papa de la nena porque como usted dice el a veces coge una fruta y no la lava y se la da a la nena, y ahí se le hace las recomendaciones porque los hombres son más despreocupados”* [P6].

5.3.2.1.8. Factores de riesgo de EDA

Los factores de riesgo son ciertas características asociadas a la probabilidad de desarrollar una enfermedad, en este caso a la enfermedad diarreica aguda. En tal sentido, se alude a los conocimientos adquiridos por los padres y cuidadores de niños menores de 5 años frente a esta subcategoría

5.3.2.1.8.1. Inadecuada disposición de las excretas

Un factor de riesgo se constituye la inadecuada disposición de excretas, los participantes consideraron que es una de las principales causas de enfermedades diarreicas, que se genera por la eliminación incorrecta y antihigiénica de las heces humanas. Al respecto los participantes expresaron: *“No se puede hacer las necesidades básicas detrás de las casas porque es un foco grande de contaminación y cerca de los ríos porque se contamina el agua y de esa misma agua muchas veces se toma”* [P4], *“Otra forma en que las heces fecales pueden llegar a nosotros es a través de los insectos cuando las personas hacen sus necesidades en espacios abiertos los insectos se contaminan y de paso contaminan las frutas, verduras y agua”* [P5].

5.3.2.1.8.2. Inadecuada disposición y almacenamiento de basuras

La inadecuada disposición y almacenamiento de basuras, es otro factor de riesgo reconocido por los padres y cuidadores, debido a los efectos perjudiciales que genera para la salud, atribuibles a la contaminación ambiental y a la posible transmisión de enfermedades infecciosas como la diarrea. Ante esto los participantes narraron: *“A causa del mal almacenamiento de las basuras se producen malos olores y enfermedades”* [P4], además: *“...espacios de contaminación al respirar, en el campo es más contaminador por lo de las basuras que no pasa el carro recolector y hay gente que las bota atrás de la casa o por ahí entonces hay muchos insectos y contaminación, incluso los insecticidas; pues no hacemos el adecuado manejo”* [P6].

En base a las apreciaciones de los participantes la inadecuada disposición de excretas y basuras atrae la proliferación de vectores u animales que transportan las heces y con ellas posibles enfermedades infecciosas como las enfermedades diarreicas.

5.3.2.1.8.3. Inadecuados hábitos higiénicos

Los participantes reconocieron a los menores de 5 años como el grupo de edad más vulnerable al contagio de enfermedades infecciosas debido a las prácticas deficientes de higiene y lavado de manos que poseen, por tanto, manifestaron es deber de ellos estar pendientes para que se efectuó un correcto lavado de manos:

“cuando los niños están en edad de aprender a ir al baño y entro un adulto y el inodoro se contaminó y mi hija particularmente se sostiene del inodoro entonces hay que estar pendiente de lavarle las manos” [P1], “cuando se hacen las necesidades no en un baño sino en cualquier parte al limpiarse se untan las manitos, no se lavan las manos y van y juegan con algo y se meten todo a la boca” [P2].

5.3.2.1.9. Percepciones de los participantes sobre la metodología PHAST

La metodología PHAST se encuentra diseñada para generar un aprendizaje participativo encaminado a prevenir enfermedades relacionadas con el saneamiento como la EDA, mediante la toma de conciencia sobre la salud y la comprensión de este tema. Para ello, se indago con los participantes sobre sus percepciones frente al desarrollo de la misma, aspectos por mejorar, resolutive y propuestas para el desarrollo de una nueva estrategia de prevención de EDA.

5.3.2.1.9.1. Aspectos positivos sobre la metodología PHAST

Frente al desarrollo de la metodología PHAST los participantes señalaron aspectos positivos conducentes en la generación de conocimientos sobre la EDA orientados en medidas preventivas, factores de riesgo, así como el manejo de la EDA en el hogar, relataron que previo a la misma tenían conocimientos básicos que lograron reforzar desde un punto de vista más técnico. De igual forma, relataron que todas las temáticas desarrolladas las incorporaron dentro de su diario vivir y que fue una estrategia dinámica y participativa, por lo cual expresaron su agradecimiento por escoger al grupo para la investigación.

“Los conocimientos que nos aportaron en ese momento en mi vida me sirvió mucho para mi hija menor de 5 años, me han servido y en este momento me han servido aún más, en las capacitaciones nos explicaron el cuidado del agua, el lavado de las frutas, la desinfección de utensilios, todo lo que tenemos que tener cuidado en nuestra casa, lo que consumimos, entonces todo el conocimiento que antes de las capacitaciones no lo teníamos, lo adquirimos. Y en este momento de nuestra vida lo estamos aplicando más realmente” [P3], “La verdad nos ha servido mucho, porque la verdad uno como ama de casa tiene algunos conocimientos que no son correctos, por ejemplo en el manejo de la Diarrea, como yo les decía a las señoritas uno como ama de casa lo maneja con agua de manzanilla y bicarbonato, que lo que hacemos es que el niño se deshidrate, y como no sabemos pensamos que está bien, entonces en lo que nos explicaban en la capacitación, primero debemos saber de dónde viene el foco de la diarrea, y como debemos manejarla, entonces toda esa teoría que nos explicaron ya lo estamos llevando a la práctica” [P4], “La estrategia que ustedes utilizaron es muy buena porque como la enseñaron ustedes sirve mucho porque uno aprende, en cambio hay otras personas que llegan con diapositivas y uno no aprende” [P5].

5.3.2.1.9.2. Aspectos por mejorar sobre la metodología PHAST

Una vez identificado los aspectos positivos generados durante el desarrollo de la estrategia, se solicitó también mencionar aspectos por mejorar que se deberían incluir durante la ejecución de la misma, La mayoría de los participantes concuerdan que el desarrollo de la estrategia PHAST debió durar más tiempo para abordar más temáticas y de esta forma generar más conocimientos y aprendizajes para replicarlos en sus hogares. Al respecto afirmaron: *“Me hubiese gustado que la estrategia durara un poco más, para que pudiéramos aprender un poco más”* [P2], *“A mí me gusto todo, todo perfecto. Más tiempo nos gustaría para aprender más cosas, para reforzar”* [P4].

5.3.2.1.9.3. Percepciones sobre resolutiveidad de la metodología PHAST

De igual forma se indagó a los participantes de la estrategia PHAST, si la misma fue resolutivea ante las dudas que presentaban previos al desarrollo de la ejecución, En su gran mayoría los participantes afirmaron resolver aquellas inquietudes durante la ejecución de la metodología PHAST a través de los responsables e incluso con los demás participantes, sin embargo, también corroboraban la información con el personal de salud o parientes: *“Creo que no quedaron dudas, porque uno las despejaba con los compañeros o con ustedes que siempre las respondía, por eso inquietudes no quedaron”* [P1], *“Si con las participaciones uno las fue resolviendo. De pronto si se presentaba algo también lo preguntábamos con los médicos, profesores o con mi mama”* [P3], *“En cuanto a eso, nosotros en parte considero que, si fue muy bueno y cuando teníamos alguna duda, le preguntábamos a ustedes y tratábamos también de resolverlas entre todos los participantes”* [P2].

5.3.2.1.9.4. Propuestas para diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí para la prevención de la Enfermedad diarreica aguda

En este orden de ideas, se solicitó al grupo focal plantear propuestas encaminadas al diseño de una estrategia de prevención de enfermedad diarreica aguda, que responda a las necesidades de los participantes y del contexto en el cual habitan; ellos afirmaron: *“Los niños pequeños son más obedientes, pero cuando son escolares se vuelven desobedientes, por eso sería importante implementarla con los niños”* [P1], *“Implementar la estrategia con los niños en edad escolar”* [P2] y *Nos gustaría que se haga en el CDI con los padres de familia y después con los niños”* [P3].

Los padres y cuidadores concordaron en que una de las propuestas frente al nuevo diseño de una estrategia se encamine a la adaptación en niños escolares puesto que a partir de dicha edad el menor desarrolla conciencia y responsabilidad sobre temas que a ellos les parecen significativos, por ello se debería incursionar hábitos

y medidas protectoras que minimicen el riesgo a presentar EDA. Por otro parte, algunos participantes describieron que se continúe replicando con los padres, pero además se incluya con sus hijos.

Ahora bien, en términos de tiempo, horario, lenguaje, lugar de ejecución, actividades entre otras, los participantes propusieron: *“Horarios de la tarde y trabajarla con los papas, sería bueno con las familias, porque los papas son bien despreocupados, además hacer un día de campo, por ejemplo, estamos hablando del agua, entonces ir a las fuentes del agua y que allá nos expliquen de donde salen, para que la evaluación sea práctica, mirando cómo se aplica la estrategia y con los adultos mayores que es más difícil.”* [P1], *“Nos hablaban con nuestras propias palabras en nuestro dialecto, por eso entendíamos lo que nos explicaban, nos gustaría en horarios de la tarde y con los papas, que en el grupo vayan los papas y así mismo que se desarrolle la estrategia en el grupo, también se haga en las casas de los compañeros que sea vivencial, que se vaya casa a casa, es decir una estrategia familiar con sesiones de 1 o dos veces por semana unos dos meses”* [P2].

Los padres y cuidadores concertaron que de diseñarse una nueva estrategia en términos de horario les gustaría se realice en horas de la tarde por facilidad de tiempo, en cuanto al lenguaje describieron que el que se abordó fue comprensible, por tanto, no hay mayor comentario, frente al lugar de ejecución propusieron diversos campos de acción que van desde el hogar, el CDI, trabajos de campo y demás. Finalmente, plantearon que se incorpore en los talleres al hombre, al familiar y se aborde temáticas encaminadas al adulto mayor.

5.4. ETAPA DE DISEÑO

Con relación a los resultados encontrados en la presente investigación, surgió la necesidad de diseñar una estrategia de educación sanitaria adaptada a las características del Municipio de Potosí a fin de fortalecer los conocimientos y prácticas en padres y cuidadores sobre la enfermedad diarreica aguda como respuesta a aspectos percibidos por parte de los participantes respecto a las necesidades identificadas dentro de la aplicación de la estrategia de educación Sanitaria PHAST.

ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

A partir del presente estudio se decidió diseñar una estrategia de educación sanitaria que surgió posterior a una exhaustiva revisión bibliográfica y análisis de los resultados de la presente investigación que encaminaron a la construcción

lineamientos para el desarrollo de la misma, desde diferentes ámbitos de intervención. Su construcción se realizó teniendo en cuenta la normatividad vigente a nivel nacional, curso de vida y entornos a los que se puede dirigir una estrategia de educación sanitaria para la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda, que pueda adaptarse fácilmente a los diferentes contextos de la población, estableciendo lineamientos en los diferentes ámbitos de aplicación.

A continuación, se establece una ficha técnica con los principales contenidos de esta:

Tabla 15. Ficha técnica de la estrategia

Título:	Estrategia de Educación sanitaria para la prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda
Objetivo:	Promover hábitos de higiene y saneamiento básico para la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda
Curso de vida intervenido de acuerdo a Res. 3280/2018:	Directa: Primera infancia Indirecta: Infancia, adolescencia, juventud, adultez y Vejez.
Entorno al que se dirige:	Entorno hogar, entorno educativo, entorno comunitario y entorno institucional.
Niveles de intervención:	Niñez, familia, escuela y comunidad
Área de aplicación:	Área urbana y/o Rural

Fuente: El presente estudio.

La educación en salud según Modelo, es uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva y la conceptúa como “El instrumento que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo salud” (110). Por lo anterior es un proceso importante para empoderar a la población en su propio autocuidado, teniendo como base fundamental la promoción de la salud, en donde se pretende que las personas sean partícipes en la apropiación del concepto de salud actuando sobre sus determinantes, e identificando las principales necesidades que aquejan a la comunidad y cómo intervenirlas, es así que se contribuye a que la población genere procesos de cambio que benefician a su propio autocuidado y el de sus familias.

Ahora bien, las acciones diseñadas desde el contexto de la promoción de salud contribuirán a que la comunidad se sienta partícipe y por ende sean los protagonistas de las diferentes actividades que se realicen convirtiéndose en agentes activos para la toma de decisiones, fomentando el empoderamiento autonomía y poder para decidir (111).

De acuerdo con la Resolución 518 del 2015 la educación y comunicación para la salud se concibe como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos” (105). La intencionalidad de la ECpS es la de contribuir en el desarrollo de la autonomía tanto individual como colectiva, así como la de influenciar positivamente sobre los estilos de vida y velar por la garantía del derecho a la salud. En este orden de ideas se pretende que las personas sean los protagonistas del autocuidado, orientados por el personal encargado de desplegar la estrategia, el cual tendrá como fin facilitar y fomentar la educación para la salud como un proceso participativo y adaptable al contexto de la población a intervenir.

5.4.1. Marco Normativo.

Se considera resaltar la Carta de Ottawa de 1986 y la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, las cuales se encaminan al fortalecimiento de políticas para abordar los determinantes sociales de la salud y las equidades en salud determinadas por la Comisión de la OMS (2008), así también define la promoción de la salud como “proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (106).

Resolución 1841 de 2013. Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021 El Ministerio de Salud y Protección Social definió el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, considerado como una política pública orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas del territorio colombiano. Este define tres líneas operativas aplicables en las diferentes dimensiones, las cuales son trascendentales para su abordaje: Promoción de la salud, gestión del riesgo en la salud y gestión de la salud pública. Así mismo dentro del plan se establece la Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles dentro del cual en su componente Enfermedades emergentes y reemergentes se encuentra la enfermedad diarreica aguda (107).

El diseño de una estrategia de prevención de Enfermedad Diarreica Aguda se encuentra enlazado con la línea de acción de promoción en la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud, desde una articulación con los diferentes sectores, instituciones y la comunidad, aunado a la generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias logren intervenir.

Resolución 3280 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta de atención en salud para la población materno perinatal y se

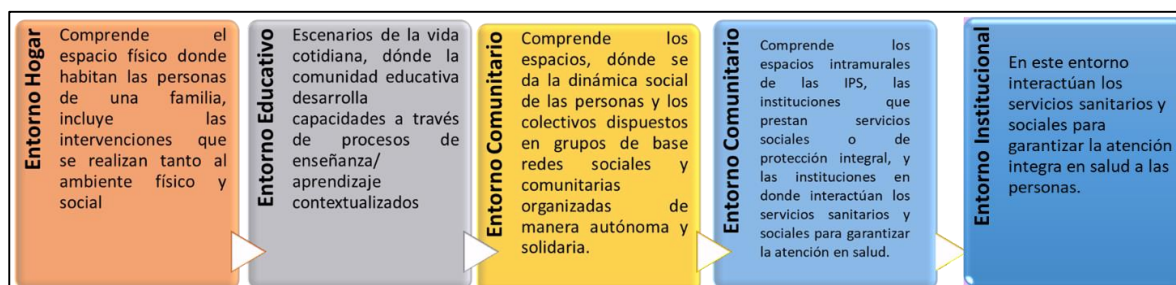
establecen las directrices para su operación, así mismo dentro de la misma se establecen los entornos de aplicación de las intervenciones, así como también el curso de vida a las que se dirigen las mismas (108).

Resolución 518 del 2015, por medio de la cual se establecen las directrices para las acciones de gestión de la salud pública y plan de intervenciones colectivas. La cual define las intervenciones colectivas como “el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida: definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (105).

5.4.2. Entornos en los que se desarrolla la estrategia.

En el siguiente grafico se presentan los entornos a los cuales que va dirigida la estrategia de acuerdo con la Res. 3280 del 2018, los cuales, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se definen como “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad la que pertenecen” (108). Estos escenarios a su vez están alineados por diferentes condiciones tanto sociales como físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, dónde las personas, las familias y las comunidades interaccionan.

Figura 1. Entornos de intervención estrategia educativa



Fuente: Resolución 3280 del 2018

Los entornos mencionados en el gráfico anterior son extraídos de la normatividad vigente en Colombia resolución 3280 y se relaciona directamente con la población objeto de la estrategia y los niveles de intervención de este estudio.

5.4.3. Población objeto

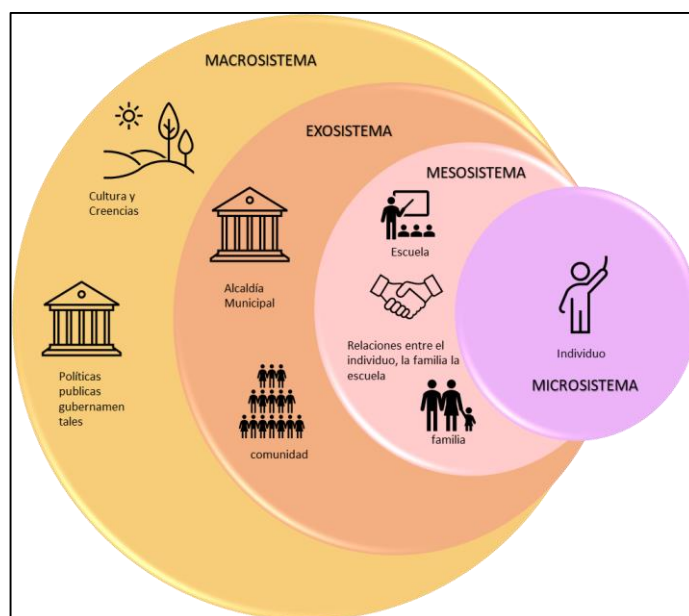
- Niños menores de 5 años.
- Padres de Familia de niños menores de 5 años.
- Miembros de la familia.

Los cursos de vida que se ven influenciados de acuerdo con la Res. 3280 del 2018 son primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, puesto que dentro del desarrollo de la estrategia se aborda a todos los integrantes de las familias, por ende, se abarca el entorno Hogar.

5.4.4. Niveles de intervención.

La estrategia educativa se diseñó basada en los niveles de intervención tal como se describen en el gráfico que se presenta a continuación, el cual fue elaborado teniendo en cuenta el modelo ecológico según Bronfenbrenner (112).

Figura 2. Niveles de intervención de la estrategia educativa.



Fuente: El presente estudio.

De acuerdo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner (112), se establecen 4 sistemas en los que se encuentran los niveles de intervención en los que se desarrollará la estrategia tal como se establece a continuación:

Microsistema: El cuál es el nivel más cercano al individuo en el cual se incorpora su comportamiento y relaciones, dentro de la estrategia a nivel individual es

importante abarca a los padres de familia o cuidadores de los menores (113). Dentro de este microsistema encontramos al individuo. Es así como paralelo con la Resolución 3280 del 2018 las intervenciones desarrolladas en este nivel estarán orientadas principalmente en el entorno Hogar.

A continuación, en el siguiente cuadro se plantean las actividades a realizar dentro de este sistema:

Tabla 16. Microsistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)

Niveles de intervención	Entorno a intervenir de acuerdo con la Res. 3280	Actividades a desarrollar
Individual	Hogar	▪ Planeación de actividades educativas dirigidas a los padres de Familia. ▪ Establecer cronograma de actividades a desarrollar de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de los padres de familia. ▪ Consejos e informaciones breves dirigidas a los padres en cuanto a que es la Enfermedad Diarreica Aguda. ▪ Cápsulas informativas con mensajes claves de prevención de Enfermedad Diarreica Aguda y factores de riesgo en cada uno de los encuentros que se establezcan con la población ▪ Actividades lúdico-pedagógicas y participativas en dónde se aborden los siguientes temas: - Apropiación del concepto de Enfermedad Diarreica Aguda, clasificación e identificación de los principales factores de riesgo en el hogar a través de Construcción de historias en grupo de situaciones reales que representan riesgos para enfermedad Diarreica Aguda. - Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en el Hogar. - Recetas de qué alimentos utilizar para tratar la EDA en el hogar. - Medidas preventivas en el hogar, actividades prácticas para la adopción de medidas preventivas en el hogar. - Agua y saneamiento básico, como desinfectar el agua en el hogar, principales métodos a través de taller práctico.

Fuente: El presente estudio

Mesosistema: Según Bronfenbrenner es la relación reciproca de dos o más entornos en los que el sujeto participa, en ese nivel principalmente se encuentran las acciones dirigidas a la familia, a fin de potenciar conductas saludables en el hogar (112). Respecto a esto se verificó que al igual que en el sistema anterior, el entorno intervenido directamente es el Hogar y el entorno educativo de acuerdo con la resolución 3280 del 2018.

Las estrategias desarrolladas con la comunidad será la de educación grupal o colectiva la cual se define como “serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud” (109). Es así que con la educación grupal o colectiva se pretende crear un proceso de educación participativa, en dónde promueva el autocuidado a partir de la generación de nuevos conocimientos en la población.

De igual manera se realizará la conformación de redes comunitarias definidas como el proceso desarrollado con las personas, familias, comunidades, y organizaciones entre las cuales se coordinan acciones conjuntas en dónde comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos para alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada (109).

A continuación, se presentan las actividades planteadas dentro de este sistema:

Tabla 17. Mesosistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)

Niveles de intervención	Entorno a intervenir de acuerdo a Res. 3280	Actividades a desarrollar.
Escuela	Educativo	▪ Formación de grupos de agentes comunitarios en salud con la vinculación de estudiantes, docentes, directivos y familias que orienten acciones de promoción de la salud y prevención. ▪ Refuerzo de mensajes claves en Enfermedad Diarreica Aguda, factores de riesgo y medidas de prevención en el aula de Clase. ▪ Intervenciones educativas con los estudiantes priorizados y docentes: - Encuentro 1 con los niños participantes de la estrategia “Enfermedad Diarreica Aguda” - “identificación de las medidas preventivas de EDA en los niños” - Construcción de historieta o cuento con los

		niños a partir de lo aprendido. - Abordaje práctico con los niños de las principales medidas de prevención de EDA en el hogar
Familia	Hogar	▪ Concertación de acciones a desarrollar con el núcleo familiar, y establecer cronograma de actividades ▪ Intervenciones breves en el hogar a través de la réplica de los mensajes claves abordados a nivel individual con los padres de familia y/o cuidadores ▪ Réplica por parte de los padres de familia intervenidos al núcleo familiar los diferentes conceptos abordados dentro de cada uno de los encuentros. ▪ Intervenciones en el hogar a través del trabajo casa a casa, organización de visitas domiciliarias con cada uno de los participantes para desarrollo de una sesión educativa dirigida a los integrantes de la familia para abordar las principales temáticas de enfermedad Diarreica aguda.
Comunidad	Comunitario	▪ Identificar los principales líderes comunitarios, sociales, sector educativo y salud que puedan conformar la red comunitaria. ▪ Conformación de la red con los actores de salud con la vinculación de estudiantes, docentes, directivos y familias que orienten acciones de promoción de la salud y prevención. ▪ Construcción de Plan de acción a desarrollar con la Red Comunitaria.

Fuente: El presente estudio

Exosistema: Hace referencia a los entornos en los cuales no incluyen al sujeto como participante activo, pero hay factores que ejercen indirectamente en su vida y actúan sobre el entorno de las personas cercanas, en este caso se establece el nivel de intervención la escuela o centro educativo en el cual se encuentran los niños menores de 5 años (112). El entorno de intervención de acuerdo con la resolución 3280 del 2018 será el entorno comunitario, e institucional.

Dentro de este exosistema se desarrollará principalmente la coordinación intersectorial acorde con la resolución 518 del 2015 definida como el proceso para “articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos; busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar la cohesión y coherencia entre ellas, en ultimas, promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial (105).

Tabla 18. Exosistema (Niveles, entornos y actividades a desarrollar)

Niveles de intervención	Entorno a intervenir de acuerdo a Res. 3280	Actividades a desarrollar.
Gobierno Local (Alcaldía Municipal, Dirección local de salud e Instituciones de salud)	Institucional, comunitario y hogar	▪ Fomentar la participación comunitaria en todos los procesos para la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la EDA, a través de la sensibilización y educación ▪ Desarrollo de capacidades del talento humano para la adaptación e implementación de políticas, programas, lineamientos y estrategias para la promoción de la salud en los diferentes entornos de la estrategia. ▪ Gestión del conocimiento desde el seguimiento, evaluación, documentación y sistematización de la estrategia y los resultados obtenidos en la misma. ▪ a nivel comunitario se deberá gestionar con los diferentes sectores o actores sociales condiciones de higiene y saneamiento, ventilación e iluminación, acceso a servicios de saneamiento básico e impulso a tecnologías de abastecimiento de agua para consumo humano y saneamiento alternativas, de acuerdo con las necesidades identificadas en la comunidad a la que pertenecen los participantes de la Estrategia. ▪ Articulación con vigilancia en Salud pública a fin de verificar el impacto obtenido en la estrategia a través del seguimiento de los casos de EDA en el municipio y verificar su comportamiento antes y posterior a la aplicación de esta. ▪ De acuerdo con la situación en salud del Municipio en dónde se desarrollará la estrategia priorizar la población y sectores a intervenir. ▪ Articulación intersectorial con el fin de conformar un comité intersectorial, con los principales actores sociales liderado por la entidad territorial del municipio, que permita abordar las principales problemáticas del sector a intervenir, además será el encargado del seguimiento al desarrollo de la Estrategia. En el mismo se establecerá un plan de acción de las actividades a desarrollar dentro de los diferentes niveles de intervención y los entornos. ▪ Articulación del IDSN con la academia para la capacitación del Talento humano y participación en la producción de conocimiento e innovación tecnológica en favor de la implementación acciones que contribuyan con promoción de la salud y prevención de la EDA. ▪ Caracterización sociodemográfica mediante la cual se identifican los principales aspectos básicos, sociales y demográficos de las personas objeto de estudio, así como se identifican las principales condiciones sanitarias y ambientales del entorno en el cual viven esta actividad se dirigirá principalmente a las familias objeto de la

intervención, lo anterior sirve como herramienta para poder obtener información estadística que permita visibilizar el impacto de las intervenciones realizadas, de acuerdo con la resolución 3280 del 2018, como lo es curso de vida y entornos. Dicha caracterización puede realizarse utilizando como instrumento el Anexo B el cual fue validado en la presente investigación.

Fuente: El presente estudio

Macrosistema: Este es el último nivel en el cual se incluyen las características socioculturales que tienen influencia sobre el individuo, en este sistema se encuentra principalmente el gobierno y acciones de gestión de la salud pública, y actores en salud quienes tienen a su cargo la salud de la población (112). Aquí se mirarían afectados todos los entornos de intervención, a través de la adopción de políticas públicas nacionales vigentes en el territorio donde va a operar la estrategia.

6. DISCUSIÓN

En el análisis de conocimientos, el estudio señala que previo a la intervención la mayoría de los padres y cuidadores conocían la definición correcta de la diarrea y la totalidad de participantes conocía sobre la etiología de la enfermedad diarreica aguda atribuible a bacterias, virus o parásitos, resultados que concuerdan con los del estudio realizado en el año 2016 en Perú por Romero (9) que muestran que el 92,1% y el 90,5% de las madres atendidas en Hospital Es Salud de Florencia de Mora y Hospital Belén De Trujillo, respectivamente conocían la definición correcta de la diarrea, aunque el 47,6% aun consideraba que la diarrea era causa del de mal de ojo, excesivo calor, salida de los dientes o empacho. Por el contrario, al contrastar los resultados con los de Jhonnell et al (11) con el estudio realizado en el año 2013 en Perú, se reportó que el 76% de los participantes conocía el significado de la palabra diarrea y el 53% consideraba que los parásitos eran los causantes de la diarrea. En este orden de ideas, los hallazgos encontrados superan los estudios comparativos, puesto que identificar el concepto correcto de la enfermedad diarreica, conlleva a los padres y cuidadores a encaminar un manejo adecuado para la enfermedad, así como recibir una atención oportuna para prevenir posibles complicaciones como muerte por deshidratación asociada a esta causa, tal como se relacionó en el reconocimiento de aprendizajes de los participantes: [P2] *“En cuanto a la diarrea lo que dice la compañera ya cuando miremos que el niño hace más de 3 deposiciones por día o hace más de 2 deposiciones en una hora toca llevarlos al médico para evitar la deshidratación.*

La mala disposición de residuos y basuras intervienen en la propagación de vectores, roedores y otros microorganismos, que al contaminar el agua y los alimentos desencadenan enfermedades diarreicas (59). Ahora bien, al indagar a los padres y cuidadores sobre si la presencia de roedores e insectos en la vivienda se constituye un factor de riesgo para la enfermedad diarreica aguda el 91,7 % responden afirmativamente antes de la intervención y posteriormente a ella la totalidad de participantes conocen este factor de riesgo. Los datos son disímiles a los reportados por el estudio realizado en México en el año 2014 por Contreras (21) que inicialmente el 73% de las participantes, conocían a las cucarachas, ratones y moscas como vectores causantes de diarreas, porcentaje que se incrementó al 100% al finalizar la intervención, alcanzando una diferencia estadísticamente significativa. Para los dos estudios, en lo concerniente a la valoración de conocimientos se puede apreciar que a partir de la intervención educativa se logra alcanzar cambios significativos por los participantes, a pesar de ello, en la citada investigación al realizar la verificación de prácticas por medio de la guía de observación se valora que el 50,0% de los participantes, no contaba con un recipiente cubierto para la disposición de las basuras, generando riesgo de contaminación que conllevan a la aparición de vectores, lo anterior impulsa a

perpetuar el fortalecimiento de los conocimientos, guiando a los participantes hacia la incorporación de buenas prácticas en la vida cotidiana.

Al indagar a los padres y cuidadores sobre el conocimiento que tenían sobre si el lavado de manos frecuente con agua y jabón contribuía a minimizar la aparición de diarreas se observó que una gran parte de los participantes conocían esta medida preventiva antes de la intervención, posterior a la misma este conocimiento lo adquirió la totalidad de padres y cuidadores. Sin embargo, se presentan discrepancias con el estudio de Contreras (48) realizado en México en el año 2014, donde el índice de conocimientos concerniente con el lavado de manos con agua y jabón, no tuvieron cambios estadísticamente significativos antes y después de la intervención. Es importante precisar que en la presente investigación predominó el nivel educativo de educación secundaria completa, situación que difiere del estudio de Contreras, lo anterior se considera un factor protector puesto que contribuye a una de las medidas más costo efectivas para la prevención de enfermedades diarreicas, así mismo es trascendental que los padres y cuidadores no solo identifiquen el lavado de manos como medida preventiva sino que la incorporen en su vida cotidiana y la persuadan en los menores, quienes requieren de mayor supervisión; [P5] *“En mi casa hay mucho espacio verde porque es en vereda, por eso se le recomienda mucho el lavado de manos, pero siempre hay que repetirlo y estarle diciendo”*.

En la presente investigación, más de la mitad de los participantes previo a la intervención afirmo conocer que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la enfermedad diarreica aguda. Al finalizar la estrategia de educación sanitaria, la totalidad de participantes adquirió este conocimiento. Este conocimiento se ve respaldado por la investigación de Ríos Flores (10) que se realizó en Perú en el año 2019, la cual tuvo el propósito de evaluar los factores asociados a la enfermedad diarreica en menores de 5 años, los resultados demostraron que el no brindar lactancia materna exclusiva al menor tiene asociación significativa a la ocurrencia de la enfermedad diarreica. En efecto, se determina esta medida como favorable en los participantes, puesto que se ha documentado que los niños que reciben lactancia materna son portadores de anticuerpos de la madre que los pueden proteger contra diferentes agentes causales, por ende, resulta coherente deducir su relación favorable para disminuir el riesgo de padecer diarrea aguda (66).

En el análisis por prácticas frente a al lavado de manos en los diferentes momentos, se observó que la mayoría de los participantes conocían esta medida preventiva, sin embargo, al apreciar el porcentaje de los participantes que asumía esta práctica alcanzó un porcentaje superior a la mitad, posterior a la intervención los resultados se incrementaron en 25 puntos porcentuales, ahora bien, al verificar a través de guía de observación esta práctica se encontró que la totalidad de participantes observados utilizaban abundante jabón, frotaban todas las áreas de la mano y

enjuagaban con abundante agua, siendo este el procedimiento adecuado, por otro lado, respecto al reconocimiento de aprendizajes obtenidos a través de grupo focal identifican y aplican este procedimiento con los menores; [P1]: “ Mas en mi caso como ustedes observaron el día que fueron, el jabón que tiene ella es aparte y siempre se le recomienda el lavado de manos, por tanto se debe seguir fortaleciendo los conocimientos y habilidades adquiridas, para que los participantes puedan encaminar acciones que le permitan practicar lo aprendido, más aun considerando lo referido por la OMS (80) sobre el lavado de las manos con jabón, puesto que reduce la incidencia de las enfermedades diarreicas en más de un 40%.

Por otro lado, al indagar sobre la práctica de hervir el agua, la totalidad de los participantes manifestaron efectuarla, situación que fue verificable a través de la observación directa mediante guía de observación donde se evidenció que la totalidad de los participantes consumían agua hervida o de botellón. Además, se evidenció a partir del grupo focal que identificaban esta práctica como medida preventiva de acuerdo con lo abordado en la intervención: [P3] *“el agua hervirla, nosotros como trabajamos lo del filtro también filtrarla o comprar el bote de agua”*. Estos resultados son similares a los reportados por Scull (90) en el estudio realizado en Cuba para el año 2013, donde se identificó que gran parte de los encuestados reconocían como medida preventiva la importancia de hervir el agua, así mismo se aprecia que previa a la intervención los resultados reportaron que el 44,68% efectuaban estas prácticas, los resultados se elevaron a 91,49% posteriormente. Este planteamiento respalda la idea de que el abordaje con estrategias educativas bajo un enfoque participativo fortalece los conocimientos, habilidades y prácticas contribuyendo a la mitigación de factores de riesgo asociados con la EDA y con ello las posibles complicaciones desencadenadas en los menores.

Respecto a la práctica de inmunización por rotavirus en los menores de 5 años, se determinó que la totalidad de los participantes cumplieron con el esquema de vacunación verificable a través de carnet de vacunación mediante guía de observación. Cotes, et al. (91) en un estudio realizado en Colombia para el año 2013 sobre la evaluación del impacto de la vacuna contra rotavirus, refirieron que la vacunación contra rotavirus en Colombia protege contra la hospitalización por diarrea, sin discriminar etiología o agente causal. Así mismo la OMS (92) ha corroborado la efectividad de la vacunación de rotavirus contra las diarreas severas usando estudios de casos y controles, es por ello que para la presente investigación esta práctica se establece como una medida preventiva de EDA adquirida por los menores de 5 años.

Al analizar el conocimiento sobre la alimentación del niño mayor de seis meses con enfermedad diarreica aguda, se observó que previo a la intervención, la mayoría de padres y cuidadores brindaron a los niños una mayor cantidad de alimentos y líquidos, así como la administración de suero de rehidratación oral, no obstante, se

reveló que un (20,0%) de los participantes manifestaron auto medicar a los niños, un padre manifestó “le doy agua y amoxicilina”, ofrecer bebidas con alto contenido de azúcar como refrescos muy endulzados. Datos similares al estudio observacional realizado en el año 2013 en Perú por Jhonnei, et al. (11), reportaron que las madres no restringieron ningún alimento a sus hijos durante los episodios de diarrea (36,6%), pero un (23,2%) tenían la idea errónea de tratar la diarrea con antibióticos. Si bien las cifras reportadas anteriormente no son representativas, si resultaron alarmantes por el riesgo de que una considerable cantidad de padres o cuidadores prefieran recurrir a la automedicación antes de acudir al centro de salud, teniendo en cuenta que esta actividad genera una serie de efectos adversos, sobredosis, resistencias o conllevar a consecuencias irremediables, favorablemente para el presente estudio posterior a la intervención algunos participantes dentro del reconocimiento de aprendizajes identificaron esta práctica como peligrosa; [P5] *“No se debe auto medicarlos eso aprendí porque cuando se enfermaba lo llevaba a la droguería o a la farmacia y ahora no”*.

En la categoría relacionada el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda se identifica que los padres o cuidadores poseen diversas creencias relacionadas con la curación por medio de la medicina tradicional, para ello algunos prefieren acudir a un curandero o medico tradicional, considerándose una terapia que incluyen plantas medicinales para el manejo de la patología, sin embargo, otros consideran primero asistir a la medicina occidental. En el presente estudio algunos padres afirman: *“Para la diarrea yo lo que siempre le hago es una agua de manzanilla o yerbabuena”, “también compartíamos la parte de lo que dijo la compañera Claudia, de consultar al médico cuando el niño tiene diarrea porque no todas las veces va a ser así que este espantado como para llevarlo al curandero sino primero asesorarse con personas que tengan bastante conocimiento en eso porque no siempre que al niño le de diarrea va a ser que este espantado debe buscar la causa.”* Datos similares reflejan el estudio de Izarías y Montañez (103) donde describen las acciones realizadas por las madres de niños de menor de cinco años en términos de salud para el manejo de la EDA: *“En una ocasión le dio diarrea, y mi mamá me dijo que estaba descuajado entonces yo lo mande a sobar y le colocaron un fajero en el estómago y así le paso la diarrea”*. Lo anterior expuesto permite revelar que los participantes se encontraban ligados a creencias culturalmente arraigadas por la comunidad, no obstante, en el presente estudio posterior a la intervención, los padres y cuidadores optaban por que sus hijos sean intervenidos primeramente desde la medicina occidental a fin de evitar complicaciones como la deshidratación, conllevada por no tener un manejo oportuno: [P1] *“Lo que aprendimos después de la estrategia nos explicaban que si un niño está con diarrea tenemos que mirar el tiempo y los síntomas digamos porque el motivo y acudir urgentemente al médico porque pueden estar deshidratados”*.

Asimismo, respecto a la administración de líquidos por parte de los participantes a sus niños, cuando han presentado enfermedad diarreica aguda (EDA), casi la totalidad de los padres y cuidadores previo a la intervención afirmaron la administración de suero de rehidratación oral (SRO), mientras que un número inferior que corresponde al (10,0%) refirió que ha administrado jugos de fruta preparados industrialmente. Los presentes resultados difieren del estudio de Jhonnell, et al. (11) realizado en el año 2013 en Perú donde un 53,3% considera la administración de Suero de Rehidratación Oral (SRO). Esta práctica se considera un factor clave para el manejo de la enfermedad diarreica, al considerarse como coadyuvantes en la recuperación del estado de deshidratación, una de las mayores complicaciones causada por la pérdida hidroelectrolítica, consiguiente a ello se identificó dentro del reconocimiento de aprendizajes que los padres y cuidadores distinguían el manejo para la EDA en el hogar: [P2] *“también darles alimentos como para hidratarlos no darles ni jugos de caja, ni de botellas ni nada de productos industrializados porque les agrava la diarrea”*.

Finalmente, se ha determinado que la implementación de estrategias educativas participativas, resultan favorables para mejorar tanto los conocimientos como prácticas para prevenir la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, datos que concuerdan con Mendigure y Makutsa (101; 102) , donde se probó la efectividad de un programa educativo para la prevención de EDA en los que se concluye, el tratamiento de agua y las prácticas de higiene como el lavado de manos son los principales factores protectores en la prevención de las diarreas. De igual forma, la estrategia PHAST se experimentó en cuatro países africanos: Botswana, Kenya, Uganda y Zimbabwe, donde los resultados obtenidos fueron satisfactorios en el mejoramiento de hábitos higiénicos y mejoras sanitarias (14). Ahora bien, en términos de la investigación se obtuvieron resultados favorables posteriores a la intervención donde de acuerdo al reconocimiento de aprendizajes por medio de grupo focal se apreció satisfacción de los participantes frente a la ejecución de la estrategia, recalcando el enfoque participativo y dinámico : [P5] *“La estrategia que ustedes utilizaron es muy buena porque como la enseñaron ustedes sirve mucho porque uno aprende, en cambio hay otras personas que llegan con diapositivas y uno no aprende, uno aprende más con la práctica”*.

7. CONCLUSIONES

Para la realización de este estudio, se contó con la participación de padres y cuidadores de niños menores de cinco años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí, en la caracterización sociodemográfica se determinó que los participantes cursaban con edades que oscilaban entre 18 a 32 años, cuya media es de 24 años. Predominaron los padres y cuidadores residentes en zona rural, con nivel educativo de educación secundaria completa, la ocupación prevalente fue la de ama de casa. En cuanto al nivel de ingresos y condiciones de la vivienda, el 92% percibían ingresos menos de 1 salario mínimo legal vigente (SMMLV) (\$828.116 COP) y en cuanto al tipo de vivienda, el 92% habitaban en una casa, mientras el 8% en una habitación.

En cuanto a las condiciones hidrosanitarias de la vivienda de los padres y cuidadores, predominó el servicio sanitario conectado al alcantarillado. La totalidad de los padres y cuidadores obtenían el agua para consumo desde el acueducto, contaban con un servicio sanitario de uso exclusivo de las personas del hogar, así como con un lugar específico para la preparación de alimentos.

Es importante señalar que a pesar de los incentivos y acuerdos institucionales establecidos con los directivos del CDI “Mis primeras huellitas” los cuales estuvieron orientados a fomentar la participación de los padres de familia, se determinó como una de las principales barreras de la presente investigación el no contar con la participación esperada, no obstante, se logró la participación de (12) doce padres y cuidadores de niños menores de 5 años, quienes de manera voluntaria intervinieron y culminaron de forma satisfactoria de acuerdo a la metodología planteada.

Seguidamente se desarrolló la estrategia de educación Sanitaria PHAST, la cual se consideró una herramienta participativa centrada en el aprendizaje de hábitos higiénicos, tratamiento del agua, y saneamiento básico como principales medidas para prevenir la enfermedad diarreica aguda en los hogares. La estrategia ejecutada comprendió siete pasos, en los cuales se abordaron diferentes temáticas como: higiene, saneamiento básico, abastecimiento de agua, manejo de alimentos, definición de enfermedad diarreica aguda, causas, factores protectores, factores de riesgo, así como su tratamiento y manejo en el hogar. A su vez cada paso comprendía actividades específicas donde participaron los padres y cuidadores de menores de 5 años para descubrir por sí mismos los problemas de su comunidad, entender cómo se propaga la enfermedad diarreica y sus consecuencias.

Posteriormente, al culminar la ejecución de la metodología PHAST, se procedió a realizar el reconocimiento de aprendizajes de los padres y cuidadores en cuanto a los conocimientos y prácticas adquiridas posterior a la intervención, para ello se contó con la aplicación de un cuestionario, guía de observación y grupo focal como

instrumentos de evaluación, los cuales permiten apreciar cambios significativos enfocados a la prevención de la EDA. En este orden de ideas, es menester destacar que la aplicación de estrategias participativas y didácticas adaptadas a los diferentes contextos culturales buscan empoderar a la población objeto mediante la toma de conciencia para mejorar sus condiciones en salud, conllevando a incorporar hábitos y medidas preventivas que mitiguen el riesgo para adquirir enfermedades infecciosas a causa de malas prácticas higiénicas y sanitarias.

Finalmente, a partir de la ejecución de la metodología PHAST se diseñó una estrategia educativa adaptada al contexto del Municipio de Potosí donde además de incorporar como población objeto a los niños menores de 5 años, sus padres y demás miembros de la familia se incursiona también la intersectorialidad, es decir los actores involucrados dentro del proceso de prevención de enfermedad diarreica aguda con el fin de proponer una estrategia integral que abarque los diferentes niveles de intervención segregados en la familia, escuela, comunidad, instituciones de salud y gobierno local cada uno de ellos incluido dentro de un sistema con actividades específicas a desarrollar conllevando a lograr un objetivo común encaminado a promover hábitos de higiene y saneamiento básico para la prevención de enfermedad diarreica aguda.

Se puede concluir entonces que las estrategias educativas adaptadas al contexto sociocultural de la población y orientadas bajo la investigación acción son efectivas para otorgar a la comunidad capacidades tanto para la identificación como para la resolución de sus propios problemas. Este proceso inició desde la evaluación de conocimientos iniciales e identificación de la situación diagnóstica de su contexto, continuó con la planificación para el cambio, posteriormente la implementación de la metodología donde se proporcionó conocimientos que promuevan la comprensión de la problemática para que los participantes puedan generar cambios perdurables en su comportamiento, en este caso frente a la higiene y saneamiento básico como principales medidas preventivas para la EDA y finalmente se estableció un monitoreo donde se evaluó el avance y el reconocimiento de aprendizajes demostrando resultados positivos frente al desarrollo del proceso, lo anterior generó un panorama para proponer una estrategia que se instaure desde una estructura institucional apropiada para apoyar el enfoque participativo e integral, siendo un requisito importante que exista articulación desde los diferentes sectores asumiendo un compromiso que conlleve al éxito del programa.

8. RECOMENDACIONES

Se observaron cambios significativos en el desarrollo de la estrategia de educación sanitaria PHAST, sin embargo subsiste el reto de fortalecer la articulación interinstitucional con el fin de fomentar espacios para la formación continua a padres y cuidadores a partir del diseño y ejecución de estrategias integrales que repliquen la importancia de cumplir con el esquema de vacunación contra el rotavirus, la promoción de la lactancia materna, el lavado de manos, la gestión para el mejoramiento de la calidad del agua y el saneamiento básico, así como el adecuado manejo de la enfermedad diarreica y la identificación oportuna de signos de alarma en menores de cinco años. Por ende, es importante ahondar en el manejo de la EDA desde los diferentes matices culturales, para instaurar estrategias educativas donde se articule tanto la evidencia científica con los conocimientos y prácticas basadas en los usos y costumbres.

Otro reto importante para la prevención de las enfermedades diarreicas es la formulación y gestión de políticas, planes, programas y proyectos por parte de la Alcaldía Municipal, encaminados al fortalecimiento e inversión en el sistema sanitario tanto del casco urbano como rural, con el propósito de alcanzar niveles óptimos de calidad en los servicios de agua potable y saneamiento básico del Municipio de Potosí.

Se sugiere continuar con la validación de estrategias y metodologías de educación sanitaria que permitan una fácil adaptación y flexibilidad de acuerdo con los diferentes contextos. Además, se propone trabajar con muestras considerables, con el fin de determinar el impacto a mediano y largo plazo en comunidades y poblaciones que reporten altas tasas de morbilidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, siendo este el grupo de edad más afectado.

Es importante tener en cuenta que para el desarrollo de estrategias comunitarias se debe abordar un enfoque participativo e innovador donde los participantes se conviertan en los agentes que auto propicien su cambio, a fin de perpetuar los cambios en su comportamiento, de igual forma se considera trascendental el acompañamiento de la intersectorialidad en donde participen líderes comunitarios, instituciones educativas, instituciones de salud y el gobierno local desde los diferentes niveles de intervención, logrando impactar tanto factores de riesgo como determinantes intermediarios de la salud para prevenir la enfermedad diarreica aguda.

Finalmente, desde el entorno académico se debe promover la investigación enfocada en el mejoramiento de conocimientos, actitudes, prácticas y creencias de padres y cuidadores respecto a la prevención y manejo de las enfermedades

diarreicas agudas especialmente en niños menores de cinco años, siendo esta una población susceptible a la morbilidad atribuible a esta causa. Se recomienda determinar el tipo de estudio a realizar dependiendo de la estrategia adoptada, los enfoques cualitativos y cuantitativos de la investigación conceden una perspectiva diferente de cada objeto de estudio, no obstante, se propone considerar la investigación cualitativa a fin de obtener una comprensión más amplia de las percepciones y expectativas del grupo objeto de estudio.

9. REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Diarrhoea Disease. Persistent diarrhea in children in developing countries. [citado 24 junio 2017]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Bogotá, 2013. Guía No. 8 [Internet] 2013 [citado 24 junio 2017]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_diarrea/gpc_diarrea_profesionales.aspx
3. OMS, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. [Internet] [citado 24 junio 2017]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
4. Gómez-Duarte, Oscar G. Acute diarrheal disease caused by enteropathogenic *Escherichia coli* in Colombia. Revista chilena de infectología, 2014, 31(5), 577-586. [Internet] [citado 24 junio 2017] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Boletín Epidemiológico semanal, semana 52 del 2016. [citado 24 junio 2017]. Bogotá D.C.; INS: 2016. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052%20-.pdf>
6. Colombia. Instituto Nacional de Salud (INS), Boletín Epidemiológico semanal, semana 52 del 2016. [Internet] [citado 24 junio 2017] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052%20-.pdf>
7. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Informe ENOS por municipios y departamento a Semana 19 / 2016 - 2018. [Internet] 2019 [citado 20 mayo 2019]. Disponible en: <https://idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/429-eventos-de-notificacion-enos/8328-informe-enos-por-municipios-y-departamento-a-semana-19-2013-2022>
8. Peralta, Y., Tejeda, A., Leyva, V., Peralta, V., Maceo, O. Aplicación de un programa educativo sobre la enfermedad diarreica aguda. Policlínicas René Vallejo y Bayamo-Oeste, 2011. Multimed 2013; 17(4), 1-10. [citado 24 junio 2017] Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134c.pdf>
9. Romero, R., Herrera, I. Síndrome diarreico infeccioso. 1ª Edición. México D. F. Editorial médica panamericana. 2002. [citado 24 junio 2017].
10. Flores, K., Montenegro, Y., Pacheco, S. Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento de las madres sobre prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, comunidad “la querencia de Huaral” [Internet]. 2017 [citado 21 marzo 2018]; Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/899/Efectividad_Flores%20Solano_Karla.pdf?sequence=3&isAllowed=y

11. Alarco J. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev. Clin Med Fam [Internet]. 2013; 6(1): 25-31. [citado 2019 noviembre 16] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100005>.
12. OMS, Organización Mundial de la Salud. La iniciativa PHAST transformación participativa para la higiene y el saneamiento un nuevo enfoque para el trabajo comunitario. [Internet] [citado 24 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ircwash.org/sites/default/files/205.1-96IN-13913.pdf>
13. Pesantes, M., Centurion C., Marinof, N., Samanez C., Metodologías participativas en educación sanitaria: una adaptación de PHAST para comunidades rurales Andinas del Perú [Internet] [citado 24 mayo 2021]. Disponible en: <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/423491468058765385/metodologias-participativas-en-educacion-sanitaria-una-adaptacion-de-phast-para-comunidades-rurales-andinas-del-peru>
14. CRS, Ayudando a las oficinas de país de CRS a utilizar la metodología de Transformación Participativa de Higiene y Saneamiento (PHAST) [Internet] [citado 24 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/guia-phast-transformacion-participativa-higiene-saneamiento.pdf>
15. Gómez, S., Castillo., Martínez, A., Zabaleta L., Roa J. La Educación Sanitaria fundamentada en la Metodología PHAST como eje fundamental en los planes de Saneamiento Básico [Internet] Universidad de San Buenaventura, 2018 [citado 14 Julio 2021]. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Cooperacion/article/view/3917/3397>.
16. Ramirez C, Yeen K, Aplicación del plan de educación sanitaria para fortalecer las conductas de higiene en el manejo del agua domiciliaria en los sectores de Lluylucucha y Belén de la ciudad de Moyobamba 2017. [Internet] 2017 [citado 14 julio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2728>.
17. Duarte, L. Propuesta de actividades y herramientas didácticas relacionadas al uso, vigilancia y control de la calidad del agua, dirigidas a la comunidad y a las autoridades sanitarias, implementando la metodología de participación SARAR- PHAST. [Internet] 2017 [citado 14 julio 2021]. Disponible en: <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/6232>
18. Hernández, J., Villota, M. Educación sanitaria a madres, acudientes y niños menores de cinco años sobre el uso adecuado de medicamentos y hábitos de higiene saludable en un hogar infantil en Cartagena de indias durante el periodo 2018. [Internet] 2018 [citado 14 julio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/8919/TRABAJO%20DE%20GRADO%20J.HERNANDEZ%20Y%20M.VILLOTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Romero, C., Centeno, M., Crespin, L., De Gracia D. De Paz C, Díaz A, Escudero K, Benites S. Conocimientos, actitudes y prácticas de la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años. [Internet] UCV - Scientia 8(1), 2016 [citado 16 marzo 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6181468.pdf>
20. Mendoza, V., Prado, B., & Yancul, G. Nivel de conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia pediátrica de un hospital de Lima Metropolitana,

- [Internet]. 2017. [citado 16 noviembre de 2017]. Universidad Peruana Unión. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/805>
21. Contreras, A. Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas, en una localidad de Morelos. Horizonte Sanitario, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 11-24, 2014. ISSN 2007-7459. [Internet] 2014 [citado 16 noviembre de 2017] Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/152>.
 22. Cabezas, M. Intervención Educativa sobre Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas desde el Enfoque AIEPI Comunitario para Madres con Niños Menores de Cinco Años del Centro de Educación Inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. [Internet] 2011 [citado 10 febrero de 2018]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/2042>
 23. Fuentes, Z., Rodríguez, O., Salazar, M., Rodríguez, O. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 2019 noviembre 16]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004&lng=es
 24. Bell, E., Vinent, D. (2010). Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de Il Frente. MEDISAN, 14(8), 1068-1075. [Internet]. 2010 [citado 2019 noviembre 16]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800004&lng=es&tlng=es
 25. Cáceres, D., Estrada, E., De Antonio, R., Peláez, D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. Rev. Panam Salud Pública; 17(1) [Internet]. 2005 [citado 2019 noviembre 16]; Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 26. Delgado-Noguera, M., Sierra-Torres, C., Calvache, J., Ríos, A., Mosquera, Agredo, F. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica. 2006. 37. 293-298. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n4/v37n4a06.pdf>
 27. Abreu, Ochoa, Baracaldo, Robles, Naranjo. Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014-2015. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/6305>
 28. Díaz, S., Arrieta, K., Ramos, K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afros descendientes del caribe colombiano. Revista de Salud Pública, 2013 15(4), 555-564. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33842>>Fecha de acceso: 16 nov. 2017
 29. Lapeira P, Salazar D. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary. 2014 jun; 11(1): 36 – 40. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4788277>>Fecha de acceso: 19 jul. 2018
 30. Huapalla B. Realizó un estudio en Perú denominado “Programa educativo: Prevención de diarreas para mejorar conocimientos y prácticas en madres del Class Pillcomarca

2011. Perú. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <http://diu.unheval.edu.pe/revistas/index.php/gacien/article/view/371>
31. Valladares M. Conocimientos y prácticas de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en madres de una comunidad de Piura, Perú. Perú. 2016. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/597>.
 32. Yazapanta J. Estrategias educativas para la prevención de la enfermedad diarreica aguda en los niños menores de cinco años que asisten al centro de salud Morete Puyo. Ambato- Ecuador. 2017. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7055>
 33. Granda D. Conocimientos y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños del centro infantil del Buen Vivir Niño Jesús MIES. Loja-Ecuador. 2015. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11510/1/TESIS.pdf>
 34. Ordinola B. Factores asociados a enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años del centro de salud San Pedro Piura, 2017. Piura-Perú. 2018. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4643/1/T_MEDP_MOTTA.DAYANA_ENFERMEDADES.DIARREICAS.NI%C3%91OS.MENORES_DATOS.pdf
 35. Borja, M., Emén J, Calle M. Propuesta de un programa educativo a pacientes y familiares para prevenir la deshidratación severa por enfermedad diarreica aguda a niños menores de 5 años. Guayaquil-Ecuador. 2017. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335677584_Propuesta_de_un_programa_educativo_a_pacientes_y_familiares_para_prevenir_la_deshidratacion_severa_por_enfermedad_diarreica_aguda_a_ninos_menores_de_5_anos
 36. Castro, M. Estrategia de intervención integral para reducir la incidencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas, dirigido a los cuidadores de niños pertenecientes al programa creciendo con nuestros Hijos (CNH). Riobamba Ecuador. 2019. [Internet] [citado 16 noviembre de 2019] Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/12574>
 37. Macías, A. Efectividad de la estrategia educativa de aprendizaje basado en problemas para mejorar el conocimiento de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años en médicos del primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar No. 10 de Aguas Calientes. Aguas Calientes – México. 2017. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1272/417357.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 38. Martínez, E., Narváez, N. Apropiación social de una tecnología no convencional para el tratamiento del agua en la vivienda, vereda el motilón, Pasto (Nariño). 2017. [Internet] [citado 19 noviembre de 2019] Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/7923>. Consultado: 10 de febrero de 2018.
 39. Organización Mundial de la Salud (OMS) Diarrea [Internet] [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
 40. Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. Guía de práctica clínica Ibero-

- Latinoamericana. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 72(3). [Internet] [citado 19 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.11.010>
41. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Bogotá, 2013. Guía No. 8 [Internet] [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_diarrea/gpc_diarrea_profesionales.aspx
 42. Robins-Browne, R. Fisiopatología de la diarrea aguda. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 17(2), 32-37. 2017 [Internet] [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v18i2.684>
 43. Organización Panamericana de la Salud. Manual de tratamiento de la diarrea en niños. Washington, D.C. OPS, 2008 [Internet] [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51588/9789275329122_spa.pdf?sequence=1
 44. Canales, P., Alliende, G. Diarrea crónica en el niño. *Rev Chil Pediatr*. 2012;83(2):179-184. [Internet] [citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=628180&pid=S0004-0649201400010000700010&lng=es
 45. Organización Mundial de Gastroenterología. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea Aguda. Febrero del 2012. [Internet] [Citado 18 de enero de 2018]. Disponible: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-spanish>
 46. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Bogotá, 2013. Guía No. 8 Pag. 23 [citado 26 de mayo de 2018]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_diarrea/gpc_diarrea_profesionales.aspx
 47. Povea, E., Hevia, D. La enfermedad diarreica aguda. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2019 Dic [citado 2020 Sep 06]; 91(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000400001&lng=es. Epub 01-Dic-2019.
 48. Cotes K, Alvis-Guzmán N, Rico A, Porras A, Cediell N, Chocontá Piraquive LA, et al. Evaluación del impacto de la vacuna contra rotavirus en Colombia usando métodos rápidos de evaluación. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(4):220–6. [Internet] [Citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/02.pdf>
 49. Fuentes, Z., Rodríguez, O. Salazar, M., Rodríguez, O. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. *AMC* [Internet]. 2008, vol.12, n.2 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-0255.
 50. World Health Organization (WHO) Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598019_eng.pdf, consultado el 21 de mayo de 2019)

51. Manrique, F., Billon, D., Bello, S., Ospina, J. Agentes causantes de Diarrea en Niños Menores de 5 Años en Tunja, Colombia. *Rev. salud pública* [Internet]. 2006 Apr [Citado 30 agosto 2020]; 8(1): 88-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000100008&lng=en.
52. Tomat, M., Remartini, P., Salinas, B., Materan, M., González, R., Rosas, M., Materán, M. Síndrome disentérico en niños menores de 5 años. *Salus* [Internet]. 2009;13(1):43-49. [Citado 30 agosto 2020]; Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938989009>
53. Orta S, Agrela A, Castellanos A., Zepa N, De Mogensen A. Síndrome disentérico en un Servicio de Hospitalización Pediátrica [Bol. Hosp. Niños J. M. de los Ríos. [Internet] 2000 [Citado 30 agosto 2020]; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=305212&indexSearch=ID>
54. Cáceres, D., Estrada, E., DeAntonio, R., Peláez, D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):6–14. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n1/6-14/#ModalArticles>
55. Escalona, E. Daños a la salud por mala disposición de residuales sólidos y líquidos en Dili, Timor Leste. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet] 2014 [Citado 30 agosto 2020]; 52(2): 270-277. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200011&lng=es.
56. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial. (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285 (4):413-20.
57. Horta, B, Bahl, R., Martine, J., Victora, C.. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses (Report). Geneva: World Health Organization; 2007
58. Jaramillo J, Et al. La lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales. Colombia. 2013. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273832164004.pdf>
59. Duijts L, Jaddoe V, Hofman, A., Moll, H. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 2010;126: e18–e25 dis. [Internet]. 2010 [citado 30 Oct 2019]; Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e18.full>
60. Hernández, J, Selva, L. Nutrición y salud en niños menores de un año Policlínico "Manuel Díaz Legrá" enero 2004- agosto 2005. *Rev haban cienc méd*. 2012; 11(3): 396-403. [Internet]. 2012 [citado 30 Oct 2019]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v11n3/rhcm10312.pdf>
61. Afazani A, Beltramino D, Bruno ME, Cairoli H, Caro MC, Cervetto JC. Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Consenso nacional. Argentina [Internet]. 2001 [citado 30 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/diarreagu.pdf>.
62. Muñoz, O. Tratamiento de la diarrea aguda con sangre. Avances en el control de las enfermedades diarreicas. Testimonio, Resultados y Perspectivas. OPS, OMS 1995;

173. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0034-7531200400040000600011&lng=es&pid=S0034-75312004000400006>
63. Peterson, A., Roberts, L., Toole, M., Peterson, D. The effect of soap distribution on diarrhoea: Nyamithuthu Refugee Camp. *Int J Epidemiol.* 1998; 27:520–4. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgos%20asociados,a%C3%B1o%2C%20mala%20calidad%20del%20agua.
64. Huttly, S., Morris, S., Pisani, V. Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. *Bull World Health Organ.* 1997; 75(2):163–74. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9185369/>
65. Organización panamericana de la Salud. Estrategia de atención integral a la primera infancia comunitaria, guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. 2010. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1227-guia-para-profesionales-y-tecnicos-de-los-servicios-de-salud&Itemid=688
66. Organización Mundial de la salud. Inmunización, vacunas y productos biológicos. Rotavirus. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/es/>
67. Blanco, N. Fernández, S. Vacunas contra rotavirus: estado actual y tendencias futuras. La Habana, Cuba. 2016. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/vac/v25n3/vac05316.pdf>
68. Organización Mundial de la Salud (OMS) Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad. Ginebra, 2011. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-nacional-prevencion-control-deficiencia-micronutrientes.pdf>
69. Imdad A, Mayo-Wilson E, Herzer K, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD008524. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/review_summaries/vitaminA-children-2/es/
70. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. La salud bucodental en España. *Odonto-estomatología* 2005. Barcelona: Lacer SA, 1997.
71. Barrios, K. El conocimiento libre para la transformación universitaria, Universidad Bolivariana de Venezuela. 2014 [Internet] [Citado 30 agosto 2020]. Disponible en: www.oei.es/histórico/congreso2014/memoriactei/108.pdf
72. González, E. (1997) “La Práctica como Alternativa Pedagógica.” En: *Memorias Seminario Taller La Práctica una Forma de Proyección Social*. Río negro, Antioquia
73. Juliao, Carlos. “Acerca del Concepto de Praxis Educativa: Una Contribución a la Comprensión de 333. *axeología Pedagógica*”. En: *Praxis Pedagógica*. Vol. N°1. 1999. P. 8
74. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTUL01-introduccion.pdf

75. Organización mundial de la salud, Determinantes sociales de la salud. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
76. Canning, J., Emre, O. Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts” (Harvard School of Public Health, unpublished, 2009).2009.
77. León, A., Salgado, M., Juanico, G. Conocimiento de padres sobre enfermedad diarreica aguda y su asociación con deshidratación en niños menores de cinco años. *Aten Fam.* 2018;25(3):108-113. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af183e.pdf>
78. Pinzón, A., Ruíz, V. Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda en Niños menores de 5 años en países en desarrollo 2015. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10514/ZarateArdila-Carol-2015.pdf?sequence=8>
79. Reyes, Y. Determinantes sociales de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años en Colombia 2015. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16714/ReyesPintoDorisYoli-ma2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
80. World Health Organization W. UN-water global annual assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2010: targeting resources for better results. Switzerland2010. 91 p. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/9789241599351/en/
81. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
82. Organización Mundial de la Salud, documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral 2017. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
83. Alcaldía de Potosí. Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 Potosí-Nariño. Somos Potosí Unidos hacia el progreso. Potosí: Alcaldía de Potosí; 2020.
84. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Atención integral, prosperidad para la primera infancia. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Cartilla-CeroSiempre-Prosperidad-Primera-Infancia.pdf> Estrategia de cero a siempre
85. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Resolución 8430. [Internet]. Bogotá: el Ministerio; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
86. Rodríguez, M., López, J., & Valencia, E. (2015). Efectividad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen - La Era, 2013. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 7(2), 17-21.
87. Ríos, M. Factores asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años de la ciudad de Tacna 2010 y 2011. *Revista Médica Basadrina*, 2019, 7(1), 8-11.

- [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/492>
88. UNICEF. Lactancia materna. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
 89. Macías, C., Franco, F., Long, K., Hernández, S., Martínez-López, Y., López-Cervantes, M. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Pública de México*, 47(1), 49-57. [Internet] [Citado 05 de octubre de 2020] Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100008&lng=es&tlng=es.
 90. Govín-Scull J., Iglesias, M. (2013) Estrategia de intervención para la prevención de las enfermedades diarreicas. [Internet] Disponible en: <https://files.sld.cu/boletincnscs/files/2014/01/72-respub-estrategia-de-intervencion.pdf> agudas con la participación comunitaria. <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2014/01/72-respub-estrategia-de-intervencion.pdf>
 91. Cotes, K., Alvis-Guzmán, N., Rico, A., Porras, A., Cediel, N., Chocontá, L. Evaluación del impacto de la vacuna contra rotavirus en Colombia usando métodos rápidos de evaluación. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(4):220–6. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n4/220-226>
 92. Organización Mundial de la salud. Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos. [Internet] 2015. Disponible en: <https://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/es/>
 93. Colimon K. Niveles de Prevención. [Internet] [Citado 30 agosto 2020] Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
 94. Silverman D. Doing Qualitative Research: A Practical Handbook. Londres: Sage, 2000 [Internet] [Citado 27 Julio 2021] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007
 95. Colmenares A., Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción 2012 [Internet] [Citado 27 Julio 2021] Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.18175/vys3.1.2012.07>
 96. Vivero Arriagada LA. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Rev Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [citado 20 Nov 2017];19(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300012
 97. OPS-OMS: Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie PALTEX, Canadá, 1999.
 98. García Ferrando M. La encuesta. En: García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993. [Internet] [Citado 25 agosto 2021] Disponible en: <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
 99. Hamui-Sutton Alicia, Varela-Ruiz Margarita. La técnica de grupos focales. *Investigación educ. médica* [Internet]. 2013 Mar [citado 2021 Ago 26] ; 2(5): 55-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es.
 100. Campos, G; Covarrubias, N; y Martínez, L. La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai VII* (13), 45-60, Enero-junio de 2012 [Internet] [Citado 25 agosto 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3979972.pdf>

101. Makutsa, P, Nzaku, K, Ogutu P, Barasa, P, Ombeki, S, Mwaki, A, y Quick, R. E. (2001). Challenges in Implementing a Point-of-Use Water Quality Intervention in Rural Kenya. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1571-1573. doi: 10.2105/AJPH.91.10.1571.
102. Mendigure, Julio, et al. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en lima, Perú. En *Revista de Ciencias de la Salud* 2:1 2007, p. 1.
103. Isairías, N, Montañez, M Creencias que tienen un grupo de madres sobre las prácticas de crianza de niños menores de cinco años en la localidad de usme - E.S.E Risaralda durante el segundo trimestre 2012. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13793/IsairiasHernandezNidiaYasmin2012.pdf?sequence=3>
104. Hernández-Díaz, Joan J. Paredes-Carbonell, Rosa Marín Torrens. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios [Internet] [Citado 12 enero 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671300200X#bib0010>
105. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 518 de 2015. 2015. [Citado 12 enero 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
106. OPS-OMS: Carta de ottawa, [Citado 12 enero 2022] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
107. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021 [Citado 12 enero 2022] Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/C00335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf
108. Ministerio de salud y protección social de Colombia Res.3280/2018 [Citado 12 enero 2022] Disponible en: https://procex.co/archivos/normatividad/Resoluci%C3%B3n_No_3280_de_2018.pdf
109. Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública, Manual de educación para la salud 2018 [Citado 12 marzo 2022] Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
110. Catalán G, V, Sala R. La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia [Internet]. *Raco.cat*. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/download/21268/93267#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud%20es%20un%20m%C3%A9todo%20de%20trabajo,alcanzar%20el%20objetivo%20%2ABsalud%20BB>
111. Ros G, J. Análisis de roles de trabajo en equipo: un enfoque centrado en comportamientos. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5449/jarg1de1.pdf>
112. Organización de Naciones Unidas. Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas. Operar dentro del modelo ecológico [Internet]. *Endvawnow.org*. [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.endvawnow.org/es/articles/310-operar-dentro-del-modelo-ecolgico.html>

113. Gaby MS. El modelo ecológico de Bronfenbrenner [Internet]. GoConqr. [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.goconqr.com/diapositiva/19029823/el-modelo-ecologico-de-bronfenbrenner>

10. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESTUDIO: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DIRIGIDA A LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento, usted **ACEPTA** participar de manera voluntaria en el estudio “DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DIRIGIDA A LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ” la cual es conducida por Jessika Andrea Morales Oñate y Leidy Carolina Ruano Bolaños, estudiantes de la III Cohorte del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño.

El propósito del estudio es diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí, para mejorar conocimientos y prácticas para la prevención de Enfermedad diarreica aguda la cual estará dirigida a la comunidad del Municipio de Potosí. Dentro del estudio se realizará el desarrollo de una estrategia de educación sanitaria denominada PHAST; la cual se encuentra avalada por la Organización Mundial de la Salud y la aplicación encuestas, guías de observación y grupos focales (entrevistas grupales) orientadas a reconocer los aprendizajes de la implementación de la estrategia de educación sanitaria PHAST, lo anterior con el fin de proponer una estrategia para la prevención de la EDA en el Municipio de Potosí.

Su participación en las técnicas de recolección de información en las distintas etapas es de gran importancia para el estudio de manera que es fundamental que responda con la mayor sinceridad posible, siendo esta su responsabilidad como agente activo dentro de la investigación, dicha información suministrada es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los

fines científicos y de producción académica este estudio sin su previo consentimiento.

De la misma forma, su participación no supone gastos, no tiene compensaciones monetarias y no presenta riesgos asociados contra su integridad, por el contrario, sí prevé beneficios puesto que se diseñará una estrategia que será adaptada a las características o al contexto del municipio de Potosí para mejorar conocimientos y prácticas para la prevención de enfermedad diarreica aguda.

En el desarrollo de esta investigación está en todo su derecho de hacer preguntas sobre el estudio, de la misma forma usted puede abstenerse de participar o retirarse del mismo en cualquier momento sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre la participación en esta investigación, puede contactar con Leidy Carolina Ruano Bolaños al correo electrónico carolina.ruano15@gmail.com o al teléfono 3102441491, o con Jessika Andrea Morales Oñate al correo electrónico jessi.morales1392@gmail.com o al teléfono 3126984492.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de consentimiento. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento si así lo desea, así como también solicitar información nueva respecto al estudio en caso de que la hubiera y los resultados de ésta una vez hayan concluido, por medio de los datos de contacto suministrados anteriormente.

En constancia se firma en Potosí (Nariño), a los ____ días, del mes de ____, del año ____.

	Nombre y Cédula	Firma	Teléfono de contacto
Participante			
Testigo			
Investigador	Jessika Andrea Morales Oñate		3126984492
Investigador	Leidy Carolina Ruano Bolaños		3102441491

**ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS ASISTENTES AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL
MUNICIPIO DE POTOSÍ**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

OBJETIVO

Recolectar información acerca de:

Caracterización socio-demográficamente e identificar los conocimientos y prácticas que tienen los padres o cuidadores de niños menores de cinco años que asisten al centro de desarrollo infantil del municipio de potosí en relación a la enfermedad diarreica aguda para posteriormente diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de potosí para mejorar conocimientos y prácticas para la prevención de enfermedad diarreica aguda dirigida a la comunidad del municipio de Potosí”

ENCUESTA. La siguiente información será única y exclusivamente de uso de los investigadores, para obtener información deseada con el fin de recolectar datos suficientes para el desarrollo de esta investigación. Los datos que usted nos proporcione serán de absoluta confidencialidad. La encuesta consta de 4 ítems, dentro de las cuales encontrará las preguntas con única respuesta para cada uno.

INSTRUCTIVO: A continuación, encontrará una serie de preguntas con varias opciones de respuesta. Se deberá marcar aquella que esté más acorde a sus conocimientos y prácticas frente al manejo de la diarrea en los niños menores de cinco años. Se le recomienda leer detenidamente y marcar con una (X) la respuesta que crea que es la correcta, solo puede marcar una opción de Respuesta. Si presenta alguna duda preguntar al investigador.

I - IDENTIFICACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA	
1. Por favor diligencie su fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Años	2. Por favor indique su lugar de procedencia a. Zona Urbana b. zona Rural
3. Por favor señale su nivel educativo a. Sin Formación académica b. Educación primaria incompleta c. Educación primaria complete d. Educación secundaria incompleta	4. Por favor señale su estrato social a. Estrato 1 b. Estrato 2 c. Estrato 3 d. Estrato 4

e. Educación secundaria complete f. Educación Técnica g. Educación superior pregrado h. Educación superior posgrado	e. Otro ¿Cuál? _____
5. Por favor señale su ocupación	6. Por favor señale su nivel de ingresos: (SMMLV= Salario Mínimo Legal Vigente, actualmente equivale a \$828.116 pesos moneda corriente)
a. Ama de casa b. Empleado c. Independiente d. Estudiante e. Desempleado	a. Menos de 1 SMMLV b. Entre 1 y 3 SMMLV c. Entre 4 y 6 SMMLV d. Entre 7 y 9 SMMLV e. Más de 9 SMMLV
7. El tipo de vivienda que habita es:	
a. Casa b. Apartamento c. Habitación d. Otro., Cuál? _____	
II - FACTORES AMBIENTALES Y SANITARIOS	
8. ¿Cómo es el servicio sanitario (baño/inodoro) de su vivienda?	9. El servicio sanitario (baño/inodoro) de su vivienda es de uso
a. Baño conectado al alcantarillado b. Baño conectado a pozo séptico c. Baño sin conexión d. Letrina e. No tiene servicio sanitario	a. Compartido con personas de otros hogares b. Exclusivo de las personas del hogar c. No tiene servicio sanitario
10. El agua que consume en su vivienda es obtenida de:	11. En su vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos
a. Acueducto b. Pozo o aljibe c. Agua Lluvia d. Río, quebrada, manantial, nacimiento e. Otro ¿cuál? _____	a. Si b. No
III - CONOCIMIENTOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
12. Usted considera que su niño tiene diarrea cuando presenta:	13. ¿Por qué considera que se produce la diarrea?
a. 3 o más deposiciones líquidas al día b. Una deposición líquida en el día c. No tengo conocimiento	a. Por alimentar al niño en horas no adecuadas b. Por Virus, Bacterias, Parásitos y Hongos c. No tengo conocimiento
14. Cuando hablamos de prevención de Enfermedad Diarreica aguda, hacemos referencia a:	15. ¿Usted cree que la Enfermedad diarreica aguda se produce por prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos, lavado de manos e higiene?
a. Conocimientos y prácticas que tratan de evitar la aparición de EDA, a través de la adopción de hábitos y estilos de vida saludable. b. Acciones que fomentan el buen trato en el hogar. c. No tengo conocimiento	a. SI b. NO c. No tengo conocimiento
16. ¿Cree usted que la presencia de ratas e insectos en la vivienda pueden ocasionar que su	17. ¿Cree que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de Riesgo para la

niño menor de 5 años padezca Enfermedad Diarreica Aguda?	aparición de Enfermedad Diarreica Aguda?
a. SI b. NO c. No tengo Conocimiento	a. SI b. NO c. No tengo conocimiento
18. La Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la Enfermedad Diarreica Aguda	19. ¿El lavado de manos frecuente con agua y jabón de los niños y sus cuidadores, contribuye a que se presenten menos diarreas?
a. SI b. NO c. No tengo conocimiento	a. SI b. NO c. No tengo Conocimiento
20. ¿Cree que suministrar Sales de Rehidratación Oral (suero) a un niño con Diarrea ayuda a prevenir la deshidratación?	
a.SI b.NO	
IV - PRÁCTICAS	
21 ¿Usted brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a su hijo?	22. ¿Usted lava continuamente sus manos y las de sus niños antes de preparar los alimentos, antes de comer, después de ir al baño y después de jugar?
a. SI b. NO	a. SI b. No
23. ¿Usted lava los alimentos antes de prepararlos o de dárselos a sus niños?	24. ¿Usted incluye en la alimentación de su hijo menor de 5 años alimentos que contengan vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado?
a.SI b. NO	a. SI b. NO
25. ¿Usted ha cumplido de forma completa con el esquema de vacunación de su hijo, incluyendo la vacuna contra rotavirus de los 2 y los 4 meses?	26. ¿Usted <u>siempre</u> hierve el agua antes de consumirla u ofrecer a su niño?
a. SI b. NO	a. SI b. NO
27. Su niño menor de 5 años ha tenido episodios de enfermedad diarreica aguda - EDA? Si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta 28.	28. ¿Cómo manejó el proceso de alimentación de su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)?
a. Si b. No	a. Al niño se le brindó mayor cantidad de alimentos y líquidos b. Al niño se le brindó bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados c. Al niño se le suspendió la alimentación d. Otro tipo de manejo ¿Cuál?
29. ¿Qué líquidos suministró a su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)?	
a. Bebidas energizantes y gaseosas	

b.Sales de rehidratación oral c.Jugos de frutas preparados industrialmente (de caja, botella o en polvo de cualquier marca) d. Otro tipo de líquido ¿Cuál?	
GRACIAS POR SU TIEMPO Y VALIOSA COLABORACIÓN	
Observaciones	

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
Acta de Aprobación No. 041

El Comité de Ética en Investigación creado mediante Resolución Rectoral No.1608 de abril 20 del 2010, mediante la cual se define al Comité como *"un organismo evaluador y avalador de los aspectos éticos y legales de las investigaciones en salud humana, biomédica con animales y aquellas que representen riesgos no controlado con la contaminación del medio ambiente"*. El Comité de Ética en Investigación se rige por la Resolución No. 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y demás disposiciones éticas y bioéticas exigidas para la investigación científica a nivel internacional, nacional y normas internas de la Universidad de Nariño.

Que en relación al proyecto de investigación denominado **"DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PADRES Y CUIDADORES"** coordinado por las estudiantes de maestría Leidy Carolina Ruano Bolaños y Jessika Andrea Morales Oñate. El Comité de Ética en Investigación Certifica que:

1. El integrante del proyecto de investigación en mención adjuntó los siguientes documentos:
 - Proyecto de investigación
2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación.
3. El periodo de aprobación del proyecto de investigación es por dieciocho (18) meses correspondientes al cronograma propuesto por los investigadores.
4. Según las categorías establecidas en el artículo 11 de la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio se clasificó en el siguiente Riesgo:

☐ Sin riesgo ☒ Riesgo mínimo ☐ Riesgo mayor del mínimo
5. El investigador principal deberá informar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Nariño a saber:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité, excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgo para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso en las primeras 24 horas de ocurrido.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros Comités de Ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto junto con las razones que conllevaron a tomar esta decisión.

6. El investigador principal de la Universidad de Nariño deberá presentar un informe semestral al Sistema de Información especificando cambios, observaciones o sugerencias relacionados con los aspectos éticos evidenciados en el desarrollo del proyecto de investigación.

En caso de no presentar informe de actividades, el Comité de Ética en Investigación tomará medidas acordes para cada caso.

7. El Comité de Ética en Investigación informará de manera inmediata a las directivas institucionales toda novedad revisada y aprobada del presente proyecto.

Por medio de la presente, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Nariño, avala el proyecto denominado **“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE POTOSÍ PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN PADRES Y CUIDADORES”**, en el marco de la Resolución No. 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud, la Ley 23 de enero 28 de 1982 del Congreso de Colombia, la Ley 1273 de enero 5 de 2009 del Congreso de Colombia, el Reglamento del Comité de Ética y demás disposiciones éticas y bioéticas exigidas para la investigación científica.

Dado en San Juan de Pasto el día veintinueve (29) del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021).



WILLIAM ALBARRACÍN HERNÁNDEZ
Presidente

Proyectó: Karen Ayala

Anexo D. Aval alcaldía municipal de Potosí



República de Colombia
Departamento de Nariño
Alcaldía Municipal de Potosí
Casa de la cultura
NTT: 800037232-4



100-11-01-006

Potosí, 17 de Enero de 2019.

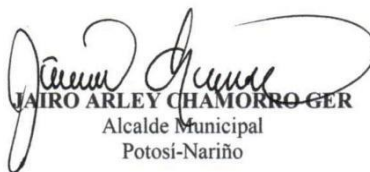
Señorita:
LEIDY CAROLINA RUANO
JESSIKA ANDREA MORALES
Estudiantes Maestría en Salud Pública

Cordial Saludo

En atención a su solicitud, por medio de la presente me permito agradecer el interés en realizar su trabajo de investigación en el municipio de Potosí, por parte de la administración municipal se autoriza y se avala el desarrollo de la misma, sin embargo hay que esperar a que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar defina el operador que estará a cargo del centro de desarrollo infantil PRIMERAS HUELLITAS con el cual ustedes deberán hablar de manera directa, se espera que para inicios del mes de Febrero el CDI entre en operaciones.

Deseando éxitos en sus labores diarias me suscribo de ustedes.

Cordialmente


JAIRO ARLEY CHAMORRO GER
Alcalde Municipal
Potosí-Nariño

Elaboro: Mónica Quintanachala
Reviso: Jairo Chamorro
Aprobo: Jairo Chamorro

Calle 7 Parque La Inmaculada Telefax: 7263084 Teléfono: 7263093
E-mail: alcaldia@potosi-nariño.gov.co / contactenos@potosi-nariño.gov.co

Anexo E. Aval fundación RENOVAR



FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO
Y LA RENOVACIÓN SOCIAL
"RENOVAR"
"Un compromiso con el Futuro"
NIT. No. 837000444-3



Potosí, 15 de febrero de 2019

Señores
COMITÉ CURRICULAR
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
San Juan de Pasto

Asunto: Aceptación proyecto de investigación

Respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de informar que la Fundación para el desarrollo y la renovación social, operador del CDI Primeras Huellitas del municipio de Potosí Nariño, **acepta** que se realice el proyecto de investigación denominado "EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION SANITARIA PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE PREVENCION DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL MUNICIPIO DE POTOSI" a cargo de Jessika Andrea Morales Oñate y Leidy Carolina Ruano Bolaños.

Cordialmente;

CLAUDIA MILENA AZA PAGUAY
Coordinadora CDI Primeras Huellitas
Cel: 3164393407
E-mail. pedagogicocoordinacionl@gmail.com

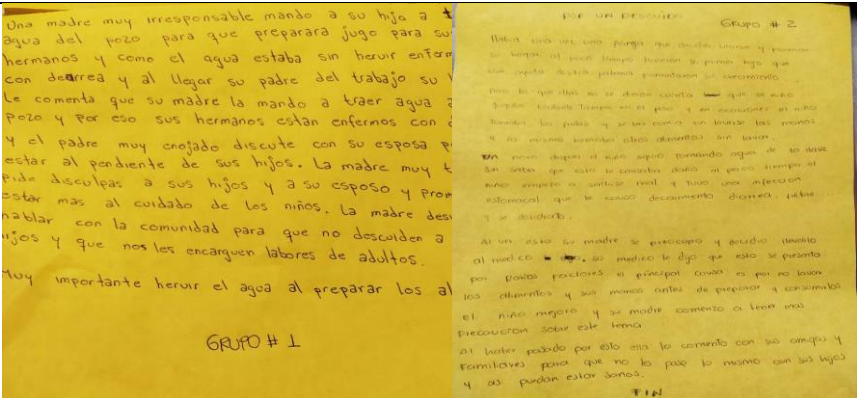
Anexo F. Documentación plan educativo

METODOLOGIA PHAST

PASO 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	21 de Agosto de 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	- Permitir a los miembros del grupo identificar los problemas más importantes por los que atraviesa su comunidad - Ayudar a construir un sentimiento de espíritu de equipo y comprensión mutua - Generar autoestima y creatividad en el grupo
HERRAMIENTAS:	- Afiches no seriados - Video beam - cinta adhesiva - lapiceros y papel - papel adhesivo de colores
DURACION:	Dos horas.
DESARROLLO:	Este paso tiene dos actividades: 1. Historias de la comunidad está diseñada para ayudar al grupo a expresar las preocupaciones más importantes por las que atraviesa su comunidad. 2. Problemas de salud en nuestra comunidad busca centrar la discusión en asuntos relacionados con la salud. El día 21 de Agosto de 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 2:00 pm (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la Ingeniera ambiental Karen Morales quien va a ejecutar la Metodología PHAST
Actividad 1:	Historias de la comunidad
	1. Se brindó un saludo de bienvenida y se agradeció al grupo por su participación, se informó además el objetivo de la sesión y se solicitó a los participantes formar dos grupos de seis personas. 2. En seguida se proporcionó materiales a cada grupo (afiches no seriados) 3. Se Indicó la tarea a los grupos de la siguiente manera: <i>"cada grupo elegirá cuatro dibujos. Trabajando juntos se elaborará una historia sobre su comunidad con los cuatro dibujos que han seleccionado. Nombre a las personas y lugar donde se desarrollará la historia. La historia debe tener una parte inicial, intermedia y final"</i>. Y se asignó a los grupos un tiempo de 20 minutos para elaborar su historia.

4. Una vez los grupos refieren haber terminado se solicitó a cada uno de ellos contar su historia a los demás participantes con ayuda de los dibujos que eligieron. Se dio la opción de que los grupos decidan cómo contar su historia. Las posibles opciones fueron: una persona seleccionada por el grupo cuenta la historia o varias personas del grupo la cuentan; es decir los participantes representan la historia.
5. Los dos grupos eligieron concertadamente que un representante contará la historia. Además, se invitó a los otros participantes a hacer preguntas sobre la historia y dejar que el grupo las responda.
6. Luego de que se procedió a contar las dos historias, los dos grupos relataron una problemática en común relacionada con la deficiencia en la calidad del agua y los riesgos que experimentan los menores al consumirla directamente o por malas técnicas de saneamiento básico; además se invitó al grupo a discutir los aspectos principales.
7. Se incentivó al grupo haciendo las siguientes preguntas:
- ¿Las historias están ocurriendo en la comunidad? ¿Qué temas planteados se pueden considerar como problemas de la comunidad? ¿Cómo podrían resolverse estos problemas? ¿Qué otro problema afronta su comunidad?
8. En la discusión los grupos relataron que han presentado problemas relacionados con el agua y saneamiento en el Municipio, aunado a las malas prácticas de higiene de manos y alimentos, que conducen a la presencia de enfermedades diarreicas y parasitosis.
9. Finalmente, se conversa con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad. Todos refirieron que les pareció una actividad muy dinámica.



	 Una madre muy irresponsable mandó a su hijo a buscar agua del pozo para que preparara jugo para sus hermanos y como el agua estaba sin hervir enfermó con diarrea y al llegar su padre del trabajo su le comenta que su madre la mando a traer agua al pozo y por eso sus hermanos están enfermos con diarrea y el padre muy enojado discute con su esposa y está al pendiente de sus hijos. La madre muy triste disculpa a sus hijos y a su esposo y promete estar más al cuidado de los niños. La madre desea hablar con la comunidad para que no descuiden a sus hijos y que nos les encarguen labores de adultos. Muy importante hervir el agua al preparar los alimentos. GRUPO # 1 Grupo # 2 Hay una persona que puede ayudar a prevenir la diarrea al hacer siempre hervir el agua antes de beberla. Los niños que se enferman con diarrea deben ir al médico o al curandero para que les den tratamiento. El agua que se bebe debe estar siempre hervida y no se debe beber agua de los pozos que están cerca de los animales. El agua que se bebe debe estar siempre hervida y no se debe beber agua de los pozos que están cerca de los animales. El agua que se bebe debe estar siempre hervida y no se debe beber agua de los pozos que están cerca de los animales.
Actividad 2:	Problemas de salud en nuestra comunidad.
	1. Para esta actividad se continuó trabajando con los dos grupos con los cuales se trabajó previamente. 2. Se procedió a proyectar a través de video beam dos dibujos: Uno de ellos de un centro de salud con un trabajador de salud (médico). El cual se denominó por el grupo como Centro Hospital Luis Antonio Montero que es el que opera en el Municipio. El otro dibujo hizo alusión a un curandero o médico tradicionales puesto que, en muchas sociedades, también son comunes este tipo de prácticas. 3. Se solicitó a los participantes que elijan al trabajador de salud o al curandero tradicional, dependiendo de sus preferencias y del tipo de problema en salud. 4. Se mostraron los dibujos a los diferentes integrantes del grupo y se explicó la tarea a seguir con las siguientes palabras: <i>"Estas personas van a visitar al doctor del Centro Hospital Luis Antonio Montero o al curandero/ Medico tradicional. Cada uno de ustedes eligen el dibujo y lo colocan donde les parezca correcto y explican el por qué la persona asiste a este sitio"</i> 5. Luego de haberse usado todos los dibujos de las personas, se hizo al grupo la siguiente pregunta: <i>¿Nos hemos olvidado de algún problema?</i> 6. Se pidió a un participante apuntar en tiras de papel la razón por la cual cada persona está visitando el centro de salud o al curandero y pegarlas donde se considere. 7. Los participantes clasificaron de la siguiente manera: Médico del Centro de Salud: Fiebre, vómito diarrea, dolor de estómago, infecciones, amigdalitis, gripa, alergias, diabetes y enfermedades respiratorias. Medico Tradicional/ curandero: Espanto, mal de viento, dolor del cuerpo, decaimiento, dolor de estómago, "quedado". 8. Se preguntó a los participantes si tienen dudas acerca de las causas de las enfermedades, y se planteó las preguntas al grupo para determinar lo que piensan otros participantes. 9. Se continuo con la discusión, pero esta vez pidió a los integrantes que piensen en lo que podrían hacer para enfrentar las causas de los problemas. Y se hizo la siguiente pregunta: <i>¿Alguien sabe cómo se puede prevenir este problema?</i> 10. Nuevamente el grupo debe recordar esta información, y se escribe junto a las causas.

11. Se pidió al grupo que clasifique los problemas entre los que podrían prevenirse por acción de la comunidad y los que seguirán requiriendo tratamiento en el centro de salud o medico tradicional/curandero.

Se clasificaron de la siguiente forma:

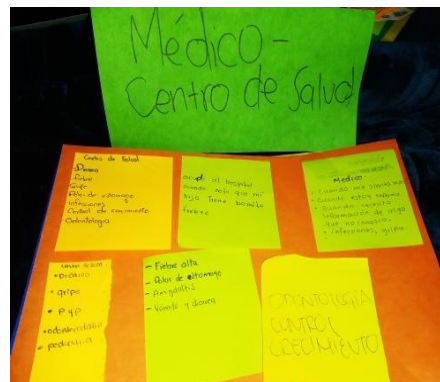
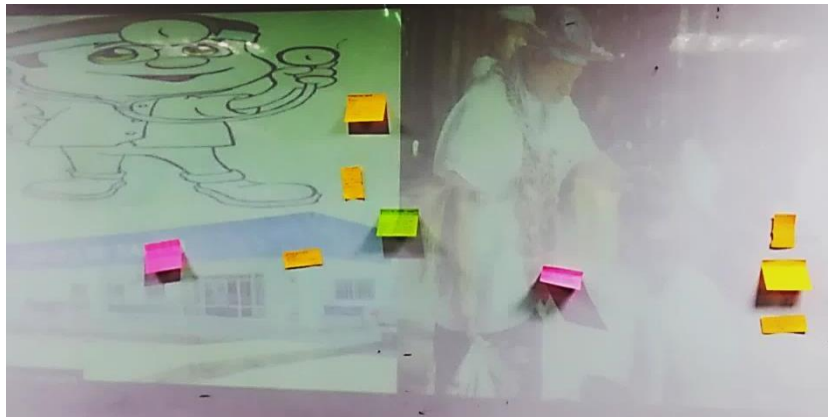
Centro de Salud/medico tradicional/curandero: Vómito, alergia, diabetes, amigdalitis

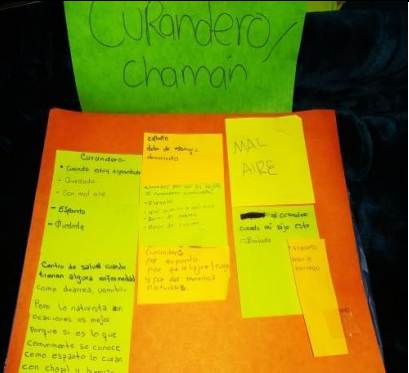
Prevención: gripa, diarrea, espanto y enfermedades respiratorias.

12. Se solicitó al grupo identificar y destacar los problemas que se podrían prevenir y los que, según ellos, estén relacionados con el agua, saneamiento y prácticas de higiene, refirieron que la “diarrea y el vómito”.

13. Se usó adhesivos de colores en las figuras para mostrar los problemas que, según el grupo, se relacionan con estos factores. Se usaron términos locales para los conceptos técnicos, enfermedades y prácticas de saneamiento e higiene.

14. Se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad, todos refirieron que les pareció una actividad muy dinámica.



	Fuente: Construcción propia participantes	
--	---	---

PASO 2: ANÁLISIS DEL PROBLEMA	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	28 de Agosto de 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí
PROPOSITOS:	- Comprender cómo algunas de las prácticas comunes y diarias de higiene y saneamiento pueden causar enfermedades diarreicas. - Decidir qué se puede hacer para mejorar estas prácticas y prevenir la enfermedad.
HERRAMIENTAS:	- herramientas: mapa de la comunidad - cartulina, marcadores, algodón, botones, - piedritas, cuentas y pedazos pequeños de diversos materiales - papel adhesivo de colores
DURACION:	Cuatro horas
DESARROLLO:	Este paso tiene cuatro actividades: 1. Mapa del agua y saneamiento en nuestra comunidad ayuda a los participantes a identificar los problemas de agua y saneamiento que pueden ocasionar diarreas. 2. Buenos y malos hábitos de higiene ayudan al grupo a apreciar las prácticas comunes de higiene y saneamiento, así como a determinar cuáles son beneficiosas o perjudiciales para la salud. 3. Investigación de las prácticas de la comunidad es opcional. Los participantes usan la herramienta atril con bolsillos para recopilar y analizar información sobre sus prácticas. Lo que en realidad están haciendo las personas puede compararse con lo que el grupo descubrió como beneficioso o perjudicial para la salud en la actividad Buenos y malos hábitos de higiene. 4. Cómo se propagan las enfermedades permite que los participantes se percaten sobre cómo las excretas pueden contaminar el ambiente y causar enfermedades diarreicas. El día 28 de agosto de 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 2:00 pm (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de

	Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la Ingeniera ambiental Karen Morales para dar continuidad al segundo paso de la Metodología PHAST.
Actividad 1:	Mapa del agua y saneamiento en nuestra comunidad
	1. Se brindó un saludo de bienvenida y se agradeció al grupo por su participación, se informó además el objetivo de la sesión y se inició una discusión en el grupo para revisar lo que se aprendió o decidió en la reunión previa. 2. Se explicó la tarea al grupo de la siguiente manera: <i>“Hagan un mapa de su comunidad. Pueden hacerlo como deseen. Aquí hay algunos materiales con los que pueden comenzar y ustedes pueden añadir otros. En su mapa necesitan incluir lo siguiente: características físicas y límites importantes, caminos, senderos, viviendas, otros edificios como escuelas, iglesias, centros de salud, negocios, granjas, campos, bosques, plantaciones, parques, fuentes de agua, instalaciones de saneamiento y lugares para la disposición de desechos”</i>. 3. Cuando el grupo terminó el mapa, se indicó la segunda tarea de la siguiente manera: <i>“Divídanse en dos grupos. El grupo a mí izquierda imaginará que está visitando la comunidad por primera vez y las personas a mí derecha serán los guías, su tarea es hacerles conocer la comunidad al grupo de visitantes. Es la primera vez que los visitantes vienen aquí y desean ver todo lo que puedan. Los guías usarán el mapa de la comunidad para hacer una visita guiada a los visitantes. Muestren a los visitantes todo lo posible, incluidas las instalaciones de agua, saneamiento e higiene y ayúdenlos a comprender cómo es la vida aquí, para lo cual describirán a las personas y sus vidas. Los visitantes deben hacer preguntas sobre lo que estén viendo, de manera que estén seguros de que los guías les han mostrado todo, lo bueno y lo malo”</i>. El propósito de este "paseo" es lograr que el grupo vea a su comunidad desde una óptica diferente. Los "guías" probablemente mostrarán sólo las cosas buenas de la comunidad, mientras que los "visitantes" tratarán de señalar que no todo es perfecto. 4. Se tomó como base los puntos que surgieron durante el "paseo" para facilitar la discusión sobre el agua y saneamiento. 5. Se pidió al grupo que describir: 11. Las instalaciones de agua y saneamiento de las que se enorgullecen. 12. Los problemas o dificultades comunes que tengan con estas instalaciones. 6. Respecto a lo anterior, el grupo refirió que el municipio de Potosí cuenta con una iglesia San Pedro Apóstol con religión predominante católica, un parque principal llamado Simón Bolívar, estación de policía, casa de cultura, colegio INEM, escuela Niño Jesús, un centro hospital Luis Antonio Montero, del cual califican su atención regular por la ausencia de personal, por lo que prefieren dirigirse a los centros asistenciales de la ciudad de Ipiales. Por otro lado, manifiestan que es un pueblo tranquilo y seguro. En relación a la calidad del agua, relatan que “el agua es buena pero es muy amarilla” “el agua potable no es, no se la puede tomar directamente de la llave porque inmediatamente uno se enferma” “el agua en el pueblo es más clarita y en las veredas llega amarilla” “cuando se cocina del agua se queda una nata” “ahora el agua es un poquito más potable porque colocaron una planta nueva de tratamiento” “al principio el agua llegaba potable, pero por las circunstancias climáticas

	actuales como llueve mucho se tapan los filtros y les queda más difícil a los fontaneros hacerla potable por eso desmejoraron la calidad del agua” 7. Se explicó al grupo que en futuras reuniones se podrá discutir la manera de superar estos problemas. Las ideas deben ser registradas para su posterior revisión. 8. Se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.  Fuente: Construcción propia participantes
Actividad 2:	Buenos y malos hábitos de higiene
	1. Se solicitó a los participantes formar grupos de seis personas. 2. Se proporcionó a los grupos los materiales y se les explico la tarea de la siguiente manera: <i>"Clasifiquen los dibujos en tres grados: Bueno: los dibujos que muestran actividades buenas para la salud. Malo: los dibujos que muestran actividades negativas para la salud y Regulares los dibujos que muestran actividades que no son ni buenas ni malas para la salud de los seres humanos, o actividades de las que no estén seguros."</i> 3. Se proporcionó a cada grupo aproximadamente dibujos que muestren diferentes actividades y las tres cartulinas que digan "Bueno", "Malo" y "Regular". 4. Después de 15 minutos, se solicitó a cada grupo que explique a los otros participantes su selección y por qué la hizo. Se permitió que el grupo responda cualquier pregunta que formulen los otros participantes. 5. Frente a lo anterior los grupos describieron lo siguiente: ● GRUPO 1: - Hábitos malos: “no se puede hacer las necesidades básicas detrás de las casas porque es un foco grande de contaminación y cerca de los ríos porque se contamina el agua y de esa misma agua muchas veces se toma” “no se puede tener acumulada el agua en baldes porque se hace menos potable y también es un foco para enfermedades, que se propaguen bacterias” “a causa del mal almacenamiento de las basuras se producen malos olores” - Hábitos regulares: “En el campo se entierra la basura, la orgánica estaría bien porque se descontamina y crea un abono en la basura inorgánica eso se

	queda ahí por mucho tiempo” “en esta imagen el lavadero está muy cerca de la cocina y en ese mismo lavadero se lava ropa y platos, eso es un foco de contaminación” “en la otra imagen se ve que el piso es de tierra y las basuras no las recogen y las dejan a un ladito” “en esta imagen se ve que están tomando agua pero no se sabe si es contaminada o la cogieron de un sitio apropiado” “acá la práctica parece buena pero el sitio para lavarse las manos no es el apropiado” - Hábitos buenos: “el lavado de las manos de los niños con agua y con jabón” “lavarse las manos después de cambiarle el pañal a los niños” “tirar la basura en sitios apropiados” “utilizar los utensilios necesarios para hacer el aseo” “lavar las frutas y verduras antes de consumirlas” “hacer las necesidades básicas en un lugar apropiado en un sanitario” ● GRUPO 2: - Hábitos malos: “en la imagen se observa que traen el agua y la tienen ahí en la intemperie” “aquí se ve que el agua no se debe exponer al sol” “en esta se ven incendios y baja el agua y la consumen y ya no sirve” “se ve un basurero y la gente convive ahí” “aquí el perrito tomándose el agua que consumen” - Hábitos regulares: “la señora esta con el agua y con el niño” “en la segunda tienen el agua ahí envasada pero no se sabe si el agua es potable” “en esta parece que es una poceta, pero no se sabe si es potable” - Hábitos buenos “aquí enseñándole a su hija a lavarse las manos de pronto en el banco para que alcance” “comer las frutas obviamente lavadas” “bañar a las mascotas es algo importante” “vacunas que son esenciales para los niños” “lavar el inodoro es higiene” 6. Se facilitó una discusión sobre la manera en que los grupos ordenaron los dibujos. 7. Como resultado de la discusión, los participantes lograron compartir sus conocimientos con el resto del grupo, y pudieron reconocer sus vacíos de conocimiento y tratar de llenarlos. 8. Se solicitó al grupo que señale y discuta los comportamientos comunes en su propia comunidad. Además, se planteó si estos comportamientos son similares a cualquiera de las "buenas" y "malas" prácticas identificadas. 9. El grupo manifestó que los comportamientos más comunes dentro de su comunidad son: “a veces dicen que se va a ir el agua entonces lo que hacemos es acumular el agua para el otro día tener con que cocinar, balarse y a veces no se utiliza y el agua se queda ahí” “a veces en la misma poceta se tiende a lavar los platos en donde se lava la ropa porque no se tiene lavadero en la cocina” “de los buenos aplicamos todos, más que nada el aseo personal, el aseo de las casas, colocar la basura en los sitios debidos, el lavado de alimentos por nuestros hijos si lo hacemos, lavado de manos, tomar agua” 10. Se pidió al grupo mantener un registro de la actividad y mostrar los dibujos de la calificación en tres grados. 11. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.
--	---

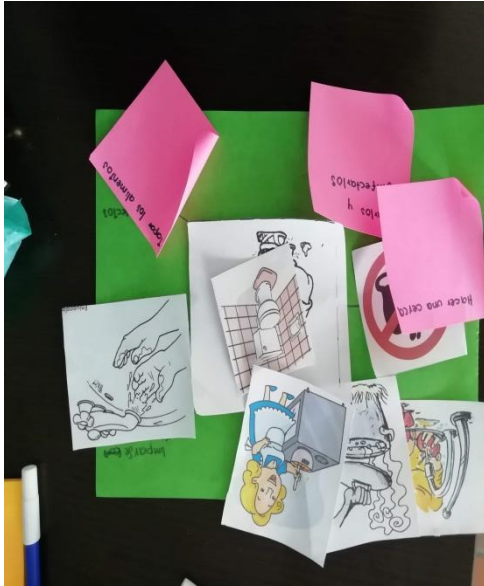
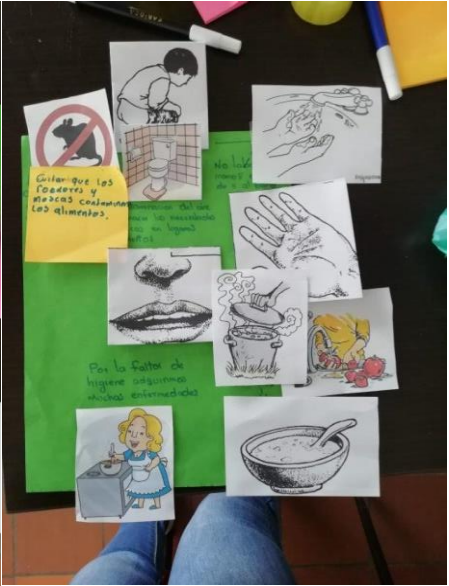
	GRUPO 1  GRUPO 2    Fuente: Construcción propia participantes
Actividad 3	Investigación de las prácticas de la comunidad
	1. Se solicitó al grupo identificar los comportamientos o prácticas que les gustaría conocer mejor. Cuando éstos estuvieron claros, se colocó el atril con bolsillos. 2. Una vez se colocó el atril, se mostró cómo se recopila la información. Se dio un ejemplo: “usted debe identificarse con alguna de las personas de la columna de la izquierda, luego debe elegir su práctica de higiene en la fila superior y finalmente colocar una piedrita u objeto similar en el bolsillo correspondiente. (La columna del lado izquierdo consta de dibujos de una mujer, un hombre, un niño, una niña y una mujer anciana. En otras palabras, al colocar su guijarro, se identifica el tipo de individuo y la práctica sanitaria que usa). 3. Se verificó que los participantes identifiquen adecuadamente el espacio en la columna por el que deben comenzar y la opción que usan. En resumen, hay dos pasos en este proceso: primero ¿quién soy o dónde estoy entre los dibujos? y segundo ¿qué hago o uso? Se enfatizó la necesidad de que las personas sean honestas al señalar sus prácticas, además que éste es un ejercicio de aprendizaje y que, como tal, es importante que la información recolectada refleje la realidad. 4. El <i>atril con bolsillos</i> se colocó de manera que los participantes colocaron sus piedritas sin ser vistos por otros. 5. Se solicitó a los participantes colocar sus piedritas. 6. Luego de que todos los participantes colocaron sus piedritas, se solicitó un voluntario para contarlas y mostrar los totales. 7. Los participantes discutieron el significado de los totales. Por ejemplo:

	- ¿Qué opciones son las más (menos) usadas? ¿Por qué? - ¿Qué factores ambientales influyen en las elecciones de las personas? - ¿Qué otras opciones son las favorecidas? ¿Por qué? - ¿Qué efecto tienen o tendrían estas elecciones sobre la salud o el bienestar de los miembros de la comunidad? - Si el resto de la comunidad votara, ¿su <i>atril con bolsillos</i> se vería como el del grupo? - ¿Cómo se comparan las prácticas reales frente a lo que el grupo identificó como bueno o malo para la salud durante la actividad buenos y malos hábitos de higiene? - ¿Qué podría cambiarse? - ¿Qué cambios en el comportamiento consideraría el grupo apropiado o beneficioso y cómo podría lograrlo? 8. Necesitará discutir con el grupo el grado de representatividad que espera: - ¿Desea que todos los miembros de la comunidad estén representados? - ¿Se podría elegir a un grupo más pequeño para que represente el total de la población? - ¿Cómo podría el grupo elegir a dichos representantes? 9. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.
Actividad 4	Cómo se propagan las enfermedades
	1. Se pidió a los participantes formar grupos de 6 personas. 2. Se proporcionó a cada grupo un conjunto de materiales y se explicó la tarea de la siguiente manera: Un dibujo muestra a una persona que defeca al aire libre, una letrina inapropiada y otro dibujo muestra la boca de una persona. <i>"Por favor; usen los otros dibujos para crear un diagrama que muestre las diferentes maneras en que la materia fecal pueda entrar en contacto con la persona. Pueden dibujar flechas entre los diferentes dibujos para mostrar cómo sucede esto."</i> 3. Cuando los grupos ya tuvieron sus diagramas, se pidió a cada uno mostrar y explicar su diagrama a los otros grupos y se dejó que los miembros del grupo respondan a cualquier pregunta planteada por las otras personas. 4. En relación a la forma en cómo se podrían propagar las enfermedades, los grupos manifestaron lo siguiente: GRUPO 1: ● "Cuando una persona va al baño y no se lava las manos se contaminan las manos y después va a comer" "otra forma en que las heces fecales pueden llegar a nosotros es a través de los insectos cuando las personas hacen sus necesidades en espacios abiertos los insectos se contaminan y de paso contaminan las frutas, verduras y agua" "otra forma es contaminación a través del aire por lo cual adquirimos enfermedades" GRUPO 2: ● "cuando se hacen las necesidades no en un baño sino en cualquier parte al limpiarse se untan las manitos, no se lavan las manos y van y juegan con algo y se meten todo a la boca" "pisarlo por accidente y cuando se va a acostar al quitarse el zapato y se untan las manos" "por insectos también" "cuando el niño ha hecho en una huerta se contaminan las verduras y alimentos"

	5. Se discutieron las semejanzas y diferencias entre los diversos diagramas, donde se evidencio que los dos grupos presentaron ideas similares. 6. Se facilitó una discusión con el fin de ayudar al grupo a usar este nuevo conocimiento para examinar su propia situación 7. Se prosiguió con la discusión e identificación: las rutas de transmisión en la comunidad las áreas con problemas y los hábitos de higiene que representan un riesgo de infección. Y se solicitó a los participantes que registren las áreas problemáticas a medida que éstas se discuten. 8. Con respecto a lo anterior, uno de los participantes refirió: “cuando los niños están en edad de aprender a ir al baño y entro un adulto y el inodoro se contamina y mi hija particularmente se sostiene del inodoro entonces hay que estar pendiente de lavarle las manos” 9. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que les gustó y no le gustó de esta actividad.
	
	Fuente: El presente estudio

PASO 3: PLANIFICACIÓN DE SOLUCIONES	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	04 de septiembre de 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	- Identificar las acciones que pueden bloquear las rutas de transmisión de las enfermedades - Analizar la eficacia de las barreras y el grado de dificultad para ponerlas en práctica - Crear conciencia y comprensión sobre las tareas del hogar y comunidad hechas por las mujeres y por los hombres e identificar si resulta conveniente y posible cualquier cambio en la asignación de tareas

HERRAMIENTAS:	- Herramientas: bloqueo de las rutas, gráfico de las barreras, análisis de género - Diagramas de rutas de transmisión - Papel, lapiceros o marcadores de colores, cinta adhesiva - Diagramas de las rutas de transmisión con las barreras y cinta adhesiva, alfileres, tachuelas, etc. - tres dibujos grandes de un hombre, una mujer y una pareja y 12 dibujos de diferentes tareas.
DURACION:	Cuatro horas
DESARROLLO:	Este paso tiene tres actividades. 1. Cómo detener la propagación de enfermedades ayuda a los miembros del grupo a descubrir formas de prevenir o bloquear la propagación de enfermedades diarreicas a través de las rutas de transmisión identificadas en la actividad anterior. 2. Selección de las barreras ayuda al grupo a analizar la eficacia y facilidad de las acciones para bloquear las rutas de transmisión, así como a elegir las que se van a aplicar. 3. Tareas de los hombres y de las mujeres en la comunidad ayuda al grupo a identificar quién podría emprender tareas adicionales para introducir los cambios necesarios a fin de prevenir enfermedades diarreicas. El día 04 de septiembre del 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 2:00 pm (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la Ingeniera ambiental Karen Morales para dar continuidad al tercer paso de la Metodología PHAST.
Actividad 1:	Cómo detener la propagación de enfermedades: 1. Se dio inicio a la sesión revisando lo que se aprendió o decidió en la reunión previa. 2. Se solicitó a los participantes seguir trabajando en los mismos grupos de la actividad anterior. 3. Se explicó la tarea de la siguiente manera: <i>"Ahora que sabemos cómo se pueden propagar las excretas debemos pensar cómo evitar que esto ocurra. Cada miembro del grupo debe tomar un conjunto de dibujos y decidir en qué parte de su diagrama de rutas de transmisión los va a colocar para detener o bloquear las diferentes rutas. Los dibujos deben adherirse levemente ya que serán retirados para usarlos en la próxima actividad"</i>. 4. Después de 15 minutos se solicitó a cada grupo que presente sus diagramas, los que ahora incluyen los bloques o barrera, donde manifestaron: ● GRUPO 1: "Nuestras rutas de bloqueo en el primer caso cuando vayan al baño sean niños o adultos hay que lavarse bien las manos antes de consumir y preparar los alimentos" "tener agua hervida para que sea más consumible y lavar los alimentos antes de prepararlos" "en el caso de contaminación por hacer necesidades en espacios abierto hacerlo en un baño sanitario" "evitar que las moscas y roedores contaminen lo que nosotros consumimos y tener una buena higiene en el sitio donde preparamos los alimentos" ● GRUPO 2: "El dibujo que está el niño haciendo popo lo más correcto es que haga en el baño" "hay que lavarse las manos" "del que llegan los insectos tratar de tapar los alimentos" "en el de la huerta hay roedores hay que tener raticidas y

	obviamente lavar los alimentos” “hay que tenerles higiene a los juguetes y lavarlos y desinfectarlos” 5. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que aprendieron y lo que les gustó y no les gustó de esta actividad.   GRUPO 1 GRUPO 2 Fuente: Construcción propia participantes
Actividad 2	Selección de las barreras - Para esta actividad se mantuvo los mismos grupos de la actividad anterior y se les explicó la tarea de la siguiente manera: <i>“Quiten las barreras del diagrama de rutas de transmisión y colóquenlas en el lugar que les corresponda en este gráfico”</i> - Se explicó el funcionamiento del gráfico de la siguiente manera: <i>“Esta columna izquierda tiene estas alternativas: ‘Muy efectivo; ‘Regular’ y ‘No muy efectivo’. ‘Esta fila superior tiene tres alternativas: ‘Fácil de hacer; ‘Regular’ y ‘difícil de hacer, Uds. deberán considerar cual les parece la más apropiada’ ‘Vamos a colocar entonces este gráfico y decimos que esta barrera es efectiva y fácil’ Por lo tanto, esta barrera va aquí, ahora háganlo ustedes”</i> - Los grupos proceden a realizar la tarea y una vez que se completó la tarea, se los invita a compartir sus gráficos y a discutir: - Las barreras que usaría el grupo en la comunidad. - Las implicancias de poner las barreras en marcha. GRUPO 1: - FACIL Y MUY EFECTIVO: “en cada uno de los hogares ya se posee un inodoro por eso es fácil y muy efectivo sea en la ciudad o en el campo” “un sitio adecuado para lavado de manos, frutas, y platos” - REGULAR Y MUY EFECTIVO: “espacios de contaminación al respirar, en el campo por lo de las basuras que no pasa el carro recolector y hay gente que las

bota atrás de la casa o por ahí entonces hay muchos insectos y contaminación, pues no hacemos el adecuado manejo”
El grupo 1 concluye que las barreras son fáciles de adaptarlas y todos lo aplican.

GRUPO 2:
- **FACIL Y MUY EFECTIVO:** Hervir el agua es una tarea fácil y muy efectiva, lavar las frutas también es fácil, cocinar los alimentos
- **REGULAR Y MUY EFECTIVO:** Que el niño vaya al baño es regular pero muy efectivo
- **FACIL Y REGULAR:** “Tapar los alimentos es fácil pero regular, porque por mucho tiempo se dañan los alimentos” “lavar y desinfectar porque no siempre van a quedar limpios”
- **REGULAR Y REGULAR:** Fumigar los roedores es regular porque siempre van a quedar ahí
- **DIFICIL DE HACER Y REGULAR:** Hacer una cerca es difícil de hacer.
El grupo 2 concluyo que todas las barreras son fáciles para colocar en práctica en su comunidad, a excepción de hacer una cerca.
Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.

GRUPO 1

	Fácil	Regular	Difícil de Hacer
Muy Efectivo	En cada uno de los hogares ya se posee un inodoro	En espacios de contaminación al respirar	
Regular	Un sitio adecuado para lavado de manos, frutas y platos		
No muy efectivo			

GRUPO 2

	Fácil	Regular	Difícil de Hacer
Muy Efectivo			
Regular	lavarlos y desinfectarlos		
No muy Efectivo			hacer una cerca

Fuente: Construcción propia participantes

Actividad 3	Tareas de los hombres y de las mujeres en la comunidad
	1. Se continuó con los mismos grupos de la actividad previa 2. Se le explicó la actividad al grupo de la siguiente manera: “A cada grupo se les dio el dibujo de un hombre, una mujer y de una pareja, y un conjunto de dibujos mostrando diferentes tareas. Discutan en su grupo quien hace cada tarea.

Cuando se pongan de acuerdo, coloquen el dibujo de la tarea debajo del dibujo del hombre, mujer o pareja, según lo que hayan decidido. El dibujo de la pareja significa que tanto los hombres como las mujeres realizan la tarea.”

3. Se dejó que los grupos trabajen solos y que discutan sus resultados. Se les entregó papel en blanco para que incluyeran otras tareas para tal fin.

4. Después de que se completó la actividad, se pidió a cada grupo que presente su selección al resto de los participantes, que la explique y responda cualquier pregunta, donde refirieron lo siguiente:

GRUPO 1:

Hombre: Cultivar, pintar, construcción, trabajo pesado.

Pareja: Regar las plantas, lavar los platos, ordeñar las vacas, preparar los alimentos, cambiar el pañal o cuidar a los niños.

Mujeres: Hacer aseo, ayudar a los niños hacer tareas, colgar la ropa.

GRUPO 2:

Hombre: Trabajo en el campo, construcción, trabajos fuertes de carga pesada

Pareja: Hacer aseo, cocinar, cuidar las plantas

Mujeres: Cuidar los niños, organizar la cocina, lavar la ropa, ayudar a hacer las tareas a los niños.

5. Se facilitó una discusión en grupo sobre: quién hace las tareas, la carga de trabajo de los hombres y de las mujeres, cómo puede afectar la diferencia de la carga de trabajo en la asignación de las tareas para evitar la diarrea, las ventajas y desventajas del cambio de tareas hechas por hombres y mujeres y la probabilidad de cambiar las tareas hechas por hombres o mujeres.

6. Como conclusión los grupos acordaron que las mujeres tienen más carga de trabajo en relación a los hombres, debido a que ellas están al cuidado de los niños y de las tareas del hogar. Por otra parte, manifestaron que no comparten la idea de un cambio de tareas, debido a que ellas ya tienen establecido una rutina para cuidado de los niños y de efectuarse dicho cambio podría generar enfermedades en sus hijos, por esta misma razón la probabilidad de cambiar tareas hechas por hombres o mujeres es baja.

7. Se pidió al grupo que identifique las funciones que podrían cambiarse o modificarse para mejorar el saneamiento y la higiene, y se registró estas conclusiones para usarlas en el monitoreo futuro.

8. Finalmente se conversó con el grupo sobre lo que aprendió y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.

GRUPO 1

GRUPO 2



Fuente: Construcción propia participantes

PASO 4: SELECCIÓN DE OPCIONES	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	18 de septiembre de 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	- Describir la situación de saneamiento en la comunidad - Identificar opciones para mejorar el saneamiento - Descubrir que las mejoras pueden realizarse paso a paso - Identificar los hábitos de higiene que el grupo desea cambiar, incentivar, reforzar e introducir en la comunidad. - Ayudar al grupo a reconocer la riqueza de conocimientos e información que poseen colectivamente.
HERRAMIENTAS:	- Herramienta: opciones de saneamiento - Papel grande en el cual se puede pegar dibujos (opcional) - Cinta adhesiva - Herramienta: dibujos de la calificación en tres grados del Paso 2 - Herramienta: caja de preguntas - Papel y lapiceros - Recipiente (caja)
DURACION:	Cuatro horas
DESARROLLO:	Este paso tiene tres actividades. 1. Elección de las mejoras de saneamiento ayuda al grupo a evaluar la situación de saneamiento en la comunidad y a decidir los cambios que desea hacer. 2. Elección de mejores hábitos de higiene ayuda al grupo a decidir qué hábitos de higiene desarrollarán en la comunidad. 3. Tiempo dedicado a preguntas brinda a los miembros del grupo la oportunidad de hacer preguntas y obtener la reacción de los participantes, lo que aumenta la confianza del grupo. El día 18 de septiembre del 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 2:00 pm (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la Ingeniera ambiental Karen Morales para dar continuidad al tercer paso de la Metodología PHAST.
Actividad 1	Elección de las mejoras de saneamiento
	1. Se dio la bienvenida al grupo y se agradeció por su asistencia, 2. Se inició una discusión para revisar lo que se aprendió o decidió en la reunión previa. 3. Se pidió a los participantes formar grupos de seis personas 4. Se explicó la tarea al grupo de la siguiente manera: <i>"cada grupo recibirá un conjunto de opciones de saneamiento. Por favor; revisen las opciones y ordénenlas como una "escalera: Comiencen por la parte inferior con la peor opción y en el último peldaño de la escalera coloquen la mejor opción"</i> 5. Se entregó a cada grupo un conjunto idéntico de dibujos.

	6. Se distribuyó papel y lapiceros para que los participantes dibujen cualquier método que deseen incluir, pero que no se encuentre en el conjunto de dibujos, donde los participantes no incluyeron ningún otro. 7. Esta actividad tomó cerca de 20 minutos. Luego se le indicó a cada grupo la siguiente tarea: <i>“Ahora decidan dónde se encuentra la comunidad actualmente y dónde les gustaría estar dentro de 1 año, Discutan las ventajas y dificultades que pueden encontrar al tratar de subir la escalera”</i> 8. En relación a lo anterior, los grupos manifestaron que todos se encuentran en la parte superior de la escalera, es decir todos cuentan con unidad sanitaria. 9. Cuando los grupos completaron esta tarea, se pidió a cada uno que explique a lo demás su escalera de saneamiento, donde los 2 grupos tuvieron ideas similares en la elaboración de la escalera, donde la peor opción de saneamiento es hacer sus necesidades al aire libre y la mejor es hacer uso de una unidad sanitaria. 10. Después de las presentaciones, se promovió una discusión grupal que cubrió: - Semejanzas y diferencias sobre cómo se ubicaron las opciones - Semejanzas y diferencias sobre dónde colocaron a la comunidad actualmente y en el futuro. - Las opciones identificadas como mejores para la comunidad - Las ventajas de cada opción - Las dificultades u obstáculos que dificultarían el ascenso en la escalera - Cómo se alcanzaron estas decisiones - Qué información piensa el grupo que necesitaría para comparar las opciones con mayor eficacia. En general, no se encontraron diferencias en el posicionamiento de las opciones de saneamiento en los grupos, todos refieren en que la mejor opción es el sanitario con la cual cuentan actualmente, por lo tanto, no se encontrarían dificultades en el ascenso de la escalera. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.  Fuente: Construcción propia participantes
Actividad 2	Elección de mejores hábitos de higiene

	1. Para esta actividad se continuó trabajando con los mismos grupos de la actividad previa. 2. Se indicó la tarea a los grupos de la siguiente manera: <i>“ve los dibujos de calificación en tres grados, elijan uno o más comportamientos de higiene que todos piensen que son saludables y que les gustaría incentivar. Luego, seleccionen uno o más comportamientos que les parezcan insalubres y que deseen erradicar”</i> 3. Se dio a los grupos de 10 minutos para seleccionar sus comportamientos de higiene. Luego pida a cada grupo explicar su selección a los otros participantes. 4. Se facilitó una discusión en grupo dirigida a: - Llegar a un acuerdo sobre los buenos y malos comportamientos más importantes - Cómo influir en la comunidad para: Usar buenas prácticas todo el tiempo, aceptar nuevos comportamientos, erradicar las prácticas insalubres. Los grupos refirieron lo siguiente: ● GRUPO 1: “La más buena que nos pareció a nosotros fue la imagen donde están los utensilios para hacer aseo, hay escobas, desinfectantes” “la otra es el lavado de frutas y verduras” “los más malos en este dibujo donde están las señoras, ahí están los animales generando un mal ambiente de contaminación” ● GRUPO 2: “Lo bueno es la lactancia, es algo importante, lavarse las manos antes de cualquier actividad, después de, y lavar el baño” “los más malos el desorden, basura, por eso hay roedores, la contaminación del agua, el aire, calentamiento global” 5. Es importante saber cuán arraigados están los comportamientos seleccionados en la comunidad. Las herramientas necesarias para obtener esta información son: el <i>atril con bolsillos</i> o una <i>encuesta en la comunidad</i>. En esta actividad se colocó un <i>atril con bolsillos</i> cuya fila superior mostró las siguientes opciones para el lavado de manos después de defecar: sólo agua, jabón y agua, tierra o ceniza, y nada. La columna vertical podría mostrar: hombre, mujer y niño. Luego, los participantes usaron dos fichas o papelitos de diferente color, el verde para señalar las opciones que usan generalmente y el fucsia para indicar las opciones que usan sólo algunas veces. 6. Se pidió al grupo que registre sus conclusiones, ya que éstas se necesitarán posteriormente en otras actividades, incluido el desarrollo de un cuadro de monitoreo (evaluación). De acuerdo al recuento de los papeles se concluyó que las mujeres generalmente se lavan las manos con agua y con jabón, los hombres algunas veces con agua y con jabón, los niños algunas veces con agua y con jabón cuando están a cargo de sus padres, sino generalmente lo realizan solo con agua y en el caso de los adultos mayores en general realizan el lavado de manos con agua. 7. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que aprendió y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.
--	--

	Fuente: OMS, Estrategia PHAST Fuente: Construcción propia participantes
Actividad 3	Tiempo dedicado a preguntas
	1. Se dio continuidad con esta actividad, explicando la tarea al grupo de la siguiente manera: "Por favor; cada uno escriba en un papel o haga un dibujo sencillo de una pregunta que le gustaría que se responda, luego de haber escrito su pregunta doblen el papel por la mitad" 2. Se pidió a un participante que recoja todas las preguntas en un recipiente que se convirtió en la caja de preguntas. 3. Cuando se recogieron todas las preguntas, se pasó la caja de preguntas a cada persona y se solicitó que tomen una hoja de papel y respondan la pregunta. Si alguien toma su propia pregunta, debe pedirle que tome otra. 4. Si un participante no puede responder una pregunta, pida a otra persona que la responda. 5. Entre algunas preguntas y respuestas que se generaron de esta actividad fueron: ● ¿Prefieren llevar a su hijo al médico tradicional o al centro de salud? R/ Al centro de salud porque es más efectivo. ● ¿Cómo colocaría medidas preventivas para que su hijo no se enferme? R/ Cuidarlo del frio, lavarle las manos, darle de comer y no exponerlo. ● ¿Qué procedimiento haría si su hijo presenta signos de diarrea? R/ Primero darle suero y si sigue mal llevarlo al médico. ● ¿Cuál sería la mejor solución para tratar la diarrea aguda? R/ La mejor solución sería llevar al niño al médico para que él le mande aparte de la hidratación un medicamento para tratar la diarrea. ● ¿Cuál es la mejor alternativa para prevenir la diarrea? El lavado de manos antes y después de comer, desinfectar las frutas, el aseo. 6. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que aprendió y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.

	  Fuente: OMS, Estrategia PHAST
	Fuente: El presente estudio

PASO 5: PLANIFICACIÓN DE NUEVAS INSTALACIONES Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	02 de octubre del 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	- Permitir a los participantes que elaboren un plan para implementar cambios en el saneamiento y en el comportamiento de higiene. - Identificar quién asumirá la responsabilidad de llevar a cabo los pasos del plan. - Establecer un plazo para implementar el plan - Conseguir que el grupo piense en los posibles problemas que pueden surgir durante la ejecución del plan y prever la forma de superarlos.
HERRAMIENTAS:	- Herramienta: carteles de planificación de las opciones de saneamiento de "ahora" y del "futuro", cinta adhesiva, lapiceros y papel. - Herramienta: los carteles de planificación, cartulina para apuntar los nombres - Herramienta: caja de problemas, papel y lapiceros y recipiente (caja)
DURACION:	Cuatro horas
DESARROLLO:	Este paso tiene tres actividades: 1. Planificación para el cambio ayuda al grupo a planificar los pasos necesarios para ejecutar las soluciones que ha decidido. 2. Planificación de las tareas de cada persona ayuda al grupo a asignar responsabilidades para cada acción. 3. Identificación de los aspectos que no marchan bien permite al grupo prever los problemas potenciales y planificar la manera de superarlos. El día 02 de octubre del 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 2:00 pm (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la Ingeniera

	ambiental Karen Morales para dar continuidad al tercer paso de la Metodología PHAST.
Actividad 1	Planificación para el cambio
	1. Se dio un saludo de bienvenida y se inicia una discusión para examinar lo que se aprendió o decidió en la reunión previa. 2. Se colocó en la pared los dibujos de las opciones de agua y saneamiento 3. Se pidió a los participantes que trabajen en grupos de seis personas y se explicó la tarea a los participantes de la siguiente manera: <i>¿Están de acuerdo con que esta opción de agua y saneamiento es una situación común en la comunidad? ¿y concuerdan con que esta sería la situación futura deseable? ". "Ahora debemos pensar en cómo cambiar la situación actual a fin de alcanzar lo que deseamos". Para eso, prepararemos un plan que nos permita "llenar el vacío". Cada grupo recibirá un conjunto de carteles de planificación con algunos de los pasos que podrían requerirse. "Cada grupo debe observar los carteles de planificación y organizarlos en el orden que cree lograría el cambio deseado con mayor efectividad Usen el papel para dibujar cualquier paso adicional que les gustaría incluir.</i> 4. Se entregó a cada grupo el mismo conjunto de dibujos sobre opciones de agua y saneamiento de "ahora" y del "futuro" y los <i>carteles de planificación</i>. 5. El grupo tomó 15 minutos en el ordenamiento de los pasos. Luego, se le pidió a cada uno de ellos que explique su plan a los demás participantes y se realice una discusión que abarque: ordenamiento, las semejanzas y las diferencias entre los pasos elegidos por cada grupo, las dificultades que se pueden encontrar al tratar de ejecutar los pasos, los recursos que pueden necesitar para llevar a cabo los pasos, la cantidad de tiempo necesario para desarrollar el plan. En la discusión se relató que con respecto a las opciones de saneamiento presentadas no se despliegan novedades puesto que cada uno de ellos se encuentra representado en la mejor opción de saneamiento (unidad sanitaria). Sin embargo, al revisar los gráficos del agua mencionaron dificultades los dos grupos respecto a la falta de agua potable. Se eligieron gráficos que describieron la opción del "ahora" como agua no apta para el consumo humano y un gráfico de la mejor opción de saneamiento del "futuro" como agua potable sin riesgo. Relataron que la mayor deficiencia en su municipio es la calidad del agua, aunque por parte de la Alcaldía Municipal se gestionó una planta de tratamiento de agua se evidencia que aún sigue presentando características de baja calidad "el agua es amarilla y no es consumible refirieron". Se discutió con el grupo sobre un plan para trabajar conjuntamente y se llegó al acuerdo de trabajar sobre opciones de tratamiento de agua que ellos las puedan adoptar desde sus hogares, además de ser efectivas y de bajo costo. Se procedió a brindar información específica sobre las estrategias de potabilización del agua que se pueden implementar desde los hogares y se eligió colectivamente efectuar un plan para la elaboración de un filtro casero de agua. 6. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que aprendió y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.

	Fuente: https://www.istockphoto.com/es/vector/personaje-de-mascota-de-dibujos-animados-de-gotas-de-agua-limpia-y-sucia-gm988541744-268034781 Fuente:http://arroyodarragueira.blogspot.com/2010/01/agua-potable-para-todos.html GRUPO 1 Fuente:https://es.dreamstime.com/fotos-de-archivo-gota-del-agua-sucia-image16200533 Fuente:http://arroyodarragueira.blogspot.com/2010/01/agua-potable-para-todos.html GRUPO 2
Actividad 2	Planificación de las tareas de cada persona
	1. Se dio continuidad a esta actividad colocando en la pared los carteles que el grupo decidió que representaban su plan. 2. Se explicó la tarea al grupo de la siguiente manera: <i>"Estos carteles son necesarios para poner en marcha su plan, deben decidir quién debe hacerse cargo de cada uno de estos pasos. Discutan juntos cada uno de ellos y el tipo de cualidades y aptitudes personales necesarias para ejecutarlo. Decidan quién debe encargarse de cada paso. Cuando lo hayan hecho, escriban los nombres en un papel. Luego peguen cada papel o cartulina debajo del cartel de planificación correspondiente."</i> 3. Cuando asignaron las tareas, se pidió al grupo discutir y acordar quién coordinará la ejecución de los pasos del plan. 4. Con relación al plan a efectuarse a cabo se decidió realizar un filtro de agua casero, siendo este un aparato compuesto generalmente de un material con carbón activo que permite purificar el agua que viene directamente del acueducto y llega a través de los grifos. Al pasar por el filtro este atrapa las partículas que el agua trae pueden ser tóxicas o perjudiciales para la salud;

	algunos de estos elementos son arena, barro, óxido, hierro, altas cantidades de cloro, bacterias entre otros. 5. Por tanto, se asignaron funciones a cada participante con el fin de que en la sesión posterior se de ejecución al mismo. Se acordó con cada uno de ellos la distribución de materiales necesarios para el diseño del filtro; se distribuyó los siguientes materiales entre el grupo: recipiente grande de plástico tipo botella de aproximadamente un metro de altura, grava, arena fina, piedras de pequeño y mediano tamaño, carbón activado, tijeras o bisturí, cloro para realizar desinfección de los materiales. 6. Se delegó a una persona para coordinar el resto de la reunión. 7. De acuerdo a la actividad se debe establecer el desarrollo de un cronograma para completar cada parte del plan, como se definió un plan a corto plazo se asignó como fecha de ejecución el día 16 de octubre del 2019 y se informó al grupo que para esa ocasión se iba a contar con la presencia de un invitado especial quien cuenta con alta experiencia en el desarrollo de proyectos en comunidades y es quien va a dirigir la construcción del filtro además de otros temas importantes respectos al agua, prácticas de higiene y de saneamiento básico. 8. Se anotó la información sobre los carteles de planificación y se facilitó una discusión sobre la importancia de que las cosas se hagan a tiempo y cumpliendo sus responsabilidades. 9. Finalmente, se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad. Fuente: OMS, Estrategia PHAST
Actividad 3	Identificación de los aspectos que no marchan bien.
	1. Se continuó con esta actividad, la cual fue similar a la actividad Tiempo dedicado a preguntas del Paso 4 y se condujo de la misma manera. 2. Se explicó la tarea del siguiente modo: <i>"Por favor, escriban en un papel un problema que pudiera surgir, o problemas y dudas relacionadas que tengan respecto al desarrollo de la estrategia, ejecución del plan o cualquier otra respecto al tema. Pueden hacerlo en forma de pregunta o dibujo"</i> 3. Se pidió a un miembro del grupo que recolecte todos los problemas en el recipiente y este recipiente se convirtió en la <i>caja de problemas</i>. 4. Cuando se recogieron todos los problemas, se pasó la caja de problemas a cada participante y se les pidió que escojan un papel y que respondan las preguntas. 5. Entre algunas preguntas que se discutieron fueron:

	- ¿Qué tan cierto que congelar el agua mata bacterias? R/ La temperatura de congelación no es suficiente para matar bacterias, el método de hervir el agua es más efectivo. - ¿Cuándo el niño tiene diarrea que le doy en casa? R/ “Yo lo que siempre hago es un agua de manzanilla, yerbabuena y si sigue más constante le doy suero y asisto al centro de salud” “le doy agua y amoxicilina” “suero pedialyte” - ¿Que no debo dar al niño cuando tiene diarrea? R/ “leche, gatorade, gaseosas” - ¿Qué puedo hacer para prevenir la diarrea? R/ “lavarse las manos, lavar los alimentos, hervir el agua, tener buena disposición de basuras y aguas residuales, lavar los baños” - ¿Cuándo debo llevar al niño a urgencias? R/ “tiene mucha sed por la deshidratación” 6. Finalmente, se conversó con el grupo se retroalimentó sobre fortalecer y reforzar las buenas prácticas y lo que no deben hacer para prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda además se discutió sobre lo que ha aprendido y lo que le gustó y no le gustó de esta actividad.
--	---

PASO 6: EJECUCIÓN, PLANIFICACIÓN DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Karen Vanessa Morales- Ingeniera Ambiental Ricardo Riascos- Ingeniero agropecuario Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	16 de octubre del 2019
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	- Ejecución del plan concertado entre los participantes - Establecer un procedimiento para evaluar el progreso - Fijar con la comunidad entera una fecha para la evaluación
HERRAMIENTAS:	- Recipiente grande de plástico tipo botella de aproximadamente un metro de altura, grava, arena fina, piedras de pequeño y mediano tamaño, carbón activado, tijeras o bisturí, cloro para realizar desinfección de los materiales. - herramienta: gráfico de monitoreo (evaluación) - papel, lapiceros o lo que esté disponible para dibujar dibujos de opciones de agua y saneamiento que le gustaría tener a la comunidad - dibujos de calificación en tres grados elegido durante la actividad elección de mejores hábitos de higiene
DURACION:	Cuatro horas
DESARROLLO:	Este paso tiene sólo una actividad: <i>Ejecución y preparación para evaluar nuestro progreso.</i> En esta actividad, el grupo diseño el filtro de agua casero y se realiza un gráfico para monitorear su progreso en el logro de las metas. Se identifican los medios para medir el progreso, la frecuencia de la evaluación y quién debe hacerlo. El día 16 de octubre del 2019 se reúnen en las instalaciones del Punto Vive Digital del Municipio de Potosí a las 9:00 am los (12) padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí quienes aceptaron participar de la Investigación con la

	Ingeniera ambiental Karen Morales para dar continuidad al tercer paso de la Metodología PHAST. Se brindó un cordial saludo de bienvenida a los padres participantes de la estrategia y al ingeniero Ricardo Riascos experto en saneamiento básico y ambiental quien participó de esta sesión.
Actividad 1	Ejecución y preparación para evaluar nuestro progreso
	7 Se inició por un recordatorio frente a la actividad anterior, y se inició una discusión para examinar lo que se aprendió o decidió en la reunión previa. 8 Se brindó una explicación sobre estrategias para el tratamiento de agua casero y técnicas de saneamiento básico. 9 Se revisó con cada integrante las funciones y materiales asignados en la reunión previa para la elaboración del filtro casero. 10 Una vez se contó con la totalidad de los materiales se explicó la metodología para llevar a cabo su diseño y se inició con la ejecución del mismo. 11 Procedimiento para la elaboración del filtro de agua casero: - El primer paso para la fabricación del filtro de agua casero o purificador de agua casero es preparar el material que se va a utilizar, limpiando y desinfectando adecuadamente todo el material. El contenedor de plástico se limpió con agua limpia y jabón; además de rociar con desinfectante, mientras que las piedras y la arena también se limpiaron para remover y eliminar las impurezas. El recipiente para el agua debe estar correctamente cerrado para poder llenarlo con agua y extraerla, mediante una llave de paso superior y otra inferior, por la que salga el agua libre de impurezas. Para esto se adaptó un recipiente con llave que nos facilitó esta acción. - Una vez estuvo correctamente desinfectado y limpio el material, se comenzó con la fabricación en sí del filtro. Este proceso de fabricación del filtro, consistió en ir alternando las capas de los distintos materiales correctamente ordenadas para que cumplan su función. Se inició tapando la boca de la botella con algodón, seguido de una capa de carbón activado con una altura de aproximadamente 3 cm. Esta capa aumenta las propiedades filtradoras del sistema, posteriormente una capa de grava con una altura de aproximadamente 2 cm, arena fina con una altura de aproximadamente 6 cm, grava con una altura de aproximadamente 6 cm, capa de piedras de tamaño pequeño, tipo canto rodado. - Por último, se aplicó poco a poco el agua estancada en el filtro, se dejó caer la primera agua y después se notó un significativo cambio de color pudiendo llegar a ser agua transparente y sin turbiedades. 12 Después de completar el filtro, se facilitó una discusión en grupo sobre: percepciones frente al filtro, forma de evaluar la adopción del mismo y del progreso alcanzado, con qué frecuencia debe evaluarse el progreso, quién debe encargarse de evaluar el progreso, cómo incluir a otros miembros de la familia en la evaluación del progreso y el cumplimiento de los objetivos del proyecto. 13 Se conversó con el grupo sobre lo que ha aprendido y sobre lo que le gustó y no le gustó de esta actividad. 14 Se concluyó la reunión con un refrigerio, la entrega de detalles y la rifa de un purificador y filtro de agua industrial para celebrar los logros del grupo.



PASO 7: EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN	
SEDE DE EJECUCIÓN:	Punto Vive Digital Municipio de Potosí
RESPONSABLE:	Investigadoras: Carolina Ruano, Jessika Morales
FECHA:	18 de Mayo del 2020
DIRIGIDO A:	Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al Centro de Desarrollo Infantil del Municipio de Potosí.
PROPOSITOS:	Verificar si se han cumplido los objetivos de la estrategia en las familias intervenidas.
HERRAMIENTAS:	Seguimiento a través de llamada telefónica
DURACION:	Tres horas

DESARROLLO:	En este paso, se evalúa una vez pasado 6 meses o un año de aplicada la estrategia, a fin de evaluar el progreso de la comunidad intervenida. Se realiza siete meses después de finalizada la última sesión de la Estrategia de Educación Sanitaria aplicada en los padres o cuidadores de niños menores de 5 años del CDI mis primeras Huellitas, se procede a desarrollar el seguimiento de la estrategia a los padres intervenidos. De acuerdo con la guía PHAST, en este paso se debe desarrollar una actividad grupal, a fin de evaluar los conocimientos adquiridos durante la estrategia, sin embargo por la Pandemia por COVID 19, se encuentran prohibidas las actividades grupales que impliquen aglomeración de personas, por esta razón, las investigadoras hacen una modificación en este último paso, realizando el seguimiento a través de llamada telefónica a cada uno de los participantes de la investigación, a fin de realizar una entrevista con los participantes, indagando los avances que han tenido en sus hogares a partir de la aplicación de la estrategia, y cuál es su percepción de la misma. Para el desarrollo se procede a tomar el listado de participantes y los números de teléfono, y posteriormente se procede a realizar las llamadas en donde se tiene en cuenta los siguientes pasos. 1. Saludo y presentación de la investigadora, quien menciona el objetivo de la llamada. 2. Solicitud de autorización para el desarrollo de la llamada telefónica y la disposición a responder preguntas. 3. Se utilizaron las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué les pareció la estrategia? ¿La han aplicado en su hogar? ¿De qué manera aportó en su diario vivir, haber participado de esta estrategia? De acuerdo a las llamadas realizadas, dentro de las respuestas, se puede obtener lo siguiente: - De acuerdo a lo referido, lo más común de las respuestas obtenidas por los participantes, es que la estrategia permitió mejorar las prácticas de higiene en cada uno de los hogares, puesto que les brindó pautas generales de cómo realizar adecuada desinfección en el hogar y hábitos de aseo a tener en cuenta. - Con respecto a la prevención de Enfermedad Diarreica Aguda, lo que más se resalta son las medidas de Higiene y en cuanto al tratamiento, el manejo que se realiza en el Hogar. - Así mismo se evidencia que lo que más recuerdan de la estrategia son las medidas de desinfección del agua, a través del hervido, con cloro y purificándola con un filtro. - A continuación, se resalta textualmente lo referido por una de las participantes de la estrategia, <i>“Los conocimientos que nos aportaron en ese momento en mi vida me sirvió mucho, porque yo tengo una hija menor de 5 años, me han servido y en este momento me han servido aún más, en las capacitaciones nos explicaron el cuidado del agua, el lavado de las frutas, la desinfección de utensilios, todo lo que tenemos que tener cuidado en nuestra casa, lo que consumimos, entonces todo el conocimiento que antes de las capacitaciones no lo teníamos,</i>
--------------------	--

	<i>lo adquirimos. Y en este momento de nuestra vida lo estamos aplicando más realmente. Yo de mi parte lo que aprendí allá fue muy valioso y sobre todo en este momento que estamos pasando es mejor, porque lo hemos llevado de la teoría a la práctica". "La verdad nos ha servido mucho, porque la verdad uno como ama de casa tiene algunos conocimientos que no son correctos, por ejemplo en el manejo de la Diarrea, como yo les decía a las señoritas uno como ama de casa lo maneja con agua de manzanilla y bicarbonato, que lo que hacemos es que el niño se deshidrate, y como no sabemos pensamos que está bien, entonces en lo que nos explicaban en la capacitación, primero debemos saber de dónde viene el foco de la Diarrea, y como debemos manejarla en el hogar, entonces toda esa teoría que nos explicaron ya lo estamos llevando a la práctica". "Yo estoy muy agradecida, porque nos enseñaron del cuidado de nuestros hijos, y es muy importante en el diario vivir. Y qué bueno que así sea siempre, que uno participe en las capacitaciones y se lleve el monitoreo de la capacitación para mirar cómo les ha ido a las personas, porque algunas personas dirán ni me acuerdo, pero otras si lo aprovecharon".</i>
--	---

Anexo G. Categorías estrategia PHAST

CATEGORIAS	DESCRIPCIÓN	SUBCATEGORIA	DESCRIPCIÓN	ENTREVISTA
Medidas preventivas para enfermedad diarreica aguda	Conjunto de acciones que realizan los padres y cuidadores que buscan evitar de manera anticipada el riesgo a presentar enfermedad diarreica aguda en los niños.	Lavado de manos	Técnica que emplean los padres y cuidadores consiste en un frote de las superficies de las manos comúnmente con jabón convencional	¿Cuál es la mejor alternativa para prevenir la diarrea? P12 "El lavado de manos antes y después de comer" ¿Qué puedo hacer para prevenir la diarrea? P8 "lavarse las manos" ¿Cómo colocaría medidas preventivas para que su hijo no se enferme? P1: "Cuidarlo del frío, lavarle las manos, darle de comer y no exponerlo" P4: "el lavado de las manos de los niños con agua y con jabón"

				P2: “aquí enseñándole a su hija a lavarse las manos de pronto en el banco para que alcance” P4: “lavarse las manos después de cambiarle el pañal a los niños P9: “el lavado de manos, el aseo personal” P5: “lavado de manos” ¿Por qué? “por es fácil de hacerlo y hay varios lugares donde asearse las manos”. P4: “Nuestras rutas de bloqueo en el primer caso cuando vayan al baño sean niños o adultos hay que lavarse bien las manos antes de consumir y preparar los alimentos” P8: “cuando los niños están en edad de aprender a ir al baño y entro un adulto y el inodoro se contamina y mi hija particularmente se sostiene del inodoro entonces hay que estar pendiente de lavarle las manos”
		Adecuada disposición de excretas	Conjunto de acciones que realizan los padres para disponer adecuadamente de las deposiciones orgánicas humanas y de	P4: “en el caso de contaminación por hacer necesidades en espacios abierto hacerlo en un baño sanitario mejor” P4: “hacer las necesidades básicas en un lugar

			animales para evitar la contaminación y propagación de Enfermedades	apropiado en un sanitario” P7: “todos los integrantes del grupo tenemos el baño o inodoro dentro de la escalera estamos en la mejor opción” P2: El dibujo que esta el niño haciendo popo lo más correcto es que haga en el baño” P2“Que el niño vaya al baño es regular pero muy efectivo” P4: “En el caso de contaminación por hacer necesidades en espacios abierto hacerlo en un baño sanitario” P8: “En cada uno de los hogares ya se posee un inodoro por eso es fácil y muy efectivo sea en la ciudad o en el campo”
		Prevención y control de roedores y vectores	Conjunto de acciones que se realizan para evitar la presencia de roedores y vectores	P4 “evitar que las moscas y roedores contaminen lo que nosotros consumimos para así tener una buena higiene en el sitio donde preparamos los alimentos” P2: “del que llegan los insectos tratar de tapar los alimentos” “en el de la huerta hay roedores hay que tener raticidas” P4: “Evitar que las moscas y roedores contaminen lo que

				nosotros consumimos para así tener una buena higiene en el sitio donde preparamos los alimentos"
		Adecuada disposición de basuras	Conjunto de actividades que las personas realizan para disponer adecuadamente de las basuras	P4: "tirar la basura en sitios apropiados" P9: "colocar la basura en los sitios debidos"
		Vacunación de rotavirus	Sustancia que se introduce en el organismo de los niños para prevenir la infección de rotavirus causante de diarrea.	P2: "las vacunas que son esenciales para los niños para que no le dé diarrea"
		Higiene inocuidad e de alimentos	Conjunto de condiciones y medidas sanitarias para preservar adecuadamente los alimentos.	P2: "comer las frutas obviamente lavadas" P4: "lavar las frutas y verduras antes de consumirlas" P9: "El lavado de alimentos por nuestros hijos si lo hacemos" P2: "obviamente lavar los alimentos" P2: "Hervir el agua es una tarea fácil y muy efectiva, lavar las frutas también es fácil, cocinar los alimentos" "un sitio adecuado para lavado de manos, frutas y utensilios" P2: "Tapar los alimentos es fácil pero regular, porque por mucho tiempo se dañan los alimentos" "lavar y desinfectar porque

				no siempre van a quedar limpios”
		Higiene de animales	Actividades que se realizan para mantener limpios a los animales domésticos del hogar.	P2: “bañar a las mascotas es algo importante”
		Higiene de juguetes	Actividades de limpieza o aseo de los juguetes para prevenir enfermedades	P2: “hay que tenerles higiene a los juguetes y lavarlos y desinfectarlos”
		Higiene del hogar	Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de evitar enfermedades prevenibles	P2: “lavar el inodoro es higiene”
		Tratamiento del agua	Procedimiento mediante el cual se potabiliza el agua para volverla apta para el consumo humano	P2: “tratar el agua porque al agua en el pueblo es muy amarilla y si se toma del grifo uno se enferma” P8 “Hervir el agua antes de tomarla” P3: “El agua no se puede tomar directamente de la llave porque uno se enferma” P4: “tener agua hervida para que sea más consumible y lavar los alimentos antes de prepararlos”
		Lactancia materna	Proceso mediante el cual la madre alimenta a su bebe aportando nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo saludable,	P2: “Lo bueno es la lactancia, es algo importante”

			además factor protector para la prevención de enfermedades	
		Información y educación para la comunidad	Estrategia que se realiza para transmitir conocimientos adquiridos hacia otras personas.	P6: "ella lo comento con sus amigas y familiares para que no les pase lo mismo con sus hijos y así puedan estar sanos
Factores de Riesgo para presentar Enfermedad diarreica aguda	Situación o circunstancia que aumenta la probabilidad de contraer enfermedad diarreica aguda	Calidad del agua por lugar de residencia	Características, químicas, físicas y Biológicas del agua de acuerdo al lugar de residencia de la población ya sea urbana o rural	P3: "El agua en Mueses es buena, pero es muy amarilla, el agua en el pueblo pues potable no es, no se puede tomar de la llave porque uno se enferma o puede contraer un virus. En lo rural llega el agua muy amarilla en cambio acá en el pueblo llega clarita. Pero es que de igual forma cuando uno cocina queda en el agua como una nata amarilla, aunque es un poquito más potable el agua acá en el pueblo porque colocaron la planta del tratamiento. Unos días al principio si nos dieron agua clarita, pero con el tiempo se tapan los filtros y con las condiciones climáticas, les queda más difícil limpiar los tanques y estar clorando el agua o haciéndola potable, por eso la desmejoró la Calidad del Agua

				P8: “la mayor dificultad en el municipio es la calidad del agua, aunque por parte de la Alcaldía Municipal se trajo una planta de tratamiento de agua, el agua es amarilla y no es consumible”
		Inadecuado almacenamiento de agua	Actividades erróneas que realizan las personas al almacenar el agua de una forma inadecuada.	P1: “A veces dicen que se va a ir el agua entonces lo que hacemos es acumular el agua para el otro día tener con que cocinar, balarse y a veces no se utiliza y el agua se queda ahí” P2: “en la segunda tienen el agua ahí envasada pero no se sabe si el agua es potable” “en esta parece que es una poceta pero no se sabe si es potable” P4: “no se puede tener acumulada el agua en baldes porque se hace menos potable y también es un foco para enfermedades, que se propaguen bacterias” P2: “aquí el perrito tomándose el agua que consumen” “en la imagen se observa que traen el agua y la tienen ahí en la intemperie”

		sitio inadecuado para el lavado de manos	Lugar no apto, para poder realizar un adecuado lavado de manos	P4: “acá la practica parece buena pero el sitio para lavarse las manos no es el apropiado”
		Inadecuada disposición de excretas	Lugar no apto para disponer de las excretas de las personas o los animales, lo cual ocasiona contaminación	P4: “no se puede hacer las necesidades básicas detrás de las casas porque es un foco grande de contaminación y cerca de los ríos porque se contamina el agua y de esa misma agua muchas veces se toma” P5: “aquí está haciendo sus necesidades, como por ejemplo cuando estuve en el ejército y se hacía de noche tocaba hacer cerca de ahí donde dormía, tapaba hacia el hueco hondo y volvía y tapaba en ese entonces era la mejor opción” P4: “Otra forma en que las heces fecales pueden llegar a nosotros es a través de los insectos cuando las personas hacen sus necesidades en espacios abiertos los insectos se contaminan y de paso contaminan las frutas, verduras y agua” P2: “pisarlo por accidente y cuando se va a acostar al quitarse el zapato y

				se untan las manos” “cuando el niño ha hecho en una huerta se contaminan las verduras y alimentos” P8: “espacios de contaminación al respirar, en el campo es más contaminador por lo de las basuras que no pasa el carro recolector y hay gente que las bota atrás de la casa o por ahí entonces hay muchos insectos y contaminación, incluso los insecticidas; pues no hacemos el adecuado manejo”
		Agua no tratada	Agua que no es apta para el consumo humano	P4 “en esta imagen se ve que están tomando agua, pero no se sabe si es contaminada o la cogieron de un sitio apropiado”
		Inadecuado lavado de manos	Procedimiento inadecuado de lavado de manos, lo cual genera que las manos no queden limpias	P4: “Cuando una persona va al baño y después de ir al baño no se lava las manos se contaminan las manos y después va a comer” P2 “cuando se hacen las necesidades no en un baño sino en cualquier parte al limpiarse se untan las manitos, no se lavan las manos y van y juegan con algo y se meten todo a la boca”

		Inadecuada disposición de basuras	Actividades erróneas que realizan las personas al disponer de las basuras.	P4: “en la otra imagen se ve que el piso es de tierra y las basuras no las recogen y las dejan a un ladito” P4: “a causa del mal almacenamiento de las basuras se producen malos olores” P2: “se ve un basurero y la gente convive ahí”
		Proliferación de vectores por inadecuada disposición de excretas	Aparición de animales como insectos o roedores a causa de utilizar Lugares no apto para disponer de las excretas de las personas o los animales, lo cual ocasiona contaminación	P2: “El que está haciendo el huequito es al aire libre, el problema que tendrían es que se llenaría de moscos” P2: “por insectos también se transmite diarrea”
Tratamiento de la enfermedad diarreica aguda	Comportamientos y prácticas de los padres y cuidadores frente al tratamiento de la enfermedad diarreica aguda de sus hijos ya sea por creencias o factores culturales para el tratamiento de la diarrea	Hidratación y medicamentos para la EDA	Manejo que realizan padres y cuidadores para el tratamiento de la EDA en sus hijos, relacionado con la administración de medicamentos e hidratación.	P2: “llevar al niño al médico para que él le mande aparte de la hidratación un medicamento para tratar la diarrea” P11: “Primero darle suero y si sigue mal llevarlo al médico.”
		Tratamiento con hierbas medicinales	Usos y costumbres referentes a terapias que incluyen plantas medicinales	¿Cuándo el niño tiene diarrea que le da en casa? P10: “Yo lo que siempre hago es un agua de manzanilla, yerbabuena”

		Bebidas azucaradas	Bebidas generalmente envasadas las cuales contienen edulcorantes calóricos, tales como gaseosas, jugos en caja, bebidas a base de malta,	¿Que no debo dar al niño cuando tiene diarrea? P5: "gatorade, gaseosas"
		Lácteos	Alimentos derivados de la leche, como queso, quesillo, yogurt	¿Que no debo dar al niño cuando tiene diarrea? "Leche"
		Automedicación	Utilización de medicamentos para sí mismo, sin prescripción médica	¿Cuándo el niño tiene diarrea que le da en casa? P10: "le doy agua y amoxicilina"
Creencias y practicas frente al cuidado de la salud del niño	Interpretaciones de los posibles comportamientos de los padres y cuidadores para tratar los problemas de salud de sus hijos.	Problemas de salud atendidos por medicina tradicional	Descripción de problemas de salud que los padres y cuidadores prefieren que sean atendidos por médicos tradicionales a través de actitudes, creencias y conocimientos sanitarios basados en el uso de recursos naturales.	P1: "Cuando estoy espantada, quedada, con mal aire" P2: "Espanto, quedada" P3: "Centro de salud, cuando tienen alguna enfermedad como diarrea o vomito. Pero lo naturista en ocasiones es mejor porque si es lo que comúnmente se conoce como espanto lo curan con chapil y hierbas de espanto" P4: "Espanto, dolor de estómago, decaimiento" P5: "Espanto, mal viento o mal aire, dolor de cabeza, dolor de cuerpo" P6: "Por espanto, porque se bajó el"

				cuajo y por dar remedios naturales” P7: “Por mal aire”. P8: “Al curandero cuando mi hijo esta espantado” P9: “Espanto, dolor de estómago” P5: ¿Cuándo debo llevar al niño a urgencias? P11: “cuando tiene mucha sed por la deshidratación”
		Problemas de salud atendidos por medicina occidental	Descripción de problemas de salud que los padres y cuidadores prefieren que sean atendidos por médicos y otros profesionales de la atención de la salud basados en el uso de recursos científicos y tecnológicos.	P1: Diarrea, fiebre, gripe, dolor de estómago, infecciones, control de crecimiento, odontología. P2: Diarrea gripe PYP, adoptó pediatría pediatria P3: Acudo al Hospital cuando noto que mi hijo tiene vómito, fiebre. Participante 4. Fiebre alta, dolor de estómago, amigdalitis, vómito y diarrea P5: Razones por las que asiste al médico. Dolor de estómago, fiebre, diarrea, golpes, cortaduras, gripa P6: Centro de salud, diarrea, fiebre, prevención, consulta de estado, orientación y opinión. P7: odontología Control de crecimiento y desarrollo.

				P8: Cuando me siento mal, cuando estoy enferma, cuando necesito información de algo que no conozco, infecciones y gripa. P5: “son prevenibles por la comunidad la gripa, diarrea, espanto y enfermedades respiratorias”
Aprendizaje del proceso	Proceso activo en que los padres y cuidadores adquieren y construyen nuevos conceptos frente al cambio de comportamiento para evitar EDA	Higiene	Prácticas y técnicas que aplican las personas para la conservación de la salud y prevención de las enfermedades	P8: “Que nos concienticemos sobre el correcto lavado las manos” P8: “Hervir el agua antes de tomarla” P12: “lavar los alimentos bien antes de comérselos” P4: “lavar nuestras manos y de nuestros hijos nos ayudaría a que no nos de enfermedades” P4 “podríamos tomar agua con confianza, sin que nos de miedo enfermarnos o que nos de daño de estómago”
		Filtro casero para el tratamiento del agua	Dispositivo de fácil elaboración compuesto de diferentes materiales que permiten purificar el agua convirtiéndola en apta para el consumo humano.	P5: “después de lo que nos mostraron nos gustaría hacer el filtro casero de agua para tomar agua con más seguridad”
Percepción sobre la calidad de	Interpretaciones que tienen los padres y			Participante 5 “En cuanto a la atención, regular,

atención del centro de salud de Potosí	cuidadores sobre la calidad de atención del centro de salud del Municipio de Potosí.			regular, bueno en urgencias casi no es tanto. Pero es que, de igual forma en urgencias, también debe haber más personas, más enfermeras o algo porque no hay, solo hay un doctor y si acaso 2 enfermeras, mas no hay. Es que, en esa IPS, solo es para algo leve, ya si es algo grave se manda a Ipiales, por eso mejor cuando tengo una urgencia, prefiero irme a Ipiales, a la clínica Las Lajas o al hospital, no acudo acá porque es muy mal servicio.”
Percepciones de los participantes sobre la estrategia PHAST	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre la ejecución de la estrategia PHAST			P8: “Los conocimientos que nos aportaron en ese momento en mi vida me sirvió mucho, porque yo tengo una hija menor de 5 años, me han servido y en este momento me han servido aún más, en las capacitaciones nos explicaron el cuidado del agua, el lavado de las frutas, la desinfección de utensilios, todo lo que tenemos que tener cuidado en nuestra casa, lo que consumimos, entonces todo el conocimiento que antes de las capacitaciones no

				lo teníamos, lo adquirimos. Y en este momento de nuestra vida lo estamos aplicando más realmente. P2: Yo de mi parte lo que aprendí allá fue muy valioso y sobre todo en este momento que estamos pasando es mejor, porque lo hemos llevado de la teoría a la práctica”. P4: “La verdad nos ha servido mucho, porque la verdad uno como ama de casa tiene algunos conocimientos que no son correctos, por ejemplo en el manejo de la Diarrea, como yo les decía a las señoritas uno como ama de casa lo maneja con agua de manzanilla y bicarbonato, que lo que hacemos es que el niño se deshidrate, y como no sabemos pensamos que está bien, entonces en lo que nos explicaban en la capacitación, primero debemos saber de dónde viene el foco de la Diarrea, y como debemos manejarla en el hogar, entonces toda esa teoría que nos explicaron ya lo estamos llevando a la práctica”.
--	--	--	--	---

				P6: “Yo estoy muy agradecida, porque nos enseñaron del cuidado de nuestros hijos, y es muy importante para el aprovechamiento del diario vivir. Y qué bueno que así sea siempre, que uno participe en las capacitaciones y se lleve el monitoreo de la capacitación para mirar cómo les ha ido a las personas, porque algunas personas dirán ni me acuerdo, pero otras si lo aprovecharon”
--	--	--	--	---

Anexo H. Categorías grupo focal

CATEGORIAS	DESCRIPCIÓN	SUBCATEGORIA	DESCRIPCIÓN	ENTREVISTA
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE ENFERMEDAD	Conjunto de información adquirida por parte de los padres y	Definición de la diarrea	Conocimientos adquiridos de los padres y cuidadores frente a la	YC-P5“La diarrea es deposiciones líquidas más de tres veces en el día”

DIARREICA AGUDA	cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI, mediante la experiencia o el aprendizaje (Estrategia PHAST) frente a la definición, causas, medidas preventivas, factores de riesgo, Tratamiento de la enfermedad diarreica aguda		definición de la enfermedad diarreica aguda.	EM-P2: “En cuanto a la diarrea lo que dice la compañera ya cuando miremos que el niño hace más de 3 deposiciones por día o hace más de 2 deposiciones en una hora toca llevarlos al médico para evitar la deshidratación” DF-P3 “son que los niños hagan más de 3 deposiciones y que estás sean aguadas, en si los niños no hacen de esa manera.” YF-P4: “: Los signos de alarma son las de 3 deposiciones en el día,”
		Factores de Riesgo de la diarrea	Conocimientos adquiridos de los padres y cuidadores frente a las causas de la enfermedad diarreica aguda.	EM-P2 “La diarrea es una enfermedad que se produce básicamente por microorganismos que se encuentran en algunos alimentos, por ejemplo, si no hacemos bien el tratamiento de los alimentos en la preparación se puede contraer bacterias y llegar al estomaguito de nuestros niños o de nosotros mismos y causarnos diferentes enfermedades

				como la diarrea o gastroenteritis”
				YF-P4 “Se produce por un mal manejo en la higiene, en la preparación de alimentos eso lleva a una infección”
				LA-P6 “Es una infección que se produce por microorganismos que están expuestos en todo lugar y que los niños son más vulnerables debido a que están manipulando todo y se llevan todo a la boca, entonces eso es lo que produce las infecciones estomacales que conllevan a la diarrea.”
				YC-P5: “Para mí es una infección causada por los malos hábitos que se dan, por ejemplo, el mal lavado de manos, por la alimentación en su mayoría frutas infectadas, otro es los juguetes infectados, se ensucian con tierra arena y no le lavan las manos”

		Complicaciones de la diarrea	Conocimientos adquiridos de los padres y cuidadores frente a las complicaciones que conllevan un mal manejo de la enfermedad diarreica aguda.	CT-P1” antes no sabíamos identificar lo que era una diarrea y luego de la diarrea tenemos conocimiento que es algo grave y tenemos que tener mucho cuidado con nuestro hijo porque se puede causar hasta la muerte”
		Tratamiento y manejo de la diarrea	Conocimientos adquiridos de los padres y cuidadores frente al tratamiento y manejo de la enfermedad diarreica aguda de sus hijos	CT-P1“Lo que aprendimos después de la estrategia nos explicaban que si un niño está con diarrea tenemos que mirar el tiempo y los síntomas digamos porque el motivo y acudir urgentemente al médico porque pueden estar deshidratados”
				DF-P3 “Básicamente en el caso de la diarrea aguda toca tener cuidado y llevarlos a los médicos porque los deshidrata rapidito a los niños” CT-P1: “: Los signos de alarma que ya han hecho más de 3 deposiciones, o hay niños que les da fiebre, entonces ya es un signo de alarma que toca acudir al

				médico porque no podemos, en ese tiempo que estábamos decíamos que uno dice que está espantado y que lo lleva a hacerse curar de espanto, y cuando el niño ya está deshidratado, entonces antes de mirar eso debemos acudir al puesto de salud más cercano y si ya el doctor le ha mandado los medicamentos seguir al pie de la letra”
				YF-P4 “llevarlos si causan fiebre que es cuando están muy grave a urgencias”
				YC-P5: “Cuando tiene vómito fiebre y pues cuando están enfermos bebidas y si ya están muy malitos entonces si por urgencias”
				LA-P6: “tener en cuanto que, si va al baño más de 3 veces, estar pendiente de si eso sigue, también en caso de los chiquitos les da fiebre y le quería dar vomito toca llevarlos al hospital y ya de ahí les dan los medicamentos y en casa estarlo monitoreando”

				EM-P2: “también compartíamos la parte de lo que dijo la compañera Claudia, de consultar al médico cuando el niño tiene diarrea porque no todas las veces va a ser así que este espantado como para llevarlo al curandero sino primero asesorarse con personas que tengan bastante conocimiento en eso porque no siempre que al niño le de diarrea va a ser que este espantado debe buscar la causa.”
				CT-P1: “cuidarlos con alimentos que le puedan causar más diarrea, por ejemplo, hay alimentos digamos si está con diarrea y le damos una naranja o le damos lácteos no va a ayudar para que el niño sano.”
				YF-P4 “darles alimentos suaves para no hacerles daño uno mismo dándoles alimentos que no sean buenos.”
				LA-P6 “no saturarlos de comidas, no saturarlo de cosas que le estén pesando el

				estomaguito sino hidratarlo”
				EM-P2: “Para el tratamiento en casa de lo que me acuerdo es que también podemos preparar suero casero y ese se lo administramos a los niños en una dosis que toleren, no se les puede dar ni demasiado arto ni demasiado poquito.”
				EM-P2 “también darles alimentos como para hidratarlos no darles ni jugos de caja, ni de botellas ni nada de productos industrializados porque les agrava la diarrea”
				DF-P3: “para la medicina en casa ya es tenerlos y darles un suero o líquidos eso es lo más importante si ya están deshidratados y mantenerlos solo con líquidos y no suspender los alimentos, pero no darle cosas que les afecten más, sino cosas que los mejoren y no los afecten.”
				YF-P4: “estarlos hidratando, el suero casero”
				LA-P6: “si sigue con diarrea, darles los medicamentos y

				tenerlo bien hidratado con el suero casero,”
				DF-P3 “También precaución, el lavado de manos, cuando sean bebés y utilicen el pañal toca uno también lavarse las manos porque pueda que lo del pañal si no se lava bien puede quedarse en las uñas y uno al comer algo y se termina infectando y también al bebé”
				YC-P5 “En mi caso el lavado de manos es a cada rato”
				CT-P1 “Para prevenir la diarrea tenemos el lavado después de ir al baño, el lavado de manos”
				EM-P2: “También en la prevención es bueno desde pequeños a nuestros niños enseñarles los buenos hábitos de higiene que se limpien bien y que siempre se laven las manos después de ir al baño, antes de consumir los alimentos, después que llegan de la escuela”
				DF-P3 “para prevenir la diarrea, bueno, lo
		Lavado de manos	Técnica que emplean los padres y cuidadores consiste en un frote de las superficies de las manos comúnmente con jabón convencional	

				primordial es el lavado de manos”
				YF-P4: “Prevención de diarrea seria la desinfección, el lavado de manos, una buena higiene”
				YC-P5: Prevención: “El lavado de manos, después de ir al baño lavarse las manos”
				CT-P1: “También enseñarles a los niños a lavarse las manos y a estar pendientes de estar haciendo el lavado de manos e higiene en general”
		Higiene e inocuidad de alimentos	Conjunto de condiciones y medidas sanitarias para preservar adecuadamente los alimentos.	DF-P3” La importancia del lavado de frutas, cocción de verduras tiene que ser bien”
				EM-P2 “hay que lavar los alimentos y prepararlos muy bien” “mantener buen aseo entre los utensilios de cocina y de nuestras manos cuando preparamos los alimentos”
				CT-P1: “para prevenir también esta asear las partes dónde estamos y donde preparamos los alimentos”

				EM-P2: “Para prevenir la diarrea lo de comprar frutas y verduras siempre teniendo en cuenta la calidad siempre que estén en buen estado que no se vean de pronto con indicios de que se van a dañar porque esto también contrae muchas enfermedades.”
				DF-P3 “para prevenir esta el consumo de frutas lavadas, también desinfectar o bueno pues los utensilios de cocina, toca lavarlos, lavar las cucharas y todos los utensilios que se utilicen hay que tenerlos limpios, desinfectados y eso.
				YC-P5: Prevención EDA “La desinfección de los alimentos”
				LA-P6: Prevención EDA “una buena preparación de los alimentos, todo eso”
		Higiene de juguetes	Actividades de limpieza o aseo de los juguetes para prevenir enfermedades	DF-P3 “otra forma de prevenir es los juguetes desinfectarlos y lavarlos, tenerlos limpios”
				LA-P6: Prevención EDA: “Desinfección de juguetes por los

				chiquitos toca llevar un buen aseo”
				LA-P6: “Aprendimos la dosis exacta para desinfectar los juguetes de los niños, todo eso.”
		Higiene personal	Actividades de limpieza o aseo de personal para prevenir enfermedades	CT-P1: “en si la desinfección de todo lo que les enseñemos a nuestros hijos, digamos desde los padres a nuestros hijos enseñarles esa buena higiene desde el aseo personal”
		Higiene del hogar	Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de evitar enfermedades prevenibles	YC-P5: Prevención EDA: “tener aseado en el hogar”
				LA-P6: Prevención EDA: “El aseo del hogar”
				EM-P2: “También tener un buen aseo en aparte del hogar no solo en la cocina sino en el hogar en general, también tener bien limpios los baños, desinfectados jabón para lavado de manos, mantener toallas limpias en caso de no haber toallas desechables para después del lavado de manos”
				LA-P6: “Aprendimos la dosis exacta para desinfectar los

		Adecuada disposición de basuras	Conjunto de conocimientos y aprendizajes sobre actividades que las personas realizan para disponer adecuadamente de las basuras	utensilios de cocina, todo eso.”
				EM-P2 “buen manejo de los residuos sólidos, orgánicos e inorgánicos en la casa”
				CT-P1 “El manejo de las basuras, lo que decimos también en eso es tener en unos recipientes por ejemplo aquí en Potosí pasa la volqueta recolectora; los lunes inorgánicos y los jueves orgánicos y pues para que no haya roedores, por las basuras se entran los roedores y estos pueden contaminar.”
				YC-P5 Prevención “La separación de las basuras”
				EM-P2: “Hacer buen manejo de basuras, aprender a separar los residuos orgánicos con inorgánicos porque el municipio también ya implemento esta medida”
				EM-P2: “buen manejo de toda la parte de basuras, va encaminado en todo lo que ya hemos hablado”
				CT-P1: “y en si más la parte de basuras teniendo

				en un lugar adecuado para que no entren los roedores porque eso es lo que infecta.”
				DF-P3: “Sería lo que es de las basuras hay que tener en cuenta hacer lo que es orgánico y lo que es inorgánico y también lo que es reutilizables, nosotros por lo menos lo que es orgánico como verificaron ustedes nosotros lo mandamos hacia una huerta lo orgánico, ya lo inorgánico va al carro recolector de basura. Aunque lo reutilizables casi no lo juntamos porque los señores que recolectan no pasan por dónde nosotros vivimos entonces a veces se los llama y ellos no van el día que se les dice entonces lo botamos”
				YF-P4: “En el buen manejo de basuras lo orgánico, inorgánicos, lo que se puede reutilizar se separa”

				YC-P5 “El aseo, en mi caso el manejo de basuras es igual que ellas lo orgánico a las plantas, lo de papel siempre va a comprar un señor chatarra entonces se lo damos al señor, lo demás de plástico hay un depósito. Algunas cosas se queman, el lavado de manos y eso”
				LA-P6:” En si el manejo de las basuras, reciclar bien, sacarla casi cerca a la hora que pasa el camión recolector porque hay perritos alrededor que arrancan las bolsas y hacen un reguero, sacar bien las basuras”
				EM-P2 “Hervir el agua hacer buen uso”
				EM-P2 “También otra forma de prevención es hervir bien el agua así sea que el agua del casco urbano sea potable, pero pues no lo es del todo, de todas formas, hay que hervirla y hacer el tratamiento debido antes de consumirla”
				DF-P3: Prevención “el agua hervirla,
			Tratamiento del agua	Procedimiento mediante el cual se potabiliza el agua para volverla apta para el consumo humano

				nosotros como trabajamos lo del filtro también filtrarla o comprar el bote de agua”
				YF-P4: Prevención “El agua potable o filtrarla o hervirla bien”
				EM-P2: “Aprendimos como hacer un filtro casero”
		Adecuada disposición de excretas	Conjunto de acciones que realizan los padres para disponer adecuadamente de las deposiciones orgánicas humanas y de animales para evitar la contaminación y propagación de Enfermedades	CT-P1 “Para prevenir tenemos las letrinas según dónde nos encontremos si es en la parte urbana o rural, en el caso de los que vivimos en la parte urbana tener un baño, tenemos que tener la respectiva desinfección”
		Automedicación	Utilización de medicamentos para sí mismo, sin prescripción médica	YC- P5 “No se debe auto medicarlos eso aprendí porque cuando se enfermaba lo llevaba a la droguería o a la farmacia y ahora no”
				YC-P5 “Bueno lo otro que se aprende es no auto medicarlos”
PRACTICAS	Conjunto de Actividades, acciones y medidas personales adoptadas por los padres y	Automedicación	Utilización de medicamentos para sí mismo, sin prescripción médica	CT-P1:” lo que en si aprendí es con mi hija es que si hace deposiciones líquidas antes iba a la droguería y le

	cuidadores de niños menores de 5 años que disminuyen o incrementan la probabilidad de que la persona pueda enfermar por EDA			compraba una pasta o le daba un agua de canela”
				EM-P2: “En mi caso también es lo de automedicación, yo siempre que se me enfermaba el niño que ahora ya tiene 7 años era corre a la Droguería a cómprale algo, o a preguntarle a alguna promotora que le puedo dar o también a alguna madre de familia preguntarle que le hizo bien a su niño y después darle.”
				YC-P5: “personalmente lo mío también era la automedicación, pero ahora siempre lo llevo particular, porque en el centro de salud no lo atienden bien por eso si acaso tiene dos asistencias. Y es que una vez el auto mediqué y le hizo muy mal, de eso no volví a hacerlo”
		Medicina tradicional (espanto)	Conjunto de conocimientos y prácticas basadas en creencias y experiencias de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así	CT-P1:” lo que en si aprendí es con mi hija es que si hace deposiciones líquidas antes iba a la droguería y le compraba una pasta o le daba un agua de canela o vamos a hacerla curar de espanto”

			como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades	después de la estrategia nos explicaron que hacíamos algo de daño porque si lo llevamos a curar le dan un poco de menjurjes pues digamos habrá casos que sí, pero hasta eso tiempo han pasado dos tres días que nuestros hijos están deshidratados luego vamos por urgencias, le canalizan” DF -P3: “Acá también se lleva la creencia que apenas se está enfermo de una es espanto, pero a veces cuando tiene fiebre, diarrea y vómito y se los siente que lloran en la noche pues si esta espantado, pero cuando solo tiene la diarrea si hay que llevarlo al médico. Uno siempre se ha llevado esas creencias”
		Adecuada disposición de basuras.	Conjunto de conocimientos y aprendizajes sobre actividades que las personas realizan para disponer adecuadamente de las basuras	EM-P2: “Así también lo del manejo de las basuras, antes de la estrategia la basura la colocaba toda en una bolsa, después de la estrategia empecé a aplicar

				la separación de residuos”
				YF-P4: “...separación las basuras. Uno va aprendiendo con los niños porque uno piensa que quiere hacer algo diferente con los niños”
		Higiene e inocuidad de los alimentos	Conjunto de condiciones y medidas sanitarias para preservar adecuadamente los alimentos.	YF-P4: “También hemos aprendido a lavar muy bien las frutas y verduras, tanto en mi trabajo como en mi casa. Hervir bien los alimentos”
		Lavado de manos	Técnica que emplean los padres y cuidadores consiste en un frote de las superficies de las manos comúnmente con jabón convencional	CT-P1: “ Mas en mi caso como ustedes observaron el día que fueron, el jabón que tiene ella es aparte y siempre se le recomienda el lavado de manos, porque en mi casa una parte es en cerámica y otra es en cemento, y ella se coloca a jugar y después llega a comer y siempre se le dice que se lave las manos, porque los niños todo cogen con las manos para comer, por lo menos la mía, coge las papas fritas, toda la comida mejor dicho, por eso siempre le he

				dicho que se lave las manos, y le tenido su jabón líquido y su toalla para que se lave las manos, y ahora con lo del COVID más. Pero desde antes de la pandemia le he reforzado eso, la toalla le tengo aparte y las manos, y es que los niños son bien inquietos, pues eso es lo que he implementado más que todo”
				EM-P2: “De mi parte también lo del aseo, también el lavado de manos en los niños. Y con los niños es bien difícil porque no les gusta, pero lo que más he implementado es el lavado de manos con los niños”
				DF-P3: “Nosotros todo lo que nos recomendaron lo hemos realizado, el lavado de manos, ahora por el COVID mucho más, pero de lo demás hemos implementado todo”
				YF-P4: “En mi caso, es bien difícil el lavado de manos con mi niña, con ella es bien difícil, porque para ella todo es

				recreación, así que aún estamos implementado”
				YC-P5:” En mi casa hay mucho espacio verde porque es en vereda, por eso se le recomienda mucho el lavado de manos, pero siempre hay que repetirlo y estarle diciendo”
				LA-P6: “... lavado de manos, tanto con el niño pequeño como el grande”
		Higiene de Juguetes	Actividades de limpieza o aseo de los juguetes para prevenir enfermedades	LA-P6: “Desinfección de los juguetes, como siempre el niño se lleva todo a la boca, por eso le desinfecto...”
		Replica de aprendizajes con miembros de la familia	Actividades de enseñanza que realizan los padres y cuidadores a partir de los aprendizajes aprendidos a sus familias.	CT-P1: “En mi caso, mi cuñada que tiene la niña que estaba en el hogar, después de la estrategia le he dicho todo lo que ustedes nos enseñaron, lo de la automedicación, y lo de separación de residuos. Cuando también llega mi familia se ha compartido con ellos la información”
				EM-P2: “En mi caso, también con las personas que viven en mi casa, con mi esposo y con mi hermano, las

				recomendaciones , el lavado de manos más que todo, por él bebe y todo, porque cuando quieren saludarlo al bebe o quieren cargarlo se deben lavar las manos o desinfectarlas también”
				DF-P3: “Acá se le ha enseñado al papa de la nena porque como usted dice el a veces coge una fruta y no la lava y se la da a la nena, y ahí se le hace las recomendaciones porque los hombres son más despreocupados”
				YF-P4: “Acá también las recomendaciones para mi mama y mi abuelo que es con quienes vivimos, con mi abuelito por ejemplo que hay que tener más cuidados, porque mi mama también todo es la automedicación para mi abuelito, entonces se les hace recomendaciones . Así también el lavado de manos. y de igual manera mi mama nos ha ayudado a implementar las

				diferentes practicas a todos.”
				YC-P5: “Acá también con el papá del niño, más que todo el lavado de manos y ahora en la pandemia más. “
				LA-P6: “Acá también con el Papá del nene, con los abuelos, el lavado de manos, si les van a dar algo, que los laven”
METODOLOGIA PHAST	Percepciones de padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI, sobre la metodología PHAST frente a aspectos positivos, por mejorar y contribuciones para el nuevo desarrollo de una estrategia	Percepciones sobre aspectos positivos de la estrategia	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre aspectos positivos frente a la ejecución de la estrategia PHAST	CT-P1: "Aspectos positivos que ustedes decidieron hacer ese proyecto y escogieron al CDI, Para poder realizarlo, otro el conocimiento que nos brindaron ustedes como profesionales, porque el conocimiento que nosotros tenemos es básico, entonces es importante lo que ustedes nos compartieron"
				EM-P2: "Gracias a ustedes que nos escogieron para implementar la estrategia porque nos enseñaron mucho, porque el haber aprendido muchas cosas

			nuevas con nuestras familias es algo muy bueno, por eso es importante y darles las gracias por haberla aplicado”
			DF-P3: “Acá lo que nos dejó como enseñanza y lo nuevo que se aprendió porque había muchas cositas que uno no la sabia no las practicaba”
			YF-P4: “Seguimos reforzando más las cosas de lo que no estaba bien aprendimos cosas nuevas para que mejoraran en nuestra vida”
			YC-P5: “La estrategia que ustedes utilizaron es muy buena porque como la enseñaron ustedes sirve mucho porque uno aprende, en cambio hay otras personas que llegan con diapositivas y uno no aprende”
		Percepciones sobre aspectos por mejorar sobre la estrategia	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre aspectos que no les gustó o que se debería mejorar frente a la ejecución de la CT-P1: “A mí me gusta todo, de pronto más tiempo” EM-P2: “Me hubiese gustado que la estrategia durara un poco más, para que pudiéramos

			estrategia PHAST	aprender un poco más”
				DF-P3 “A mí me gusto todo”
				YF-P4: “A mí me gusto todo, todo perfecto. Más tiempo nos gustaría para aprender más cosas, para reforzar”
				YC-P5: “La estrategia es muy buena uno aprende más con la práctica”
		Percepciones sobre la participación de padres y cuidadores durante la estrategia	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre la participación durante la ejecución de la estrategia PHAST	CT-P1: “Estuvieron dando la teoría y también hacíamos la práctica, hacíamos los grupos de trabajo, todos participábamos contábamos nuestras experiencias”
				EM-P2 “La experiencia fue participativa porque todos compartíamos con experiencias. De lo que nos había pasado”
				DF-P3: “Todos compartimos con los demás y así dimos a conocer todo lo que más sabían y lo que nosotros sabíamos lo dimos a conocer”
				YF-P4: “Todos participábamos, nadie se quedaba cayado, todos compartíamos e

				íbamos reforzando lo que estaba mal
				LA-P6: “Todos participábamos, compartíamos conocimientos nuevos”
				CT-P1: “Creo que no quedaron dudas, porque uno las despejaba con los compañeros o con ustedes que siempre las respondía, por eso inquietudes no quedaron”
				EM-P2: “En cuanto a eso, nosotros en parte considero que, si fue muy bueno y cuando teníamos alguna duda, le preguntábamos a ustedes y tratábamos también de resolverlas entre todos los participantes”
				DF-P3: “Si con las participaciones uno las fue resolviendo. De pronto si se presentaba algo también lo preguntábamos con los médicos, profesores o con mi mama”
				YF-P4: “Si fueron resueltas las dudas, les preguntábamos a ustedes”
		Percepciones sobre la resolución de dudas presentadas por padres y cuidadores durante la ejecución de la estrategia PHAST	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre la resolución de dudas claramente durante la ejecución de la estrategia PHAST	YC-P5: “Si en la estrategia ustedes

				nos resolvían las dudas”
		Aportes de Padres y cuidadores para diseño de una estrategia de EDA	Contribuciones que tienen los padres y cuidadores para el diseño de una estrategia encaminada para prevenir Diarrea	CT-P1: Los niños pequeños son más obedientes, pero cuando son escolares se vuelven desobedientes, por eso sería importante implementarla con los niños
				EM-P2: “Implementar la estrategia con los niños en edad escolar. Nos gustaría que se haga en el CDI con los padres de familia y después con los niños”
				YF- P4: “Adaptada a los niños”
				YC-P5 “Con los niños”
		Percepciones sobre el lenguaje utilizado durante la ejecución de la estrategia PHAST	Interpretaciones que tienen los padres y cuidadores sobre si el lenguaje utilizado fue claro y apropiado de acuerdo con las condiciones de su contexto durante la ejecución de la estrategia PHAST	EM- P2: “Nos hablaban con nuestras propias palabras en nuestro dialecto. Entendíamos lo que nos explicaban”
		Propuestas de Padres y cuidadores para ejecución de una estrategia de EDA en términos	Contribuciones que tienen los padres y cuidadores para la ejecución de una estrategia encaminada	CT-P1: “Horarios de la tarde y trabajarla con los papas. Sería bueno con las familias, porque los papas son

		de tiempo, lugar, actividades etc.	para prevenir Diarrea en términos de tiempo, lugar, actividades etc.	bien despreocupados. Hacer un día de campo, por ejemplo, estamos hablando del agua, entonces ir a las fuentes del agua y que allá nos expliquen de donde salen. Que la evaluación sea práctica, mirando cómo se aplica la estrategia. Con los Adultos mayores es más difícil.” EM-P2 “Horarios de la tarde, y con los papas, que en el grupo vayan los papas y así mismo que se desarrolle la estrategia en el grupo” “También se haga en las casas de los compañeros que sea vivencial, que se vaya casa a casa, es decir una estrategia familiar con sesiones de 1 o dos veces por semana unos dos meses” YF-P4“Incluir un día de campo en el CDI para que ustedes puedan mirar como nosotros nos comportamos con los niños, para mirar la practica como se la hace”
--	--	------------------------------------	--	--

				YC-P5: “Enfocarse en los grupos familiares, también en la parte del adulto mayor, Porque ellos también tienen riesgo de contraer enfermedad Diarreica aguda” DF- P3 “las tardes”
--	--	--	--	--

Anexo I. Validez de contenido: juicio de expertos formato para presentar resultados

El puntaje promedio que dieron los expertos sobre las preguntas en una escala de 0 a 3 fueron:

CLARIDAD	PERTINENCIA
2,95	2,94

CLARIDAD

CLARIDAD																			
JUEZ/ EXPE RTO	ITEM	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL , GENE RAL
1	CLARI DAD	3, 0	2, 8	3, 0	2, 6	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	2, 8	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	2,95
2	CLARI DAD	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	3, 0	2, 9	2, 8	3, 0	2, 9	2, 8	2, 9	3, 0	2,91
3	CLARI DAD	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3,00
TOTAL		2, 97	2, 90	2, 97	2, 83	2, 97	2, 97	2, 97	2, 97	2, 97	3, 00	2, 97	2, 93	2, 93	2, 97	2, 93	2, 97	3, 00	2,95

PERTINENCIA

PERTINENCIA																			
JUEZ/ EXPE RTO	ITEM	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTA L, GENE RAL
1	PERTINE NCIA	3, 0	3, 0	3, 0	2, 5	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	3, 0	2, 5	2, 5	3, 0	3, 0	3, 0	2,91
2	PERTINE NCIA	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	2, 9	3, 0	2, 9	2, 8	3, 0	2, 9	2, 8	2, 9	3, 0	2,91

3	PERTINENCIA	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,00
TOTAL		2,97	2,97	2,97	2,80	2,97	2,97	2,97	2,97	2,97	3,00	2,97	2,93	2,83	2,80	2,93	2,97	3,00	2,94

Anexo J. Validez de contenido

(JUICIO DE EXPERTOS)

La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de juicio de expertos: Un Médico pediatra y dos enfermeras especialistas que cuentan con amplia experiencia en el campo administrativo y comunitario enfocado en salud infantil.

El instrumento estuvo definido por dos criterios:

- A.** Criterio de claridad: por claridad se entenderá que el ítem sea comprensible para las madres, y, por lo tanto, que sea muy probable que respondan a él entendiendo correctamente el sentido de lo que dice.
- B.** Criterio de pertinencia: Correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado

Para la evaluación de los ítems en los criterios de CLARIDAD, PERTINENCIA se tuvo en cuenta la calificación mínima a cada ítem es 0 y la máxima es 3. De acuerdo a estas puntuaciones el equipo de investigación decidirá a partir de los siguientes criterios la selección de ítems:

- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 0 y 2.5 SE RECHAZA y se planteará una nueva propuesta de adaptación a partir de las observaciones de los jueces.
- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 2.6 y 3 SE ACEPTA y se integra a la escala.

EVALUACIÓN DE LA VALIDACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO:

REALIZADO POR: LEIDY CAROLINA RUANO- JESSIKA ANDREA MORALES

Datos del juez:

Nombre: EDUARDO RODRIGUEZ JURADO

Profesión: MEDICO PEDIATRA

Cargo que ocupa: MEDICO PEDIATRA

Institución: HOSPITAL CIVIL DE IPIALES

Respetado juez, le agradecemos leer la siguiente descripción de las características generales del instrumento y las instrucciones antes de comenzar el proceso de evaluación de la adaptación/construcción de los ítems.

1. Características generales del instrumento:

Población a la que se aplicará: La población universo está conformada por 140 madres de niños menores de 5 años asistentes al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.

Finalidad del instrumento: Identificar características sociodemográficas / ambientales y los conocimientos y prácticas sobre sobre la prevención de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Plan de prueba y formato del instrumento:

Instrucciones para la calificación de los ítems

Definición del criterio y proceso de evaluación:

A. Criterio de claridad: por claridad se entenderá que el ítem sea comprensible para las madres, y, por lo tanto, que sea muy probable que respondan a él entendiendo correctamente el sentido de lo que dice.

B. Criterio de pertinencia: Correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado

Para la evaluación de los ítems en los criterios de CLARIDAD, PERTINENCIA tenga en cuenta que la calificación mínima que puede asignar a cada ítem es 0 y la máxima es 3. De acuerdo a estas puntuaciones el equipo de investigación decidirá a partir de los siguientes criterios la selección de ítems:

- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 0 y 2.5 SE RECHAZA y se planteará una nueva propuesta de adaptación a partir de las observaciones de los jueces.
- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 2.6 y 3 SE ACEPTA y se integra a la escala.

C. Observaciones: Escriba en este apartado aquellas sugerencias que considere pertinentes. Los aportes que usted haga son de especial importancia; si lo considera necesario utilice hojas adicionales.

A. Formato para construcción.

Ítems del instrumento _____

Dimensiones del instrumento	Ítems	Evaluación de adaptación ítems		Observaciones
		Claridad	Pertinencia	
FACTORES ECONÓMICOS Y AMBIENTALES	1. Por favor señale el rango de edad al que pertenece: a. Menos de 18 años b. Entre 18 y 28 años c. Entre 29 y 38 años d. Entre 39 y 48 años e. Entre 49 y 58 años f. Entre 59 y 68 años g. Más de 68 años	3	3	
	2. Por favor indique su lugar de procedencia a. Zona rural b. Zona urbana	3	3	
	3. Por favor señale su nivel educativo a. Sin Formación académica b. Educación primaria incompleta c. Educación primaria completa d. Educación secundaria incompleta e. Educación secundaria completa f. Educación Técnica g. Educación superior pregrado h. Educación superior posgrado	3	3	
	4. Por favor señale su estrato social a. Estrato 1 b. Estrato 2 c. Estrato 3	3	3	

FACTORES AMBIENTALES Y SANITARIOS	d. Estrato 4 e. Estrato 5 f. Estrato 6			
	5. Por favor señale su ocupación a. Ama de casa b. Empleado c. Independiente d. Estudiante e. Desempleado	2.5	2.5	Se sugiere reemplazar la pregunta respecto a la situación laboral para que tenga concordancia con el ítem.
	6. Por favor señale su nivel de ingresos a. Menos de 1 SMMLV b. Entre 1 y 3 SMMLV c. Entre 4 y 6 SMMLV d. Entre 7 y 9 SMMLV e. Más de 9 SMMLV	3	3	
	7. El tipo de vivienda que habita es: a. Casa b. Apartamento c. Cuarto d. Otro, ¿Cuál?	2.8	3	Se sugiere cambiar cuarto por habitación
	8. En su vivienda cuenta con un servicio sanitario a. Inodoro conectado al alcantarillado b. Inodoro conectado a pozo séptico c. Inodoro sin conexión d. Letrina construida técnicamente e. Foso f. No tiene servicio sanitario	2.5	2.5	El contexto de la pregunta se presta para que la respuesta sea únicamente afirmativa o negativa por lo que no se evaluaría correctamente el ítem.
	9. El servicio sanitario de su vivienda es de uso a. Compartido con personas de otros hogares b. Exclusivo de las personas del hogar c. No tiene servicio sanitario	3	3	
	10. El agua que consume en su vivienda es obtenida de: a. Acueducto b. Pozo con bomba o sin bomba, jagüey, aljibe c. Agua lluvia d. Pila pública e. Río, quebrada, manantial, nacimiento f. Agua embotellada o en bolsa	3	3	

	11. En su vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos a. Si b. No	3	3	
CONOCIMIENTOS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	12. Usted considera que su niño tiene diarrea cuando presenta: a. Más de 3 deposiciones líquidas al día. b. Una Deposición líquida en el día c. No tengo conocimiento	3	3	
	13. ¿Por qué se produce la diarrea? a. Por alimentar al niño en horas no adecuadas b. Por Virus, Bacterias, Parásitos y Hongos c. No tengo conocimiento	2.8	3	Se sugiere cambiar la redacción a porque considera que se produce la diarrea.
	14. Cuando hablamos de prevención de Enfermedad Diarreica aguda, hacemos referencia a: a. Acciones y prácticas que tratan de evitar la aparición de EDA, a través de la adopción de hábitos y estilos de vida saludable. b. Acciones que fomentan el buen trato en el hogar. c. No tengo conocimiento	3	3	
	15. ¿Cree usted que la preparación de alimentos inadecuada sin un correcto lavado de manos, ni una correcta higiene puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad diarreica aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	2.6	2.5	Se sugiere cambiar la redacción de la pregunta en términos de claridad para que así mismo la pertinencia del ítem evaluado sea más específica.
	16. ¿Cree usted que la presencia de ratas e insectos en la vivienda puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo Conocimiento	3	3	
	17. ¿Cree que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de riesgo para la aparición de Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	3	3	

PRACTICAS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	18. La Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la Enfermedad Diarreica Aguda a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo conocimiento	3	3	
	19. ¿El lavado de manos frecuente con agua y jabón de los niños y sus cuidadores, contribuye a que se presenten menos diarreas? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	3	3	
	20. ¿Cree que suministrar Sales de Rehidratación Oral (suero) a un niño con Diarrea ayuda a prevenir la Deshidratación? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	3	3	
	21. ¿Usted brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a su hijo? a. Totalmente b. Parcialmente c. No lo realizó	3	3	
	22. ¿Usted realiza prácticas comunes de higiene como el lavado continuo de manos y lavado de los alimentos antes de la preparación como medida para prevenir la enfermedad diarreica aguda en sus hijos? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	3	3	
	23. ¿Usted incluye en la alimentación de su hijo menor de 5 años alimentos que contengan vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	3	3	
	24. ¿Usted ha cumplido de forma completa con el esquema de vacunación de su hijo, incluyendo la vacuna contra rotavirus? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	2.8	2.5	Se sugiere modificar las opciones de las respuestas para dar mayor especificidad al ítem

25. ¿Usted hierve el agua antes de consumirla u ofrecerla a su niño? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	3	2.5	Se sugiere modificar las opciones de las respuestas para dar mayor especificidad al ítem
26. Su niño menor de 5 años ¿ha tenido episodios de enfermedad diarreica aguda - EDA? Si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta 27 y 28 a. Si b. No	3	3	
27. ¿Cómo manejó el proceso de alimentación de su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Al niño se le brindo mayor cantidad de alimentos y líquidos b. Al niño se le brindo bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados c. Al niño se le suspendió la alimentación d. Otro tipo de manejo. ¿Cuál?	3	3	
28. ¿Qué líquidos suministró a su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Bebidas energizantes y gaseosas b. Sales de rehidratación oral c. jugos de frutas preparados industrialmente (de caja, botella o en polvo de cualquier marca) d. Otro tipo de líquido ¿Cuál?	3	3	

Fecha: 30/04/2019
 Firma: 
 CC. 10529731
 Hospital Civil de Iquitos
 Eduardo Rodríguez
 PEDIATRA
 Cod. 022 P. 111

OBSERVACION:

Se considera que la redacción de las preguntas son acordes a la dimensión evaluada, sin embargo en aquellas en las cuales las opciones son "totalmente, parcialmente" se sugiere con fines de claridad y pertinencia, reemplazar a opciones como "de acuerdo" o "desacuerdo" para dar especificidad a la respuesta formulada.

EVALUACIÓN DE LA VALIDACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO:

REALIZADO POR: LEIDY CAROLINA RUANO- JESSIKA ANDREA MORALES

Datos del juez:

Nombre: Luz Ampelo Mueses Santomero.
Profesión: Enfermera.
Cargo que ocupa: P.U. primera infancia
Institución: Muldomos EPS-1.

Respetado juez, le agradecemos leer la siguiente descripción de las características generales del instrumento y las instrucciones antes de comenzar el proceso de evaluación de la adaptación/construcción de los ítems.

1. Características generales del instrumento:

Población a la que se aplicará: La población universo está conformada por 140 madres de niños menores de 5 años asistentes al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.

Finalidad del instrumento: Identificar características sociodemográficas / ambientales y los conocimientos y prácticas sobre sobre la prevención de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Plan de prueba y formato del instrumento:

Instrucciones para la calificación de los ítems

Definición del criterio y proceso de evaluación:

A. Criterio de claridad: por claridad se entenderá que el ítem sea comprensible para las madres, y, por lo tanto, que sea muy probable que respondan a él entendiendo correctamente el sentido de lo que dice.

B. Criterio de pertinencia: Correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado

Para la evaluación de los ítems en los criterios de CLARIDAD, PERTINENCIA tenga en cuenta que la calificación mínima que puede asignar a cada ítem es 0 y la máxima es 3. De acuerdo a estas puntuaciones el equipo de investigación decidirá a partir de los siguientes criterios la selección de ítems:

- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 0 y 2.5 SE RECHAZA y se planteará una nueva propuesta de adaptación a partir de las observaciones de los jueces.
- ☐ Ítem adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 2.6 y 3 SE ACEPTA y se integra a la escala.

C. Observaciones: Escriba en este apartado aquellas sugerencias que considere pertinentes. Los aportes que usted haga son de especial importancia; si lo considera necesario utilice hojas adicionales.

A. Formato para construcción.

Ítems del instrumento _____

Dimensiones del instrumento	Ítems	Evaluación de adaptación ítems		Observaciones
		Claridad	Pertinencia	
	1. Por favor señale el rango de edad al que pertenece: a. Menos de 18 años b. Entre 18 y 28 años c. Entre 29 y 38 años d. Entre 39 y 48 años e. Entre 49 y 58 años f. Entre 59 y 68 años g. Más de 68 años	2.8	2.8	
	2. Por favor indique su lugar de procedencia a. Zona rural b. Zona urbana	2.8	2.8	
	3. Por favor señale su nivel educativo a. Sin Formación académica b. Educación primaria incompleta c. Educación primaria completa d. Educación secundaria incompleta e. Educación secundaria completa f. Educación Técnica g. Educación superior pregrado h. Educación superior posgrado	2.6	2.6	Señalando bien clarificar el pequeño grupo ya que comunidad no puede tener como la comunidad
	4. Por favor señale su estrato social a. Estrato 1 b. Estrato 2 c. Estrato 3	2.9	2.9	

FACTORES AMBIENTALES Y SANITARIOS	d. Estrato 4 e. Estrato 5 f. Estrato 6			
	5. Por favor señale su ocupación a. Ama de casa b. Empleado c. Independiente d. Estudiante e. Desempleado	2.9	2.9	
	6. Por favor señale su nivel de ingresos a. Menos de 1 SMMLV b. Entre 1 y 3 SMMLV c. Entre 4 y 6 SMMLV d. Entre 7 y 9 SMMLV e. Más de 9 SMMLV	2.8	2.8	
	7. El tipo de vivienda que habita es: a. Casa b. Apartamento c. Cuarto d. Otro, ¿Cuál?	2.9	2.9	
	8. En su vivienda cuenta con un servicio sanitario a. Inodoro conectado al alcantarillado b. Inodoro conectado a pozo séptico c. Inodoro sin conexión d. Letrina construida técnicamente e. Foso f. No tiene servicio sanitario	2.9	2.9	
	9. El servicio sanitario de su vivienda es de uso a. Compartido con personas de otros hogares b. Exclusivo de las personas del hogar c. No tiene servicio sanitario	2.9	2.9	
	10. El agua que consume en su vivienda es obtenida de: a. Acueducto b. Pozo con bomba o sin bomba, jagüey, aljibe c. Agua lluvia d. Pila pública e. Río, quebrada, manantial, nacimiento f. Agua embotellada o en bolsa	2.9	2.9	
	11. En su vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos a. Si	2.9	2.9	

CONOCIMIENTOS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	b. No			
	12. Usted considera que su niño tiene diarrea cuando presenta: a. Más de 3 deposiciones líquidas al día. b. Una Deposición líquida en el día c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	
	13. ¿Por qué se produce la diarrea? a. Por alimentar al niño en horas no adecuadas b. Por Virus, Bacterias, Parásitos y Hongos c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	
	14. Cuando hablamos de prevención de Enfermedad Diarreica aguda, hacemos referencia a: a. Acciones y prácticas que tratan de evitar la aparición de EDA, a través de la adopción de hábitos y estilos de vida saludable. b. Acciones que fomentan el buen trato en el hogar. c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	
	15. ¿Cree usted que la preparación de alimentos inadecuada sin un correcto lavado de manos, ni una correcta higiene puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad diarreica aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	
	16. ¿Cree usted que la presencia de ratas e insectos en la vivienda puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo Conocimiento	2.9	2.9	
	17. ¿Cree que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de riesgo para la aparición de Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	
	18. La Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la Enfermedad Diarreica Aguda a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo conocimiento	2.9	2.9	

PRACTICAS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	19. ¿El lavado de manos frecuente con agua y jabón de los niños y sus cuidadores, contribuye a que se presenten menos diarreas? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	2.9	2.9	
	20. ¿Cree que suministrar Sales de Rehidratación Oral (suero) a un niño con Diarrea ayuda a prevenir la Deshidratación? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	2.9	2.9	
	21. ¿Usted brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a su hijo? a. Totalmente b. Parcialmente c. No lo realizó	3.0	3.0	
	22. ¿Usted realiza prácticas comunes de higiene como el lavado continuo de manos y lavado de los alimentos antes de la preparación como medida para prevenir la enfermedad diarreica aguda en sus hijos? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	2.9	2.9	
	23. ¿Usted incluye en la alimentación de su hijo menor de 5 años alimentos que contengan vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	2.8	2.8	
	24. ¿Usted ha cumplido de forma completa con el esquema de vacunación de su hijo, incluyendo la vacuna contra rotavirus? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	3.0	3.0	
	25. ¿Usted hierva el agua antes de consumirla u ofrecerla a su niño? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	2.9	2.9	
	26. Su niño menor de 5 años ¿ha tenido episodios de enfermedad diarreica aguda - EDA? Si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta 27 y 28 a. Si	2.8	2.8	

	b. No			
	27. ¿Cómo manejó el proceso de alimentación de su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Al niño se le brindo mayor cantidad de alimentos y líquidos b. Al niño se le brindo bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados c. Al niño se le suspendió la alimentación d. Otro tipo de manejo, ¿Cuál?	2.9	2.9	
	28. ¿Qué líquidos suministró a su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Bebidas energizantes y gaseosas b. Sales de rehidratación oral c. jugos de frutas preparados industrialmente (de caja, botella o en polvo de cualquier marca) d. Otro tipo de líquido ¿Cuál?	3.0	3.0	

Fecha: 30-04-2019

Firma:

Chapdel

EVALUACIÓN DE LA VALIDACIÓN/CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO:

REALIZADO POR: LEIDY CAROLINA RUANO- JESSIKA ANDREA MORALES

Datos del juez:

Nombre: *Mery Yolanda Pelacios Pareda*
Profesión: *Enfermera*
Cargo que ocupa: *coordinadora Pic Municipio de Espiñales*
Institución: *Secretaría de Salud Municipal*

Respetado juez, le agradecemos leer la siguiente descripción de las características generales del instrumento y las instrucciones antes de comenzar el proceso de evaluación de la adaptación/construcción de los ítems.

1. Características generales del instrumento:

Población a la que se aplicará: La población universo está conformada por 140 madres de niños menores de 5 años asistentes al centro de desarrollo infantil del Municipio de Potosí.

Finalidad del instrumento: Identificar características sociodemográficas / ambientales y los conocimientos y prácticas sobre la prevención de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Plan de prueba y formato del instrumento:

Instrucciones para la calificación de los ítems

Definición del criterio y proceso de evaluación:

A. Criterio de claridad: por claridad se entenderá que el ítem sea comprensible para las madres, y, por lo tanto, que sea muy probable que respondan entendiendo correctamente el sentido de lo que dice.

B. Criterio de pertinencia: Correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado

Para la evaluación de los ítems en los criterios de CLARIDAD, PERTINENCIA tenga en cuenta que la calificación mínima que puede asignar a cada ítem es 0 y la máxima es 3. De acuerdo a estas puntuaciones el equipo de investigación decidirá a partir de los siguientes criterios la selección de ítems:

- Item adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 0 y 2.5 SE RECHAZA y se planteará una nueva propuesta de adaptación a partir de las observaciones de los jueces.
- Item adaptado que obtenga una puntuación promedio entre 2.6 y 3 SE ACEPTA y se integra a la escala.

C. Observaciones. Escriba en este apartado aquellas sugerencias que considere pertinentes. Los aportes que usted haga son de especial importancia; si lo considera necesario utilice hojas adicionales.

A. Formato para construcción.

Items del instrumento _____

Dimensiones del instrumento	Items	Evaluación de adaptación items		Observaciones
		Claridad	Pertinencia	
	1. Por favor señale el rango de edad al que pertenece: a. Menos de 18 años b. Entre 18 y 28 años c. Entre 29 y 38 años d. Entre 39 y 48 años e. Entre 49 y 58 años f. Entre 59 y 68 años g. Más de 68 años	3	3	
	2. Por favor indique su lugar de procedencia a. Zona rural b. Zona urbana	3	3	
	3. Por favor señale su nivel educativo a. Sin Formación académica b. Educación primaria incompleta c. Educación primaria completa d. Educación secundaria incompleta e. Educación secundaria completa f. Educación Técnica g. Educación superior pregrado h. Educación superior posgrado	3	3	
	4. Por favor señale su estrato social a. Estrato 1 b. Estrato 2 c. Estrato 3	3	3	

FACTORES AMBIENTALES Y SANITARIOS	d. Estrato 4 e. Estrato 5 f. Estrato 6			
	5. Por favor señale su ocupación a. Ama de casa b. Empleado c. Independiente d. Estudiante e. Desempleado	3	3	
	6. Por favor señale su nivel de ingresos a. Menos de 1 SMMLV b. Entre 1 y 3 SMMLV c. Entre 4 y 6 SMMLV d. Entre 7 y 9 SMMLV e. Más de 9 SMMLV	3	3	
	7. El tipo de vivienda que habita es: a. Casa b. Apartamento c. Cuarto d. Otro ¿Cuál?	3	3	
	8. En su vivienda cuenta con un servicio sanitario a. Inodoro conectado al alcantarillado b. Inodoro conectado a pozo séptico c. Inodoro sin conexión d. Letrina construida técnicamente e. Foso f. No tiene servicio sanitario	3	3	
	9. El servicio sanitario de su vivienda es de uso a. Compartido con personas de otros hogares b. Exclusivo de las personas del hogar c. No tiene servicio sanitario	3	3	
	10. El agua que consume en su vivienda es obtenida de: a. Acueducto b. Pozo con bomba o sin bomba, jagüey, aljibe c. Agua lluvia d. Pila pública e. Río, quebrada, manantial, nacimiento f. Agua embotellada o en bolsa	3	3	
	11. En su vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos a. Si	3	3	

	b No			
CONOCIMIENTOS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	12. Usted considera que su niño tiene diarrea cuando presenta: a. Más de 3 deposiciones líquidas al día b. Una Deposición líquida en el día c. No tengo conocimiento	3	3	
	13. ¿Por qué se produce la diarrea? a. Por alimentar al niño en horas no adecuadas b. Por Virus, Bacterias, Parásitos y Hongos c. No tengo conocimiento	3	3	
	14. Cuando hablamos de prevención de Enfermedad Diarreica aguda, hacemos referencia a: a. Acciones y prácticas que tratan de evitar la aparición de EDA, a través de la adopción de hábitos y estilos de vida saludable. b. Acciones que fomentan el buen trato en el hogar. c. No tengo conocimiento	3	3	
	15. ¿Cree usted que la preparación de alimentos inadecuada sin un correcto lavado de manos, ni una correcta higiene puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad diarreica aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	3	3	
	16. ¿Cree usted que la presencia de ratas e insectos en la vivienda puede ocasionar que su niño padezca Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo Conocimiento	3	3	
	17. ¿Cree que la falta de higiene personal y de la vivienda puede ser un factor de riesgo para la aparición de Enfermedad Diarreica Aguda? a. Totalmente b. Parcialmente c. c. No tengo conocimiento	3	3	
	18. La Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses previene la aparición de la Enfermedad Diarreica Aguda a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo conocimiento	3	3	

PRACTICAS PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	19. ¿El lavado de manos frecuente con agua y jabón de los niños y sus cuidadores, contribuye a que se presenten menos diarreas? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	3	3	
	20. ¿Cree que suministrar Sales de Rehidratación Oral (suero) a un niño con Diarrea ayuda a prevenir la Deshidratación? a. Totalmente b. Parcialmente c. No tengo Conocimiento	3	3	
	21. ¿Usted brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a su hijo? a. Totalmente b. Parcialmente c. No lo realizó	3	3	
	22. ¿Usted realiza prácticas comunes de higiene como el lavado continuo de manos y lavado de los alimentos antes de la preparación como medida para prevenir la enfermedad diarreica aguda en sus hijos? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	3	3	
	23. ¿Usted incluye en la alimentación de su hijo menor de 5 años alimentos que contengan vitamina A tales como: leche, mantequilla, zanahoria, brócoli, coles, espinacas, melón, mango, ternera, pollo, pavo y pescado? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	3	3	
	24. ¿Usted ha cumplido de forma completa con el esquema de vacunación de su hijo, incluyendo la vacuna contra rotavirus? a. Totalmente b. Parcialmente c. No los incluye	3	3	
	25. ¿Usted hierve el agua antes de consumirla u ofrecerla a su niño? a. Totalmente b. Parcialmente c. No realiza este tipo de prácticas	3	3	
	26. Su niño menor de 5 años ¿ha tenido episodios de enfermedad diarreica aguda - EDA? Si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta 27 y 28 a. Si	3	3	

	b. No			
	27. ¿Cómo manejó el proceso de alimentación de su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Al niño se le brindo mayor cantidad de alimentos y líquidos b. Al niño se le brindo bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados c. Al niño se le suspendió la alimentación d. Otro tipo de manejo. ¿Cuál?	3	3	
	28. ¿Qué líquidos suministró a su niño mayor de 6 meses con presencia de enfermedad diarreica aguda (EDA)? a. Bebidas energizantes y gaseosas b. Sales de rehidratación oral c. jugos de frutas preparados industrialmente (de caja, botella o en polvo de cualquier marca) d. Otro tipo de líquido ¿Cuál?	3	3	

Fecha: Abril 30/2019

Firma: [Firma manuscrita]

Anexo K. Confiabilidad del instrumento

La muestra piloto estuvo conformada por 10 padres o cuidadores, esto se hizo con el propósito de determinar la confiabilidad del instrumento. El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron los siguientes

Estadísticos de fiabilidad

Conocimientos

El nivel de confiabilidad sobre el nivel de conocimientos en padres y cuidadores de los niños menores de cinco años de enfermedades diarreicas agudas es bueno según alfa de Cronbach:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,80	9

Practicas

El nivel de confiabilidad sobre el nivel de las prácticas en padres y cuidadores de los niños menores de cinco años de enfermedades diarreicas agudas es bueno según alfa de Cronbach:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,86	8

Anexo L. Formato guía de la técnica grupo focal de discusión

Formato grupo focal de discusión			
Fecha:	12 de noviembre 2022	Hora:	2:00PM
Lugar:	Potosí, Nariño Domicilio B/ Nazareth		
Participantes:	- Jessika Andrea Morales y Leidy Carolina Ruano (Estudiantes de maestría en salud pública) - Padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI "Mis primera huellitas" Municipio de Potosí		
Objetivo general de la Investigación			
Diseñar una estrategia de salud pública adaptada a las características del municipio de Potosí para la prevención de la Enfermedad diarreica aguda mediante el fortalecimiento de conocimientos y prácticas en padres y cuidadores.			
Objetivo general del grupo focal de discusión			
Reconocer los aprendizajes de la implementación de la estrategia de educación sanitaria PHAST realizada en el año 2019, con el fin de proponer lineamientos para la prevención de la EDA en el municipio de Potosí.			
Preguntas			
Categorías sobre reconocimiento de aprendizajes para la prevención de la EDA			
Las preguntas se han formulado en función de las categorías sobre el reconocimiento de aprendizajes para la prevención de EDA, las cuales se trabajarán a partir de la estrategia PHAST desarrollada anteriormente con el grupo, para lo cual se realizarán las siguientes preguntas:			
Conocimientos			
1. Actualmente y posterior a la aplicación de la estrategia ¿Qué conocimientos nuevos considera usted que adquirió sobre la enfermedad diarreica aguda en cuanto a su definición, causas, factores de riesgo? 2. ¿A partir el desarrollo de la estrategia, que conocimientos adquirió para prevenir la EDA en su hogar? 3. A partir del desarrollo de la estrategia ¿Qué conocimientos adquirió con respecto al saneamiento básico para la prevención de Enfermedad Diarreica aguda?			

4. ¿Qué Conocimientos adquirió posterior a la estrategia en lo referente al tratamiento de la enfermedad Diarreica aguda en el hogar y cuando acudir inmediatamente por urgencias? 5. ¿Qué otros conocimientos consideran ustedes que adquirieron durante el desarrollo de la estrategia? Practicas 6. Posterior al desarrollo de la estrategia, ¿Qué prácticas realizaba usted que considere que no eran las correctas para la prevención de enfermedad Diarreica Aguda? 7. ¿Qué prácticas implementó en su diario vivir a partir de las recomendaciones que se le brindaron para prevenir la enfermedad diarreica aguda? 8. Actualmente ¿Qué hábitos (prácticas) en su vida ha adoptado, que usted considere que contribuyen a prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda? 9. ¿De lo aprendido en el desarrollo de la estrategia, ha fomentado en sus familiares y amigos cambios que contribuyan a la prevención de la Enfermedad Diarreica aguda? ¿Puede Describirlos? Metodología: 10. De acuerdo a la estrategia trabajada con ustedes ¿Mencionen aspectos positivos que tiene la estrategia? 11. ¿Cuáles consideran ustedes son los aspectos en los que se debería mejorar en la ejecución de la estrategia? (Que no les gusto de la estrategia) 12. ¿Considera que la estrategia desarrollada, fue participativa? ¿Cómo evidencia esa participación? 13. ¿Considera que durante el desarrollo de la estrategia pudo resolver claramente sus dudas? ¿A quién acudía usted cuando tenía dudas en el desarrollo de la estrategia, frente a algún tema? 14. ¿Qué aportes consideran ustedes le pueden brindar al diseño de una estrategia para prevenir EDA? 15. ¿Durante el desarrollo de la estrategia, el lenguaje utilizado fue claro y apropiado de acuerdo a las condiciones de su contexto? 16. ¿Si se vuelve a desarrollar una estrategia para la prevención de EDA, como le gustaría que se trabaje la misma? (Que actividades se podrían desarrollar, con quien le gustaría trabajar, en qué lugar, en que horarios).	Metodología
Paso 1: Saludo inicial y presentación (15 minutos) Se realizará un encuentro de forma presencial con los padres y cuidadores de niños menores de 5 años asistentes al CDI del Municipio de Potosí, para el cual se adoptará protocolo de Bioseguridad para la prevención de COVID-19. En esta sesión se utilizará una dinámica rompehielos para la identificación de los participantes, se explicará la actividad, los objetivos, la dinámica del grupo y lo que se espera de la misma. Por otro lado, se procederá al diligenciamiento del consentimiento informado.	

Paso 2: Desarrollo del grupo focal de discusión (90 minutos)

Se explicará a los participantes la metodología a través de la cual se desarrollará la técnica grupo focal de discusión. Se informa que una vez termine la presentación, la orientadora se encargará de guiar la sesión de preguntas, de las cuales se pretende recibir la totalidad de la participación. Se comunica que el desarrollo de este grupo focal está basado en el marco de principios como el respeto, honestidad, proactividad y aceptación del otro.

Paso 3: Acuerdo y conclusiones (15 minutos)

Se propondrá un resumen de las opiniones de los participantes, contrastando lo que manifestaron en cada pregunta y profundizando alguna información que fue superficial durante el desarrollo de la actividad. Finalmente, se realizarán comentarios positivos y de agradecimiento por la participación.

OBSERVACION: El facilitador es quien establecerá la comunicación con el grupo. El anotador es quien tomará nota de la discusión y no interrumpirá para hacer preguntas. Si es que no se profundizó en alguna información y no pudo comunicárselo al facilitador puede intervenir solamente en el momento de la conclusión.

Anexo M. Formato guía de observación

GUIA DE OBSERVACIÓN: PRÁCTICAS EN PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

La siguiente lista de chequeo tiene como objetivo conocer si los padres o cuidadores en el niño menor de 5 años cumplen estrictamente con las prácticas de prevención de enfermedades diarreicas agudas dentro de sus hogares en el Municipio de Potosí.

GUIA DE OBSERVACIÓN		
ABASTECIMIENTO DE AGUA (Verificar)	SI	NO
El agua de consumo es hervida (agua natural sometida a proceso de tratamiento para su potabilización)		
El almacenamiento de agua para consumo humano se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas (recipiente adecuado, limpio y cubierto)		
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS (Verificar)	SI	NO
¿Como se realiza la disposición final de los residuos, basuras en el hogar? Especifique_____		
El baño o letrina se encuentre en adecuadas condiciones higiénicas		
¿Presencia de papel higiénico en el baño, o letrina fuera de los recipientes de basura?		
¿Los recipientes de basuras en el baño son los adecuados? Especifique_____		
HÁBITOS DE HIGIENE (Verificar)	SI	NO
La vivienda cuenta con un lugar específico para la preparación de alimentos		
El lugar de la preparación de alimentos se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas y ordenado		
Recipientes y utensilios de cocina se encuentran limpios y cubiertos en contenedores cerrados		
Los alimentos se encuentran cubiertos o en contenedores cerrados		
Presencia de mascotas y/o animales lejos de las áreas de preparación y consumo de alimentos		
La eliminación de basuras o desechos se realiza en recipiente plástico con tapa		
Lava las frutas y verduras antes del consumo humano		

Se lava las manos con regularidad y Le lava las manos a su niño (antes de cada comida, después de ir al baño, después de jugar, etc.) (verificar al menos un episodio)		
LAVADO DE MANOS (Solicite se lave las manos y verifique)	SI	NO
Se retira cualquier accesorio que tenga en la mano		
Se humedece bien las manos y aplica suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos		
Se cubre con jabón haciendo espuma las palmas, el dorso, entre los dedos y debajo de las uñas por lo menos 20 segundos.		
Se enjuaga bien las manos con abunda agua a chorro.		
Se seca las manos con toalla o papel toalla, empezando desde las palmas siguiendo por el dorso y los espacios entre los dedos.		
Cierra el grifo con el papel toalla evitando que se pueda contaminar nuevamente.		
ESQUEMA DE VACUNACION	SI	NO
Verificar en carnet de vacunación la aplicación de 2 dosis de rotavirus		