

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



**CREENCIAS DE SALUD MATERNA RELACIONADAS CON LA
CONDUCTA PREVENTIVA EN DIARREA INFANTIL**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
MATERNO INFANTIL - PEDIATRIA**

PRESENTA

LIC. EN ENF. MARIA ASUNCION VICENTE RUIZ

MONTERREY, N. L.

AGOSTO DE 1993

TM

26675

.N6

FEn

1993

V5



1020072191



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



EXPERIENCIAS DE SALUD MATERNA RELACIONADAS CON LA
CONDUCTA PREVENTIVA EN DIARREA INFANTIL

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

TESIS

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
MATERNO INFANTIL - PEDIATRIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. MARIA ASUNCION VICENTE RUIZ

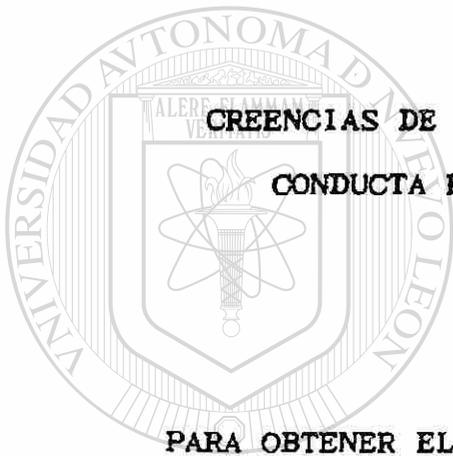
MONTERREY, N. L.

AGOSTO DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



CREENCIAS DE SALUD MATERNA RELACIONADAS CON LA
CONDUCTA PREVENTIVA EN DIARREA INFANTIL

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA CON

ESPECIALIDAD EN MATERNO INFANTIL - PEDIATRIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

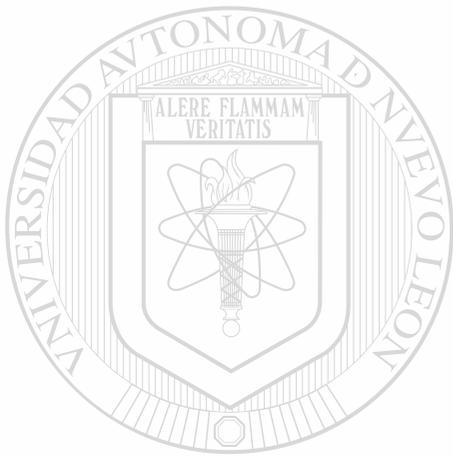
LIC. EN ENF. MARIA ASUNCION VICENTE RUIZ



SECRETARIA DE POST-GRADO

MONTERREY, N.L., AGOSTO DE 1993

TM
26672
NB
FC
19
12

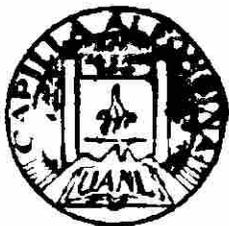


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO TESIS

CREENCIAS DE SALUD MATERNA RELACIONADAS CON LA
CONDUCTA PREVENTIVA EN DIARREA INFANTIL

T E S I S



PRESENTA:

U A N L

LIC. EN ENF. MA. ASUNCION VICENTE RUIZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

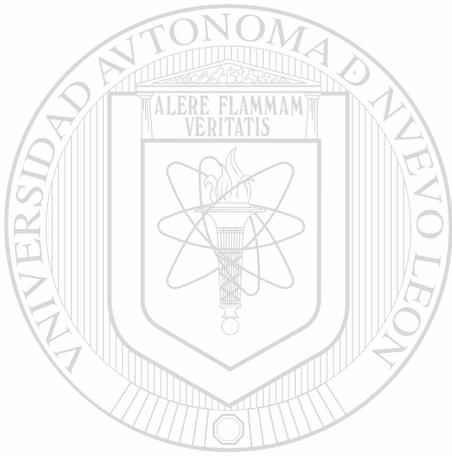
ASESOR.
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

LIC. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ

MONTERREY, N.L., AGOSTO DE 1993

NOTA DE APROBACION:



COMISION DE TESIS

PRESIDENTE

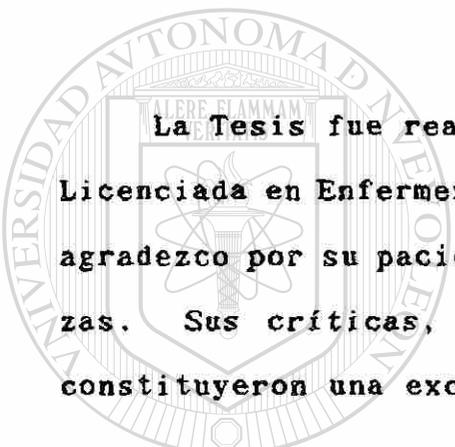
U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

SECRETARIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VOCAL



La Tesis fue realizada con la asesoría académica de la Licenciada en Enfermería Ma. del Refugio Durán López, a quien agradezco por su paciencia, comprensión y acertadas enseñanzas. Sus críticas, sugerencias y señalamientos oportunos constituyeron una excelente conducción.

Sin embargo, la dedicatoria principal es en virtud del balance mostrado entre su quehacer profesional y humano en el transcurso de la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios.

A los seres centrales de mi existencia: a mi Esposo Rafael por su amor, compañía, ayuda incondicional y gran fortaleza. A mi hijo Leonardo por su paciente espera, su valentía, amor y alegría, que son fuente de felicidad familiar.

A él, pequeño ser que aún sin nacer ha constituido un gran motivo y estímulo en mi vida.

A mis Padres y toda mi familia extensa; por darme valores, cariño y porque han sido un gran apoyo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A la Familia Rivas Acuña. Amigos de tiempos gratos y difíciles, especialmente Valentina.

A las Enfermeras, Pacientes y sus Familias: fuente de motivación para la superación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, a la División Académica de Ciencias de la Salud y a la Coordinación de Estudios de Enfermería: Por el apoyo para la realización de la Maestría.

A todo el Personal Académico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León: Por propiciar el espacio para el logro de conocimientos, experiencias y desarrollo personal y profesional.

Con especial cariño para el personal administrativo de Post-Grado de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.: Socorro, Ana María, Maribel, Roxana, Irma y Miriam: Por su afecto y atenciones durante mi estancia.

A la Licenciada Guadalupe Moreno Monsivais: Por su interés en la investigación y valiosas enseñanzas.

A mis Compañeras y Amigas: Por su compañía durante mi estancia en esta ciudad, en especial a la Lic. Amada Briones Ramírez y Familia.

A la Srita. Socorro Patiño Reyes: Por su esmero y dedicación en la elaboración del escrito.

Y a todas las personas que desde el anonimato han contribuido al logro de mis metas.

RESUMEN

Existen una variedad de factores que culminan en una influencia a nivel familiar, en la actitud y conducta de la madre para prevenir o no la diarrea infantil. En la atención preventiva difundida por Enfermería como eficaz y de bajo costo, se ha observado que persisten resistencias maternas para adoptarla. Este estudio utilizó como marco referencial el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1966), con el propósito de conocer las creencias de salud maternas y su relación con la conducta preventiva en diarrea de niños; se realizó en una comunidad urbano marginada de Apodaca, N.L., mediante un diseño transversal y retrospectivo. La muestra probabilística aleatoria integrada con 98 madres o tutoras de niños de uno a cinco años. Los hallazgos muestran que las percepciones maternas de susceptibilidad y severidad tuvieron asociación positiva baja según Guilford (1954) de .30 y .32, $p < .05$; con la conducta preventiva materna.

También la posibilidad de acción preventiva obtenida a través de beneficios y barreras percibidas, mostraron correlación positiva baja los primeros con un coeficiente de .28; y moderada substancial de .41 las segundas, $p < .05$; con la conducta preventiva materna. Además se encontró relación con $p < .05$ entre los factores modificadores: estado civil, escolaridad, ocupación y trabajo materno fuera del hogar; y el estado nutricional y de salud del niño, con las creencias y la conducta preventiva materna.

Se concluyó en base a la aceptación de la hipótesis de investigación, que la conducta preventiva materna está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo de diarrea en los niños y las barreras percibidas, que con los beneficios de la acción preventiva. Por lo tanto, las creencias son predictoras de la conducta preventiva.

INDICE

PAG.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

CAPITULO I

INTRODUCCION

1

1.1 Planteamiento del Problema

2

1.2 Hipótesis

9

1.3 Objetivos

10

1.4 Importancia del Estudio

11

1.5 Limitaciones del Estudio

12

1.6 Definición de Términos

14

CAPITULO II

MARCO TEORICO - CONCEPTUAL

17

2.1 Prevención y Conducta preventivas

19

2.2 Cultura, Valores y Creencias

21

2.3 Modelo de Creencias de Salud

25

2.4 Revisión de la Literatura

33

2.5 Estudios Relacionados

38

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Sujetos

43

3.2	Material	45
3.3	Procedimientos	47
3.4	Etica del Estudio	50

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1	Descripción de Resultados	52
4.2	Análisis Estadístico	93
4.3	Contrastación de la Hipótesis	142

CAPITULO V

DISCUSION

5.1	Conclusiones	158
5.2	Recomendaciones	160

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		167
APENDICE A.	PRESUPUESTO	177
APENDICE B.	CRONOGRAMA	179
APENDICE C.	INSTRUMENTO	180
APENDICE D.	INSTRUCTIVO	190
APENDICE E.	FORMATO DE CONSENTIMIENTO	182
APENDICE F.	PLANO DE LA COMUNIDAD	193
APENDICE G.	FOLLETO DE MEDIDAS PREVENTIVAS	194

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) estableció la meta de "salud para todos en el año 2000" cuyo propósito fundamental es impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, haciendo que exista mayor participación comunitaria, sustentada dicha meta en estrategias intersectoriales. Sin embargo, los daños a la salud persisten y de los grupos de población, los niños se consideran más susceptibles a las influencias dañinas que afectan permanentemente la salud.

En los países subdesarrollados y en vías de desarrollo la diarrea es considerada desde hace muchos años como la principal causa de enfermedad y muerte en menores de 5 años, estadísticas oficiales (O.M.S., 1986) la ubican como un problema de trascendencia social por su impacto en la salud de los niños y el alto costo de la atención curativa.

A pesar de su importancia, existen pocos estudios que expliquen los comportamientos preventivos que realizan los adultos, y de manera principal de la madre como responsable en el cuidado de los niños para conservarlos sanos.

Sin embargo, se reconoce que existen múltiples factores económicos, socioculturales y de recursos que asociados a rasgos del ambiente que habita la población culminan en una

2.

influencia a nivel familiar así como en la actitud y conducta de las madres hacia la salud y la enfermedad de sus hijos.

Este estudio aborda el problema desde la perspectiva psicosocial considerando que las creencias y conductas maternas para la prevención efectiva de enfermedades diarreicas debe conocerse, comprenderse y retomarse en beneficio de la salud de los niños y para el desarrollo de la enfermería en el área materno infantil, en su propósito de promover el desarrollo de conductas benéficas y efectivas en la prevención de la diarrea en niños.

Conocer las creencias y valores que orientan la conducta materna en la crianza de los niños, específicamente con respecto a la atención de la salud, constituye un elemento importante en la labor de las enfermeras del área Materno Infantil que requiere profundizarse para incidir eficazmente en la modificación de las conductas indeseables para evitar las enfermedades diarreicas.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En décadas recientes los servicios de salud se han enfocado a programas preventivos, estableciendo especial interés en los grupos mas vulnerables dentro de los que destaca la población menor de cinco años.

Algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U.N.I.C.E.F.) y la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U) han hecho diferentes declaraciones en las que señalan las enfermedades infantiles como problemática de gran magnitud y trascendencia social.

La diarrea en niños, es un problema de salud pública y representa la principal causa de morbi-mortalidad de los países en vías de desarrollo. Según Morley, (1977) entre 25 y 30 % de los niños mueren antes de cumplir los cinco años y es la diarrea una causa importante. En 1978 la O.M.S estableció el Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (C.E.D.) para ayudar a resolver el problema, con seguimiento y evaluación adecuados desde el enfoque preventivo y de atención temprana. El propósito principal es reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea.

Sin embargo, el problema persiste, así lo reporta la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) que una tercera parte de las muertes en lactantes y preescolares se debe a enfermedades diarréicas, indica en 1981 un promedio de 50 por 1000 habitantes. Como resultado, su impacto en la incidencia y prevalencia a nivel mundial es elevado (Snyder y Merson, 1984). Inclusive esta enfermedad se ha considerado como parte de la trilogía prioritaria de salud en áreas

rurales y periurbanas (Kroeger y Luna, 1992).

En México este problema de salud se ubica en el primer lugar de mortalidad según datos del plan nacional de salud (1988). La tasa de mortalidad fué de 233 por 10,000 habitantes del grupo etario, representando el 61% del total de las defunciones. Particularmente en el estado de Nuevo León la mortalidad en los menores de 5 años corresponde en el mismo año a un 23.6% ocupando el 3er. lugar dentro de las 10 primeras causas de muerte.

Por otra parte, la diarrea como problema de salud no destaca por sí sola sino por sus implicaciones en el deterioro orgánico y reducción de las potencialidades de desarrollo del niño, así mismo por el impacto epidemiológico de su naturaleza infecciosa derivadas del nivel y estilo de vida, aunado al ciclo vicioso que repercute en el estado de salud familiar y sus condiciones de vida. Kroeger y Luna (1992) afirman que el daño puede ser influido en un breve lapso de tiempo pero los efectos pueden ser a largo plazo y llegar a repercutir en el adulto.

Los agentes responsables son múltiples: virales, bacterianas y mixtas, por intolerancias y alteraciones en la absorción. La suceptibilidad es universal, sin existir predominio en sexo; y si bien es cierto que factores intrínsecos biológicos propios del crecimiento y desarrollo del

niño y la desnutrición reducen sus posibilidades de defensa a padecer diarrea, existen otros factores extrínsecos del entorno que influyen para incrementar el riesgo, como: ingestión de agua y alimentos contaminados, el hacinamiento, la promiscuidad, los hábitos higiénicos deficientes, abastecimiento y distribución inadecuada del agua, defecación al aire libre, entre otros, que derivan del nivel socioeconómico (Martínez, 1981). La mayoría de los organismos patogénicos que causan la diarrea se transmiten por la vía fecal-oral a través del agua, comida, o directa con los dedos, utensilios de comida, ropa de capa o suciedad que pueden ingerir los niños pequeños. Interrumpir la transmisión depende principalmente de una mejor higiene y de mejores facilidades de salud a través de los recursos medioambientales (Feachem, 1984).

Por otra parte, existen factores a nivel individual y familiar que favorecen la problemática y en los que resulta importante influir para favorecer la prevención. Todos ellos sin duda de gran relevancia, sin embargo también lo son las creencias maternas resultantes de la cultura, en torno al riesgo de enfermar de los niños y que pueden percibirse o no, en un medio con prácticas de salud impredecibles, con carencias de recursos económicos, higiene y nutrición entre otros; y en donde los beneficios de las conductas saludables

en contraste con las barreras para llevarlas a cabo no han sido suficientemente exploradas para adaptar programas e intervenciones de los servicios de salud.

En México, se ha impulsado la atención preventiva donde el personal de enfermería ha incrementado la educación para la salud difundiendo en las familias las medidas preventivas para el cuidado de la salud del niño; por considerar el papel tan importante que tienen las madres en la conservación de la salud familiar, aunque las creencias de salud de las personas no se descartan automáticamente cuando se dispone de conocimientos nuevos (Lieban, 1977). La educación preventiva y las correspondientes acciones preventivas de los usuarios de servicios de salud son en esencia de la competencia profesional de Enfermería, Nemeck (1990). Dentro de este contexto se han difundido las ventajas de las conductas preventivas con énfasis en su efectividad y bajo costo en relación más ventajosa que el tratamiento de la enfermedad; no obstante, persisten resistencias para adoptar algunas conductas positivas de salud de las madres para sus hijos.

Lo anterior, se evidencía a través de la experiencia empírica, por mayor tendencia de las madres de familia hacia la búsqueda de atención curativa, minimizando en consecuencia el uso de los servicios preventivos, con el consecuente incremento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad en

los menores de 5 años, que revelan en cierta manera la escasa utilización de las medidas preventivas.

Enfermería, a través de programas educativos ha promovido medidas higiénicas tendientes a la modificación de conductas indeseables con el fin de reducir la enfermedad diarreica como higiene personal y doméstica, principalmente lavado de manos, disposición adecuada de basura, conservación de las medidas sanitarias del agua, preparación y conservación higiénica de alimentos, consumo de dieta balanceada, disposición sanitaria de excretas y fundamentalmente control periódico de salud de los niños. Sin embargo, las habilidades y el conocimiento obtenido de la educación de la salud no siempre se traducen en subsecuentes conductas favorables Kim, Gendler y Patel (1990). En consecuencia, el ciclo vicioso persiste y repercute en el estado de salud familiar y sus condiciones de vida, por lo tanto, socialmente constituye un serio problema y aunque resulta difícil establecer la estimación del costo, se considera alto.

Morley (1977), sugiere que hasta la edad de 5 años, el hijo depende considerablemente de la madre. Aunque la experiencia de enfermería reconoce la sustitución ocasional de aquellas que trabajan, por otros familiares o personas encargadas de los cuidados, y son éstas las que deciden la selección del tipo de servicios entre las diferentes alteran-

tivas a su alcance y las acciones que emprenderán para cuidar de la salud de estos niños.

Por lo tanto, el conocimiento de las creencias que influyen en la conducta de salud materna o de tutores resulta trascendente para la práctica de enfermería, por su relevancia al considerar la influencia que ejercen algunas variables psicosociales para lograr cambios en el comportamiento materno o de personas sustitutas.

El estudio reciente acerca de la diarrea y su prevención De Santis, (1990), en 30 madres haitianas inmigrantes del sureste de Florida, reportó que todas las madres usaban medidas preventivas combinando las del sistema biomédico occidental y del sistema etnomédico haitiano tradicional. En

base a algunas variables del modelo de creencias de salud interpretaron el riesgo de enfermedades (Susceptibilidad percibida) considerado más alto para lactantes. Además destacaron los beneficios percibidos de las medidas preventivas reportadas y se correlacionó a su uso.

La investigación con respecto a las medidas preventivas adoptadas por las madres en el caso específico de prevención de diarrea en niños es escasa. Recientemente Kirkpatrick y Cobb, (1990) estudiaron las creencias de salud en un grupo de madres haitianas residentes en República Dominicana, en donde las prácticas de salud se relacionaban principalmente a la

diarrea entre sus niños, ésta se identificó como la amenaza (susceptibilidad y severidad) más importante para la salud de un niño en estas comunidades. Los beneficios percibidos del suero oral y la alimentación materna fueron relacionados a su uso en la diarrea. Sin embargo, es necesario tener presente que la evidencia del efecto protector de la alimentación materna después del primer año de edad no está suficientemente documentada.

Para la enfermería materno infantil es importante conocer las variables subjetivas de las madres que se relacionan más con las acciones preventivas de diarrea. En tanto que, las creencias maternas resultan básicas para el comportamiento y compromiso futuro en su función de cuidado a la salud y que ayudarían a incrementar las estrategias individuales de cambio en la prevención de esta enfermedad.

En base a la situación anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relacionan las creencias maternas de salud con la conducta preventiva en diarrea en niños de uno a 5 años?

1.2 HIPÓTESIS

Hi. La conducta preventiva materna está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo de

10.

diarrea y las barreras de las acciones de salud que con los beneficios de la conducta preventiva.

Ho. La conducta preventiva materna no está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo de diarrea y las barreras de las acciones de la salud que con los beneficios de la conducta preventiva.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General.

Conocer la relación entre las creencias de salud y las conductas preventivas maternas implementadas para

evitar diarrea en menores de 5 años, que aporten elementos de apoyo al campo de la enfermería materno infantil.

Objetivos Específicos

1. Identificar la proporción de madres o tutoras con percepciones de riesgo de diarrea en sus niños (Susceptibilidad y seriedad).
2. Identificar cuáles son los beneficios percibidos por las madres para decidirse por las acciones preventivas.

3. Conocer cuáles son las barreras más comunes para optar por la conducta preventiva en diarrea.
4. Comparar las creencias de salud que predominan en relación con los factores modificadores propios de los sujetos de estudio.
5. Conocer las relaciones entre percepciones de riesgo a la diarrea con los beneficios y barreras percibidas para decidirse por la conducta preventiva.
6. Conocer las conductas o acciones preventivas que usan las madres o tutoras en la prevención de diarrea infantil.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Utilizar el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1966) derivado de la teoría psicosocial en la investigación de enfermería es un apoyo para aportar conocimientos de utilidad tanto en el avance científico como en el humanístico y social de la profesión.

Para la salud del niño, y de la familia, enfermería orienta la búsqueda de nuevos conocimientos que favorezcan logros en el plano preventivo, que impulsen gradualmente la reducción de alto costo en la atención curati-

va, y el mejoramiento de la salud Materno Infantil.

Este proyecto representa una aportación en el campo de la atención preventiva al conducir la investigación hacia aspectos culturalmente relevantes como base para desarrollar programas de salud, con una perspectiva ampliada de algunos factores que influyen en la conducta preventiva materna, tendiente a reducir la brecha del conocimiento existente entre usuarios y servicios de salud que ayuden a incrementar la eficacia en la atención que se ofrece.

Por otra parte, el estudio en un sector social bajo, contribuye a ser efectivo el derecho de cuidado a la salud en la realidad social, en tanto que apoya en el planteamiento de estrategias en la promoción de estilos de vida saludables a pesar de las limitaciones impuestas por el estatus de la población en la sociedad; hecho que resulta congruente con las políticas de salud vigentes en el país.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Primeramente se considera que por ser la investigación de tipo descriptivo, de correlación no proporcionará una visión profunda del "porqué" de las creencias y

conductas. Aunque se explorará la relación entre algunas variables no se brindará una explicación totalmente predictiva de la conducta, sino únicamente como se relacionan las creencias de salud, con la conducta materna en la prevención de diarrea, como variables no excluyentes de otros factores.

Por lo anteriormente expuesto, se pretende que con esta aproximación puedan generarse otros estudios más profundos.

Resulta importante destacar que la población objeto de estudio constituye una muestra pequeña para la región en general (Norte de la República) y las características de los sujetos no varían suficientemente para generalizar los datos a cualquier población sino sólo a aquellas con características similares.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por último, sólo se incluyeron las variables tradicionales del modelo y los factores modificadores, se excluyó para el estudio la variable señales de acción, por lo cual la dimensión de su abordaje no es total, aunque pueden captarse algunas a partir de la indagación de los factores modificadores, por lo que se esperan en calidad no intencional del estudio, y solo para control de variables extrañas.

1.6 DEFINICION DE TERMINOS

Creencias de Salud Materna. Son ideas que tiene la madre acerca de la posibilidad de amenaza y riesgo de sus hijos de padecer diarrea, derivada de la susceptibilidad y severidad percibida así como de los beneficios y barreras imaginarias o reales para llevar a cabo conductas preventivas específicas. Así mismo de factores sociales y culturales que las influyen.

Susceptibilidad Percibida. Son las creencias que tiene la madre acerca de la posibilidad o riesgo percibido de desarrollar diarrea sus niños, pudiendo o no estar asociada con el estado nutricional y de salud del mismo.

Severidad Percibida. Son las creencias de la madre acerca del daño que produciría la diarrea en el niño, incluyendo consecuencias dañinas en relación a salud física, habilidad de llevar a cabo actividades como jugar, asistir a la institución preescolar, entre otras. En las que pueden ejercer influencia algunas variables del niño como su estado de salud y nutricional.

Beneficios Percibidos. Creencia materna, de la ayuda segura que le representan las acciones preventivas que se conocen para evitar la diarrea y conservar a los niños sanos.

Barreras Percibidas. Creencias maternas que le impiden o limitan las conductas preventivas como: Costo elevado, molestias en el niño, tiempo requerido, cambios requeridos en hábitos ó miedo de daño al niño, entre otras.

Factores modificadores. Son todos aquellos factores que pueden influir favorable o desfavorablemente en las creencias maternas y que sirven también para favorecer al uso de acciones preventivas. Incluyen los de tipo demográfico, sociopsicológicos y estructurales. Factores demográficos son los relacionados a las características de edad, sexo, escolaridad, estado marital e ingreso económico mensual. Factores sociopsicológicos son los relacionados al grupo de referencia social que constituye fuente de influencia o presión para las persona como: familia, grupo étnico, grupo de amigos y grupo de educación para la salud. Y los factores estructurales son aquellos relacionados con el

conocimiento materno que le permite comprender las orientaciones de como evitar la diarrea.

Señales. Se refiere a las fuentes de información de la enfermedad y medidas de acciones para prevenirla como medios de comunicación, consejos, avisos, enfermedad de familiar o amigos, revistas o periódicos.

Conductas preventivas. Son todas aquellas actividades, acciones o medidas realizadas por la madre para evitar la diarrea y conservar a sus niños sanos, como las de tipo biomédico: higiene del agua y alimentos, higiene personal y doméstica, revisión periódica de salud, entre

otras. Las medidas preventivas tradicionales que derivan de la cultura, tales como: mágico-religiosas, herbolaria y manejo del frío y calor.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La diarrea es considerada como el problema más representativo de los daños a la salud de los niños menores de 5 años debido a las complicaciones que le produce y a las implicaciones de atención y costo tanto para la familia como para la sociedad en general.

De acuerdo a reportes de la OMS (1982) en los países en desarrollo, es la causa más frecuente de mortalidad en los primeros años de vida, representando entre 25 y 30% de muertes en este grupo de población.

La OPS estimó en 1981 que la mortalidad en menores de cinco años fué de 50 por 1000 hab. y que en Latinoamérica una tercera parte de las muertes se debió a enfermedades diarreicas. En datos recientes (1988) representan un 33% aproximadamente. Por otra parte Snyder y Merson (1984) en un estudio de tres décadas estimaron que la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años en Africa, Asia (excluyendo China) y Latinoamérica fue de 744 a 1000 millones de episodios y 4.6 millones de muertes.

En México la tasa de mortalidad en la población de menores de 5 años fué de 233 por 10,000 habitantes del grupo etario, donde la principal causa fué la diarrea y representó el 61% del total de las defunciones, según datos del Plan

Nacional de Salud en 1988. Además, en los datos de la encuesta nacional de salud (1988) la enfermedad ocupa el segundo lugar de incidencia de enfermedades agudas; no obstante para los menores de un año es la segunda causa de muerte y para el grupo de 1 a 4 años es la primera.

En el estado de Nuevo León la mortalidad en esta población fué de 23.6%, ocupando la diarrea la tercera causa de muerte, según informes de la Secretaría de Salud, (1986).

Morley, A., (1977) y González C. (1988), subrayan la prioridad y alta significación de la diarrea más allá de la morbilidad y mortalidad, en relación a sus alternativas posibles de modificación, indicando en consecuencia, la necesidad de ampliar el estudio de las creencias y actitudes de la madre para involucrar en la atención los aspectos sociológicos que inciden en la prevención.

Este marco de referencia se organizó considerando en primer lugar la importancia actual de la prevención y la conducta preventiva; segundo, la cultura como formadora de valores y creencias que se relacionan con el cuidado de la salud; tercero, el modelo de creencias de salud que ofrece el sustento para guiar la investigación y finalmente la revisión de literatura y estudios relacionados con el tema de investigación basados en el modelo de creencias de salud.

2.1 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y CONDUCTA PREVENTIVA

La prevención se describe como un comportamiento de protección de salud por el énfasis al guardar o defender al individuo o grupo en contra de enfermedad o lesión (Shamansky y Clausen, 1980) y se ha tornado de interés cada vez mayor entre el público y los profesionales de la salud en la última década, denotándose por su bajo costo y como alternativa de las prácticas médicas tradicionales; así mismo por ofrecer una perspectiva prometedora para reducir las enfermedades infantiles.

Existe evidencia que la educación puede mejorar la higiene, la nutrición y reducir los índices de morbili-

dad de la diarrea. También la promoción y la alimentación de seno materno protege contra esta enfermedad

(Feachem, 1984; Feachem y Koblinsky, 1984). Sin embargo, la higiene y la cultura pueden estar estrechamente relacionados (Pacey, 1982) de tal forma que, las costumbres y tradiciones puedan favorecer resistencias a la aplicación de medidas preventivas (González, Carvajal, 1988).

La promoción de conductas preventivas inherentes, es una responsabilidad del personal de enfermería en cualquier entorno del cuidado de salud, no obstante, en

el caso de los niños el trabajo es indirecto por centrarse en la madre como generador de autocuidado Orem, (1988), por lo que resulta importante para la Enfermería Materno Infantil destacar el hecho característico de dependencia propio de los niños pequeños para la satisfacción de sus necesidades, entre ellas la atención a la salud. Por lo tanto, reconoce que son afectados por creencias y acciones resultantes y derivadas del sistema de valores de su familia de acuerdo a su cultura (Whaley y Wong 1988).

En concordancia algunos autores Cusminsky y Col. (1986) señalan que la familia es la fuente de salud más importante del niño y en la que resulta prioritario influir para cambiar las conductas perjudiciales por aquellas que contribuyan a mejorar su salud y condición de vida al evitar los principales problemas de salud como la diarrea.

En general, el rol de cuidado a la salud de los niños se ha observado que lo asume la madre y en ocasiones otra persona substituta quien de alguna manera constituye foco de importancia para producir cambios sustanciales.

2.2 CULTURA, VALORES Y CREENCIAS

Una premisa importante para la enfermería es la de entender la conducta, creencias y expectativas de sus usuarios, es decir, su cultura. Entendiendo por cultura, el modo de vida que sigue un pueblo, ésta se transmite de generación en generación con normas para interpretar y juzgar sus acciones. Sin embargo, como parte de los sistemas humanos, la cultura no es inmune al cambio (Hall y Reeding, 1990). Los comportamientos modelados por una cultura deben ser flexibles si han de adaptarse a un entorno cambiante con el propósito de minimizar las diferencias visibles entre las dos culturas, proceso denominado como aculturación (Graedon 1980, Aguirre Beltrán 1982).

Las demandas del actual sistema de salud en las actividades avanzadas plantean serias dificultades al ofrecer servicios con una orientación y encontrarse con usuarios que presentan otra diferente. Tal es el caso de servicios de salud de áreas urbanas mas desarrolladas que se ofrecen a comunidades suburbanas o urbanas marginadas.

Cada ser humano tiene su propia orientación de valores que coincide con su filosofía y puede desarro-

llarse gracias al proceso de socialización en su familia, dentro de su cultura y otras redes sociales significativas.

Con frecuencia el individuo no es consciente de los valores culturales que influyen en su conducta (Terkel-son, 1980).

Algunos elementos de su orientación de valores pueden cambiar durante el ciclo del desarrollo de vida de una persona y en circunstancias de crisis.

La utilidad del conocimiento de la orientación de valores en las personas constituyen, una guía para el trabajo de enfermería. Teniendo presente que es complejo cambiar la orientación; pero resulta importante

hacer que el individuo tenga conciencia de sus valores.

La intervención de enfermería debe ayudar a que el individuo cambie su conducta y para promover el crecimiento personal.

Según Orem (1985), el autocuidado es "aquel cuidado ejecutado por uno mismo y para beneficio propio cuando se ha alcanzado la madurez". En el caso de los niños la orientación de valores y creencias maternas van a influir el cuidado de la salud de sus hijos.

Las madres como seres humanos crecen y se desarrollan en una cultura particular que la circunscribe

estableciendo patrones de comportamiento que ellas incorporan inadvertidamente para adaptarse a su grupo social (Morley, 1977).

El estudio de las creencias maternas en torno al cuidado de la salud del niño lejos de ser un problema simple se constituye en complejo y multidimensional. Desde la perspectiva histórica social de las realidades humanas Hernández y Narro (1987), pretender una visión totalizadora es ambicioso, sin embargo, no debe perderse como punto de referencia en la interpretación de la conducta del individuo.

Modificar la ideología o influirla para producir cambios en las prácticas saludables es complejo, pero es una responsabilidad que Enfermería enfrenta a través de la investigación con perspectivas de incrementar las respuestas maternas en el cuidado de la salud de sus hijos pequeños.

Uno de los retos de la promoción y prevención en salud es reducir las desigualdades que causan que muchos niños que viven en la pobreza enfrenten mala salud, en este sentido, el incremento de esfuerzos de prevención de acuerdo a la meta de "Salud para todos" reconoce las necesidades de salud de los niños. Sin embargo, los mecanismos de auto-cuidados se basan en el adulto

(Hartz-Zeldin, Kalnins, Pollak y Love (1990), por lo tanto, la familia es el primer ambiente con el que el niño puede aprender valores y conductas de salud, posteriormente a medida que crece, la escuela, los compañeros y los medios de comunicación, también pueden influir su conducta, aunque la familia continua siendo la fuente de apoyo y reforzamiento.

Por lo tanto, el estudio de las conductas preventivas maternas en su rol de cuidado a la salud familiar requiere comprenderse para fortalecer la conducta futura de los niños. Es decir, que si no se les enseña desde temprana edad como cuidar de sí mismo de una manera favorable, entonces, la posibilidad de crear y mantener

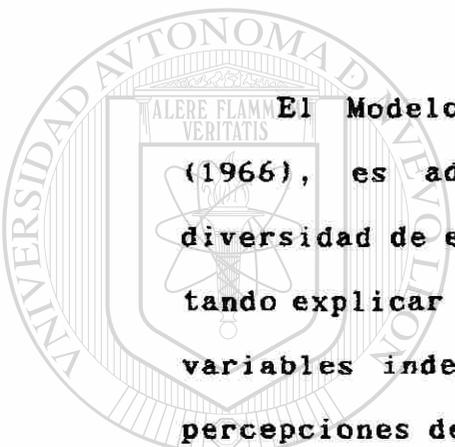
una sociedad saludable sería una meta un tanto inalcanzable.

En México, la medicina tradicional constituye parte de su base cultural, y tiene en consecuencia influencia sobre las prácticas de salud de las personas.

Aguilar (1991) en el estudio sobre prácticas de medicina tradicional en una comunidad urbana de ciudad Guadalupe, Nuevo León, menciona que entre las diez principales causas de atención de medicina tradicional está la diarrea por lo tanto, los aspectos preventivos tienen esta influencia. Similarmente en los resultados

de la encuesta nacional de salud (1988), se identifica que una gran cantidad de enfermedades agudas utiliza remedios tradicionales y recursos humanos de la misma comunidad.

2.3 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD



El Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1966), es adoptado para la investigación por la diversidad de estudios que apoyan su validez, posibilitando explicar la conducta preventiva como resultante de variables independientes subjetivas inherentes a las percepciones de la persona (madre o sustituta) posibles de modificarse dentro del contexto familiar y social.

Además de implicar para el análisis algunos factores sociales que influyen en las percepciones individuales.

El modelo indica, que el decidirse por una acción está influenciado por el estado individual de comportarse, considera que las conductas frente a la salud, se originan de las creencias familiares y que a su vez se hayan influidas por factores étnicos, culturales y socioeconómicos. Proporciona un marco de exploración del porqué algunas personas toman acciones preventivas mientras que otras fallan en tomar conductas protectoras.

Fué concebido como potencialmente explicatorio y para producir cambios e incrementar la predisposición de los individuos resistentes para involucrarse en las conductas preventivas de protección a la salud.

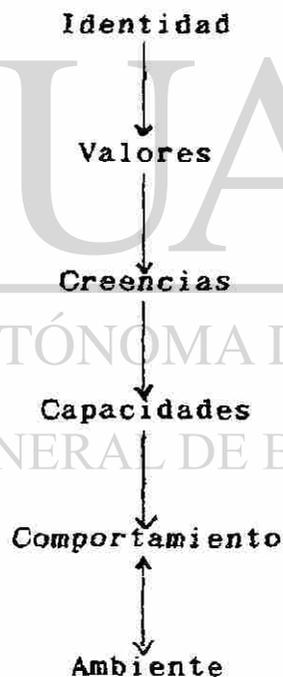
El modelo se derivó de la teoría sociopsicológica Lewiniana. La concepción es la de un individuo que existe en un espacio de vida compuesto por regiones de valencia positivas y negativas y otras neutrales que motivan, enfocan y determinan su acción, Lewin (1944).

Las enfermedades se conciben hacia regiones de valencia negativas que se espera ejerzan fuerza, que mueva a la persona lejos de la región Davidhizar, (1983). La conductas preventivas representan el

resultado ó acciones para evitar las regiones negativa-
mente valoradas de enfermedad y están relacionadas con
las creencias que la enfocan. ®

Según González (1991), las creencias son generalizaciones que relacionan dos o más acontecimientos y suelen referirse a: 1) Causa de los hechos, 2) Su significado, 3) Límites que se perciben ante el ambiente, las conductas propias y la identidad personal. Se puede decir entonces, que la función de las creencias es filtrar la información que recibimos del mundo y van a orientar en consecuencia nuestras acciones y reacciones.

En términos de González son ideas eficientes y poderosas. Sin embargo, son modificables al aparecer como opciones y no como obligaciones. Por lo tanto, es posible que la persona elija las que desea conservar, las que quiere cambiar y las que se propone sustituir. Esta elección se establece en base a niveles lógicos de la estructura personal particular de cada ser humano siguiendo la secuencia siguiente:



Es decir, que a partir de una ideología conformada por experiencias histórico-sociales propias, la persona percibe y concibe los acontecimientos a las que se enfrenta en su vida, entre ellos la salud y enfermedad, la prevención o la curación entre otros; y encamina sus acciones (comportamiento) y capacidades para enfrentarlos y actuar en su mundo.

El modelo fué modificado por Becker (1974), los componentes se dividen en percepciones individuales, factores modificadores y variables que afectan la posibilidad de acción preventiva (Esquema No. 1, p. 41).

DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO

PERCEPCIONES INDIVIDUALES

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Susceptibilidad Percibida. Son las creencias derivadas de la probabilidad estimada de un individuo que le asegura experimentar o encontrar el problema específico de salud, aceptando la posibilidad en mayor o menor proporción, de que, en algún momento de su vida la enfermedad ocurrirá. Varios estudios apoyan la importancia de esta variable como predictora de la conducta preventiva (Kegeles 1965; Fink y Shapiro 1972);

Becker y Haback (1977). Paradójicamente otros estudios han mostrado que no existe relación sugiriendo ampliar la investigación (Hower, 1981 y Eisenberg, Kegeles y Lund 1980).

Seriedad percibida. La seriedad percibida o la severidad de un problema grave de salud, se puede juzgar ya sea por la creencia de la enfermedad y su relación con el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales entre otros.

Existen estudios que apoyan la relación entre la seriedad percibida y la conducta preventiva (Becker, Kaback y col. 1975) mientras que otros investigadores

(Champion, 1984; Tash, et.al. 1969) no relacionan tanto la susceptibilidad y severidad como creencias conjuntas determinantes del riesgo percibido.

Riesgos percibidos. Becker (1974), dentro de sus conceptualizaciones describe la susceptibilidad percibida y la severidad percibida en combinación para determinar el riesgo percibido de una enfermedad. En este estudio se plantean las percepciones maternas de susceptibilidad y seriedad percibida de la posibilidad de padecer sus hijos diarrea; las que representarán el

riesgo percibido como fuerzas que impulsen la acción preventiva en las madres.

Se ha explorado la combinación de estos factores en estudios periféricos como el reportado por Fink y col. (1972) sugiriendo su relación con la conducta preventiva, sin embargo, Champion (1984) y Tash (1969) no sugieren la relación de las creencias determinantes del riesgo percibido con el comportamiento preventivo.

Sin embargo, se asume que el riesgo percibido por la persona está influenciado por algunos factores modificadores de las percepciones, es decir, la susceptibilidad y severidad percibidas están relacionadas a algunos factores modificadores.

FACTORES MODIFICADORES

Los factores modificadores propuestos en el modelo son aquellos que afectan la predisposición para tomar acciones preventivas e incluyen una variedad de factores demográficos, socio-psicológicos y estructurales. Así mismo pueden afectar las percepciones individuales de riesgo.

Factores Demográficos. Algunos como sexo, edad, ingreso económico y educación; se han demostrado estar correlacionados con el uso de servicios, aunque su relación con el uso de conductas preventivas en ausencia de síntomas es poco clara debido a la falta de estudios de apoyo.

VARIABLES SOCIO-PSICOLÓGICAS. La presión social o la influencia social parecen jugar un papel importante para estimular acciones apropiadas de salud. Aún cuando pueda existir escasa motivación individual la influencia puede surgir de grupos sociales como la familia, grupos de discusión y grupo de amigos (Lambert, 1962; Bond, 1965; ; Gray, 1966; Ajzen, 1970).

Existe evidencia (Hubbard, Muhlenkamp y Brown (1983), que el apoyo que recibe una persona de su grupo de referencia social o red de apoyo pueden tener influencia sobre la realización de prácticas positivas para la salud.

VARIABLES ESTRUCTURALES. El conocimiento de la enfermedad y un contacto previo con ella son las dos variables supuestas en el modelo que influyen en la conducta preventiva. Pocos estudios Heinselman (1962)

y Becker (1972), apoyan la relación de estas variables con el comportamiento preventivo.

Señales para la acción. No se han estudiado suficientemente, aunque se identifican de dos tipos: internas y externas. Las primeras incluyen síntomas desagradables, recuerdo de la enfermedad en individuos afectados anteriormente y las segundas incluyen fuentes ajenas al individuo como: medios masivos de comunicación, consejos de otros, carteles, anuncios y artículos, entre otros.

POSIBILIDAD DE ACCION

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los variables contempladas en el modelo se consideran pueden afectar la probabilidad de acción: los beneficios percibidos y las barreras percibidas para tomar una acción de salud.

Beneficios.- Son las creencias de efectividad de las diversas acciones disponibles para reducir la amenaza de enfermedad.

Los estudios de Kegeles (1969) Haefner y Kirseht (1970) mostraron relación positiva significativa entre

los beneficios percibidos y la conducta preventiva. Sin embargo, Battistella (1971) sugirió que los beneficios estaban inversamente relacionados para la búsqueda de atención.

Barreras percibidas. Las barreras para obtener atención preventiva pueden adquirir muchas formas y ser reales o percibidas, por ejemplo, el costo, el desagrado, medidas que requieren cambios de estilo de vida, miedo al dolor o molestias de procedimientos, (Nemeck, 1990). También incomodidad inconvenientes, consumo de tiempo, entre otras. La Encuesta Nacional de Salud (1988), identificó algunas barreras para el uso de servicios de salud en casos de enfermedad agudas entre las que se encuentran; no lo consideran necesario, es caro, lejano, desconfianza, maltrato y falta de tiempo.

2.4 REVISION DE LA LITERATURA

Una revisión crítica (Janz y Becker, 1984) de investigaciones basadas en el modelo de creencias de salud (MCS) publicadas durante 1974-1984, incluyeron 24 estudios que examinaron las conductas preventivas (CPS) y sus resultados proporcionan un importante apoyo

empírico para el M.C.S. La dimensión "barreras percibidas" probó ser la más poderosa, "susceptibilidad percibida" contribuyó de manera importante para la comprensión de la C.P.S., en tanto que, lo contrario fue para "beneficios percibidos". "Severidad percibida" produjo las tazas totales de significación más bajas y estuvo asociada debilmente a la CPS.

Los estudios incluyen conductas preventivas en vacunación contra influenza, conductas de detección de enfermedades y conductas de factor de riesgo.

Se encontró que susceptibilidad, beneficios y barreras están consistentemente asociadas con los resultados, de hecho "barreras" estuvo significativamente asociada con la conducta. Susceptibilidad y beneficios dieron niveles equivalentes de efectividad.

Sin embargo, severidad produjo resultados significativos, en un tercio de los estudios se ha sugerido que puede ser un concepto poco importante en el área de conducta preventiva; pero muy importante para los individuos con enfermedad diagnosticada o rol de enfermo.

Recientemente Nemeck (1990) publicó una revisión de la literatura de investigación basada en el modelo de creencias de salud de acuerdo al modelo tradicional e

incluye la variable: motivación de salud propuesta por Becker (1974) así mismo Pender (1982) propuso agregar dos variables mas: percepción del control de salud e importancia de la salud.

En la última revisión del modelo se añadió la variable autoeficacia Rosenstock, Strecker y Becker, (1988) y en este estudio se incluyen exclusivamente las dimensiones tradicionales del modelo original.

Por lo tanto, como enfatiza Rosenstock "Los niveles combinados de susceptibilidad y severidad percibida proporcionan la energía para actuar y la percepción de los beneficios menos las barreras, proporcionan el camino de acción preferido".

Calan (1986) investigó en forma prospectiva la práctica de autoexploración de mamas (AEM) y el cumplimiento con la técnica para relacionarla al Modelo de Creencias de Salud. Se usó el instrumento de Creencias de Salud de Stilman (Stillman, 1977) para medir Suceptibilidad y Beneficios. El estudio se desarrolló en dos grandes ciudades británicas como parte de una campaña nacional para evaluar los beneficios de la AEM en la detección oportuna de cáncer mamario.

Se seleccionaron 3 grupos aleatoriamente. Ofrecieron clases a un grupo de mujeres en una de las ciudades.

262 se rehusaron a participar y 278 participaron en las clases. Al grupo control de 594 mujeres no se le ofrecieron clases. Las entrevistas se realizaron un mes antes y 11 meses después de la participación.

La frecuencia de AEM y el mejoramiento de la técnica se incrementó significativamente en ambos grupos. La susceptibilidad fue el mejor predictor de la conducta de AEM en la primera entrevista; en la segunda los resultados sugieren que los beneficios dirigen la predicción para ambos grupos. Los hallazgos apoyan la relación entre las creencias y el comportamiento preventivo.

El modelo ha tenido potencial aplicación transcultural, aunque en México existen escasos estudios apoyados en él (Cruz Sánchez, 1987; Durán López, 1988 y Silva Luna 1991). Cruz Sánchez, 1988, estudió una muestra de 105 mujeres mayores de 15 años con vida sexual activa. Su propósito fue conocer algunos determinantes psicosociales que explican la actitud de la mujer hacia la detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Las variables del modelo de creencias de salud fueron susceptibilidad percibida y el uso de servicios. Los resultados obtenidos muestran que la susceptibilidad fue alta para ambos grupos.

La enfermedad, es percibida como presencia de signos y síntomas, sin embargo, no influye esta percepción de manera decisiva en el uso de servicios. Las mujeres del grupo integrado tuvieron más conocimiento acerca del cáncer cérvico uterino y sus factores de riesgo fueron la diferencia básica.

Sin ser el objeto propio del estudio, este identificó una serie de "barreras" en las mujeres para no practicarse la prueba de papanicolaou entre las que se encuentran: Decidia y flojera 64.7%, pena y temor para el examen 17.6%, le preocupa conocer el resultado 7.8%, no presentar signos y síntomas 5.9% y desconoce la prueba 3.9%.

Durán López, 1990 realizó un estudio para determinar la influencia de algunos factores socioculturales en prevención y control de displasia cervical en una muestra de 115 voluntarias aleatorizadas, 60 mujeres con edad de 15 a 60 años dentro del programa de D.O.C. de los últimos 12 meses (grupo 1) y 55 que se habían practicado su citología en más de un año o no lo habían realizado (grupo 2), utilizó un cuestionario enfocado a las variables del estudio. Dentro de la variable sociocultura se analizó la percepción de salud e interacción con prestadores de servicio, así como

elementos sociodemográficos.

Se encontró que en la variable interacción un 63% del grupo 1 y 80% del grupo 2 no recibieron orientación del programa D.O.C. En la variable percepción de la salud se encontró correlación positiva con la frecuencia de citología en el grupo 1 y en el grupo 2 no hubo correlación, y se relaciona con el grado de severidad percibida mayor o nula.

2.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

En su mayor proporción los estudios sustentados en el Modelo de Creencias de Salud son periféricos al problema específico de esta investigación de la conducta materna para evitar diarrea en los niños.

El estudio de creencias y prácticas de atención a la salud realizado por De Santis y Thomas (1990) con enfoque transcultural comprendió 30 madres haitianas inmigrantes en el sureste de Florida, E.U. Entrevistaron a la madres de lactantes y niños preescolares hasta los 5 años de edad.

Todas las madres usaban medidas preventivas del sistema biomédico occidental y el sistema etnomédico haitiano tradicional. El 97% usaba medidas mágico-

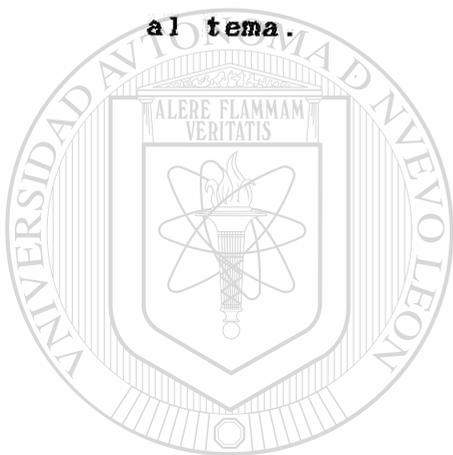
religiosas, 47% aplicaba remedios caseros, 47% daba a sus hijos drogas clandestinas y 35% utiliza una variedad de medidas en relación a evitar el aire frío en sus hijos lactantes. Las madres haitianas consideraban efectivas las medidas preventivas usadas. Consultaban a una variedad de individuos que conformaban su grupo de manejo de salud y redes de cuidadores de niños. El riesgo mayor fue considerado para los lactantes, debido a daño maligno de otras gentes y espíritus de budú.

Por otra parte Kirkpatrick y Cobb (1990), analizaron las creencias y prácticas de salud de madres haitianas residentes en República Dominicana, relacionadas principalmente a la diarrea entre sus niños. Los resultados indican que la diarrea fue identificada como

la amenaza más principal para la salud de un niño en esta comunidad. Resaltó el desconocimiento materno de los ingredientes y proporciones de las soluciones de rehidratación oral. La percepción de la diarrea como una amenaza peligrosa fue verificada, los beneficios de la alimentación con leche materna fue relacionada a su uso.

En consecuencia, el Modelo de Creencias de Salud resulta sumamente útil para abordar el problema de ésta investigación, por aportar teóricamente la explicación

de la conducta, por un lado, aquellos elementos particulares e internos propios de la ideología materna; y por otro, algunos factores externos a la familia que influyen para adoptar o no una conducta preventiva en beneficio de la salud infantil para lo cual se propone un esquema modificado (Esquema No. 2, p. 42) en relación al tema.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

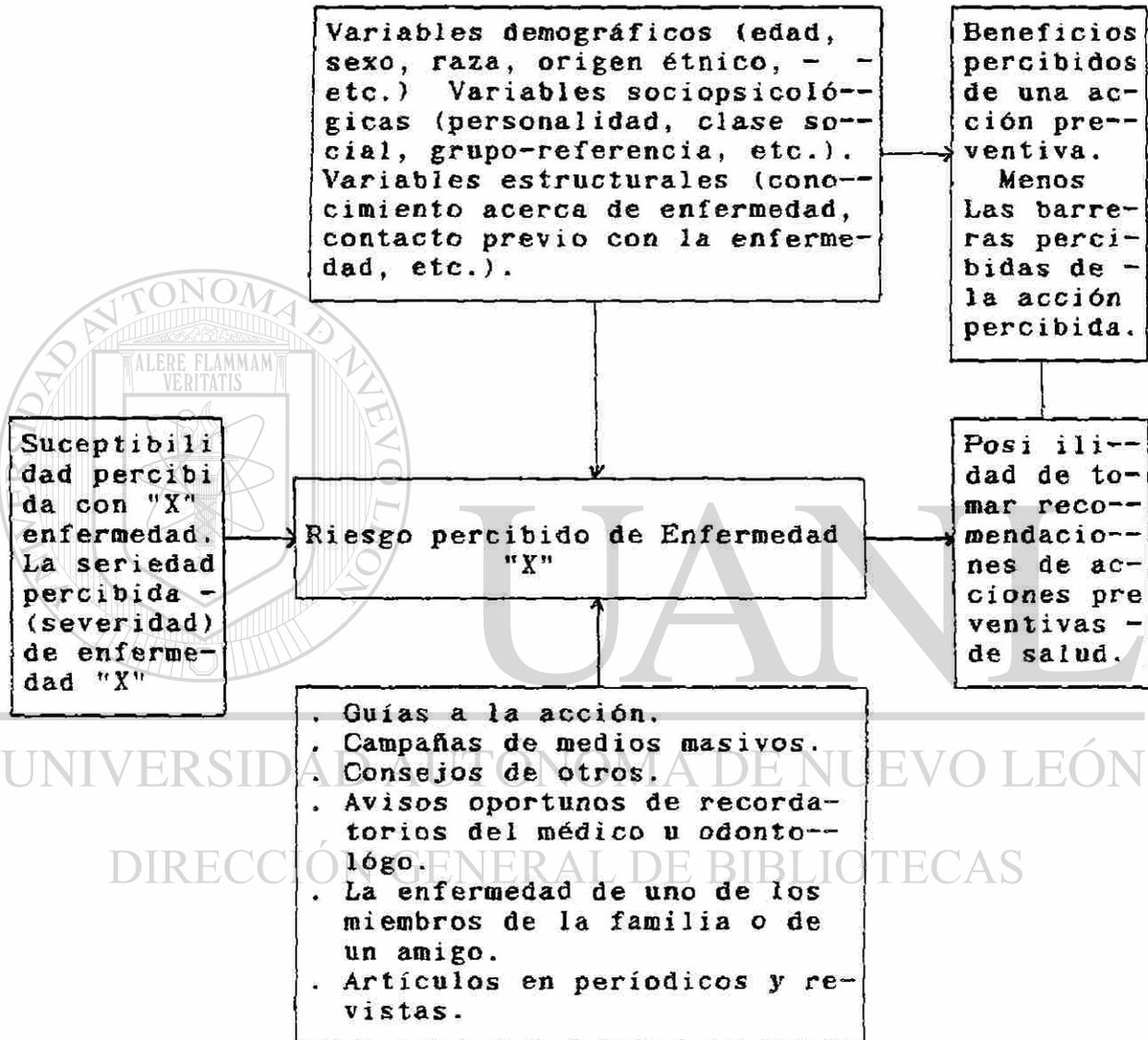


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ESQUEMA No. 1
 MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD¹
 Factores Modificadores

Percepciones
individuales

Posibilidad
de acción



¹ ESQUEMA No. 1. The Health Belief Model (From Becker, M. H., Haefner, D.P. Kasl, S.V., et. al. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. Medical Care, 1977, 15, 27 - 46.

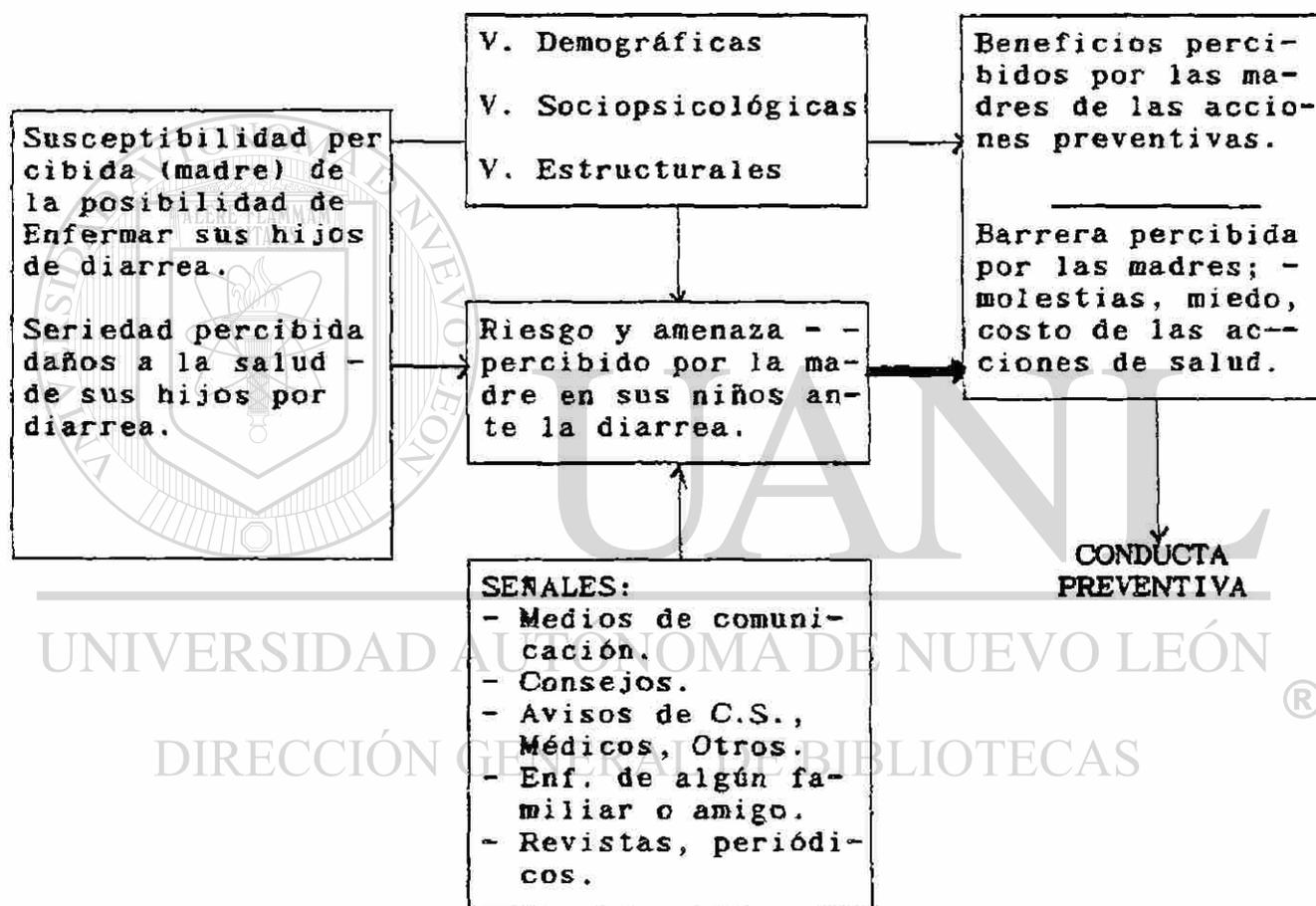
ESQUEMA No. 2
 ESQUEMA MODIFICADO DE LA RELACION DE VARIABLES
 DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD²

CREENCIAS MATERNAS DE SALUD

PERCEPCIONES MATERNAS

FACTORES MODIFICADORES

POSIBILIDAD DE ACCION



² Esquema propuesto para relacionar creencias maternas y conducta preventiva en diarrea infantil, Vicente Ruiz M.A., 1992.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se realizó en la Colonia Fomerrey IV de Apodaca, N.L., considerada como población urbano marginada, atendida a través del Centro de Salud, el nivel socioeconómico corresponde a una clase social baja, con escolaridad similar.

El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo, en base a que el instrumento se aplicó en una sola oportunidad y los datos referidos por la madre o tutora la llevaron a recordar, narrar situaciones en relación a sus creencias y prácticas de salud. La unidad de observación fue principalmente la madre, aunque el niño con edad de 1 a 5 años se observó el estado nutricional y de salud para apoyar la valoración de las percepciones maternas de riesgo de la diarrea en el niño.

3.1 SUJETOS

El universo de estudio estuvo constituido por 326 madres o tutoras responsables y proveedoras de cuidados de salud a niños de 1 a 5 años. La muestra fue probabilística, aleatoria simple (Polit, 1985) y se obtuvo por medio de la siguiente forma estadística:

$$n = \frac{(N) (p) (q) (z^2)}{(N-1) (E-E)^2 + (p) (q) (z^2)}$$

Los valores fueron interpretados de la manera siguiente:

N = Universo de madres o tutoras con niños de 1 a 5 años. (323)

p = Proporción de que las creencias influyan en la conducta preventiva.

q = Proporción de no influencia de las creencias en la conducta preventiva.

z = Nivel de confianza de 95%.

E = Error estimado de 5%.

n = Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{323 (0.9) (0.1) (1.96)^2}{322 (0.05)^2 + (0.9) (0.1) (1.96)^2}$$

$$n = 98.2$$

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Criterios de Inclusión:

Madres de familia o persona sustituto (permanente) para el cuidado de la salud del niño con edad entre 1 a 5 años y que no padezca actualmente diarrea.

Criterios de Exclusión:

Personas sustitutas provisional (no permanente) para el cuidado de los niños de 1 a 5 años ó sujetos que tengan niños enfermos de diarrea. Se excluyen los que actualmente cursan con un síndrome diarréico porque puede producir sesgo en los resultados, debido a que la susceptibilidad y severidad no son percibidas sino reales.

3.2 MATERIAL

Recursos humanos necesarios para el desarrollo de la investigación incluyeron el asesor, encuestadores, investigador responsable; en cuanto a recursos materiales se pueden mencionar el material bibliográfico compuesto por libros, revistas, artículos y documentos oficiales para dar respaldo al marco teórico, también papelería acetatos, hojas, lápices entre otros que se detallan en el presupuesto (Apendice A). El tiempo fue establecido en el cronograma de trabajo (Apendice B) de junio a 1992 a julio de 1993.

El Instrumento se construyó usando como referencia, The Osteoporosis Health Belief Scale (kim, horan y

patel, 1990) y Reexamination of Eisen, Zellman, and McAlister's Health Belief Model Questionnaire (Bernstein y Keith, 1990). Se adaptó el instrumento en relación a los planteamientos de las variables susceptibilidad y seriedad percibida así mismo beneficios y barreras, en términos del lenguaje de la región y en una encuesta específica para el problema de investigación a diferencia de las escalas planteadas en los estudios de referencia. Los valores se crearon a partir del instrumento (Apendice C). y se aplicó con apoyo de la técnica de entrevista semi-estructurada.

Descripción del Instrumento. Consta de seis secciones, la primera que identifica la encuesta, la segunda reacionada con los factores modificadores (datos demográficos, sociopsicologicos y estructurales), la tercera en relación a la variable creencias maternas o percepciones de riesgo, la cuarta relacionada con las creencias de posibilidad de acción, la quinta sobre conductas preventivas (de salud y tradicionales) y la sexta datos del niño, debido a la posible influencia que el estado nutricional y de salud puedan tener sobre las percepciones maternas.

Así mismo se elaboró un instructivo para guiar la recolección de datos (Apendice D), la aplicación se

llevó a cabo por el investigador y 5 encuestadores entrenados para este fin. El plano de la comunidad (Apendice F) sirvió para orientar la ubicación de las familias seleccionadas aleatoriamente a partir de los domicilios registrados y de los sectores de la colonia. El instrumento fue sometido a prueba piloto en 10 sujetos posterior a ello, reajustaron algunos planteamientos en relación a susceptibilidad percibida.

3.3 PROCEDIMIENTO

Se entrevistó a la madre o tutora que cumplió los requisitos de inclusión previo consentimiento firmado por quienes sabían hacerlo y en los casos de analfabeta bastó con su aprobación verbal. La información fue recolectada en el domicilio de la entrevistada y posteriormente se revisaron y codificaron los datos por el mismo investigador para asegurar que el llenado fuese correcto.

El recuento de datos fue procesado por medio electrónico, se diseñó con este fin un programa de cómputo específico para captura de datos y en el procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

En relación a la conducta preventiva, los puntajes para frecuencia de acciones fueron: uno igual a nunca, dos en ocasiones, tres frecuentemente y cuatro siempre; los puntajes de importancia fueron: uno sin importancia, dos poca importancia, tres importante y cuatro muy importantes. A partir de las sumatorias de 10 actividades o medidas preventivas biomédicas y nueve tradicionales, se categorizaron en escalas de magnitud alta, moderada y baja las conductas preventivas, tanto en frecuencia e importancia para los dos tipos: biomédicas y tradicionales, por considerar que las acciones en conjunto son un reflejo de la conducta preventiva global.

La magnitud de la conducta preventiva se estableció en base a escalas creadas para frecuencia e importancia por rangos a partir de los puntajes mínimos y máximos de las actividades biomédicas y tradicionales. En donde, el valor comprendido de 10 a 20 puntos corresponde a conducta preventiva baja, de 21 a 30 puntos equivale a conducta preventiva moderada y de 31 a 40 puntos se consideró conducta preventiva alta para las de tipo biomédica.

Por otra parte, la escala de conducta preventiva tradicional se clasificó en base a los siguientes

rangos: de 9 a 18 puntos baja, de 19 a 27 moderada y de 28 a 36 alta.

El criterio utilizado para categorizar el estado nutricional del niño está basado en las tablas de nutrición de la O.M.S. (1983), en donde el peso de acuerdo a la edad y el peso por la estatura o longitud sirvieron como referencia, todo niño que registrara datos dentro de más de dos y menos de dos desviaciones estándar se consideraron normales, en tanto, que aquellos registrados por arriba o por debajo de este rango se categorizaron con malnutrición "aguda", debido a la imposibilidad de establecer el tiempo de evolución con el actual estado nutricional.

En relación a la variable estado de salud actual del niño, se tomó como criterio observar o registrar por referencia de la madre, algún signo o síntoma presente en el niño, para clasificarlos en dos opciones: a) Sin alteración y b) Alteración con signos o síntomas.

De este proceso se obtuvieron datos descriptivos y análisis estadísticos de correlación de variables categóricas de acuerdo a la V de Cramer y la Covariancia que midieron la fuerza de la correlación y se interpretaron de acuerdo a la escala de Guilford (1954).

Para contrastar la hipótesis se utilizó la Chi

Cuadrada obtenida y se comparó con la Chi Cuadrada teórica según grados de libertad con apoyo de tablas estadísticas Cañedo, (1987).

La presentación de resultados se ordenó con apoyo de figuras y cuadros utilizando el Programa Harvard Graphics.

3.4 ETICA DEL ESTUDIO

Se solicitó la autorización formal por escrito del Coordinador del Centro de Salud de la Colonia Fomerrey IV de Apodaca, N.L., para realizar el estudio a la comunidad, también se informó al personal del mismo acerca del estudio, lo cual favoreció su apoyo y colaboración.

Para proteger los derechos de los sujetos de investigación se guardó el anonimato y se les aseguró que el manejo de los datos sería con fines exclusivos de la investigación.

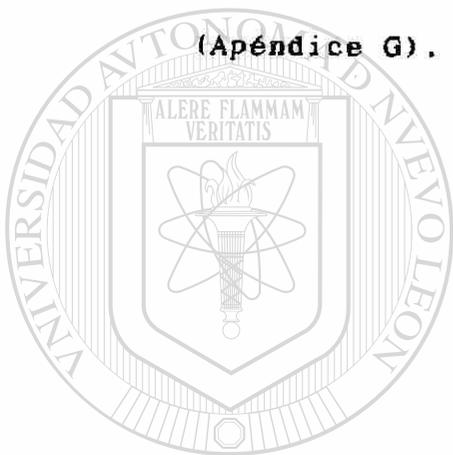
Además, se pidió el consentimiento materno por escrito en donde tuvieron la oportunidad de decidir su participación firmando la hoja específica en caso de saber leer y escribir y en caso contrario se le explicó y dió lectura por el entrevistador para dar por aceptada

51.

la participación con la aprobación verbal (Apendice E).

Se dieron a conocer sus derechos y el propósito del estudio; para responder al formulario se les brindó asesoría y al finalizar la entrevista se le proporcionó un folleto sobre las medidas para evitar la diarrea y los procedimientos en caso de presentarse la enfermedad.

(Apéndice G).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO V

RESULTADOS

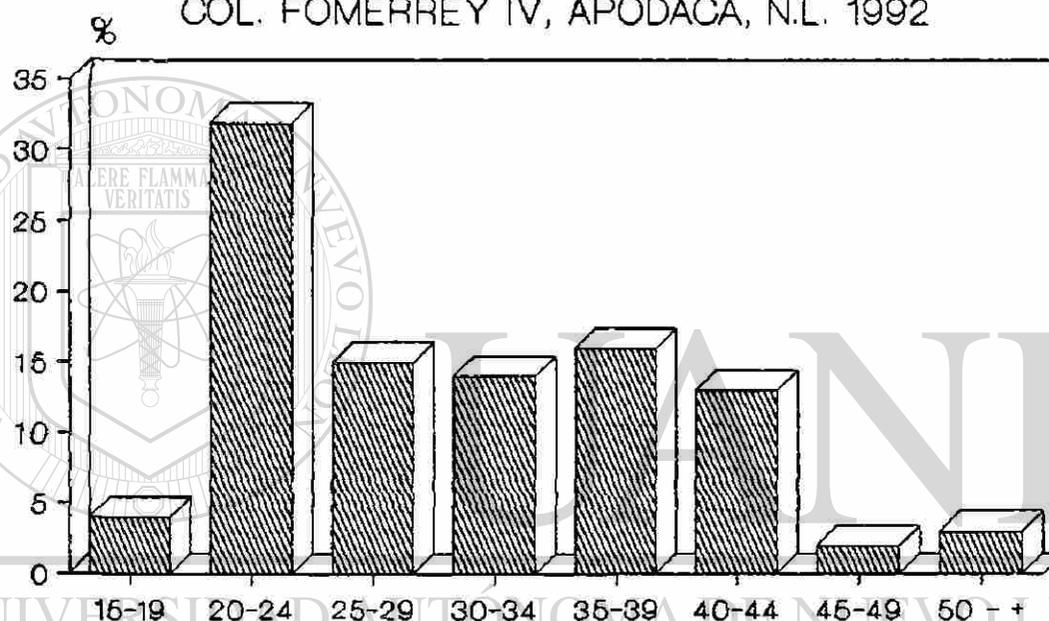
Los resultados se presentan en el orden de la información recolectada en el instrumento. Se señalan las frecuencias y cruces de variables relevantes, la fuente de información fueron las madres o tutoras permanentes de niños de 1 a 5 años, los datos correspondieron a ellas en relación a factores sociodemográficos y estructurales en la parte inicial, posteriormente se refieren a las creencias de salud relacionadas a la prevención de la diarrea en niños, que incluyen susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras; para concluir, se describen datos del niño que pueden tener influencia en las creencias maternas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FIGURA 1 EDAD DE MADRES O TUTORA DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



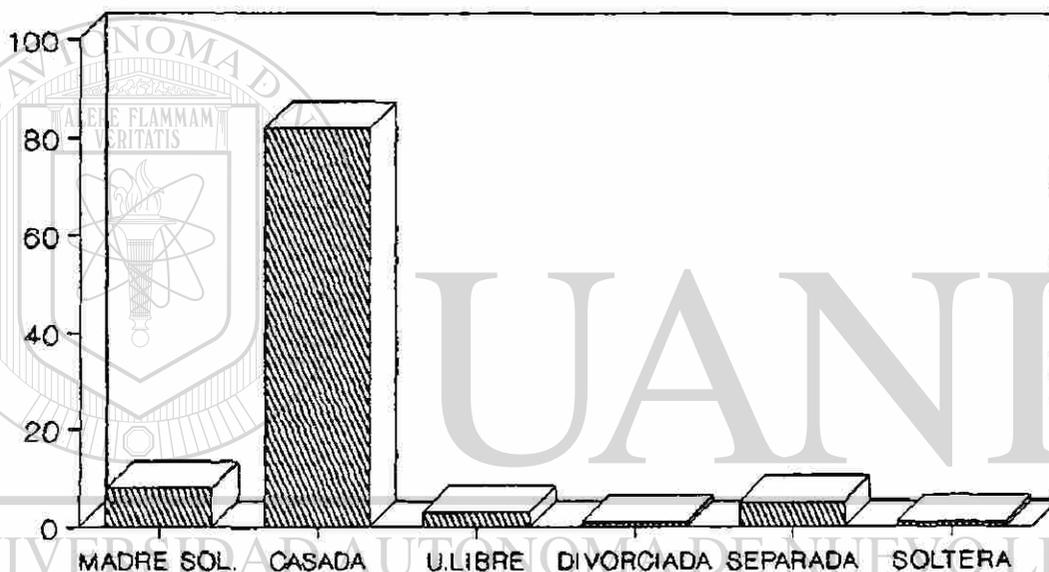
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La edad de las madres estuvo comprendida de 15 a 19 años 4 por ciento, el 32 por ciento de 20 a 24 años, 15 por ciento de 25 a 29 años, 14 por ciento de 30 a 34 años, 16 por ciento de 35 a 39 años, 14 por ciento de 40 a 45 años, 2 por ciento de 45 a 49 años y de 50 a más 3 por ciento. (Figura 1).

FIGURA 2 ESTADO CIVIL DE MADRES O TUTORAS DE NIÑOS DE 1-5 AÑOS

% COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

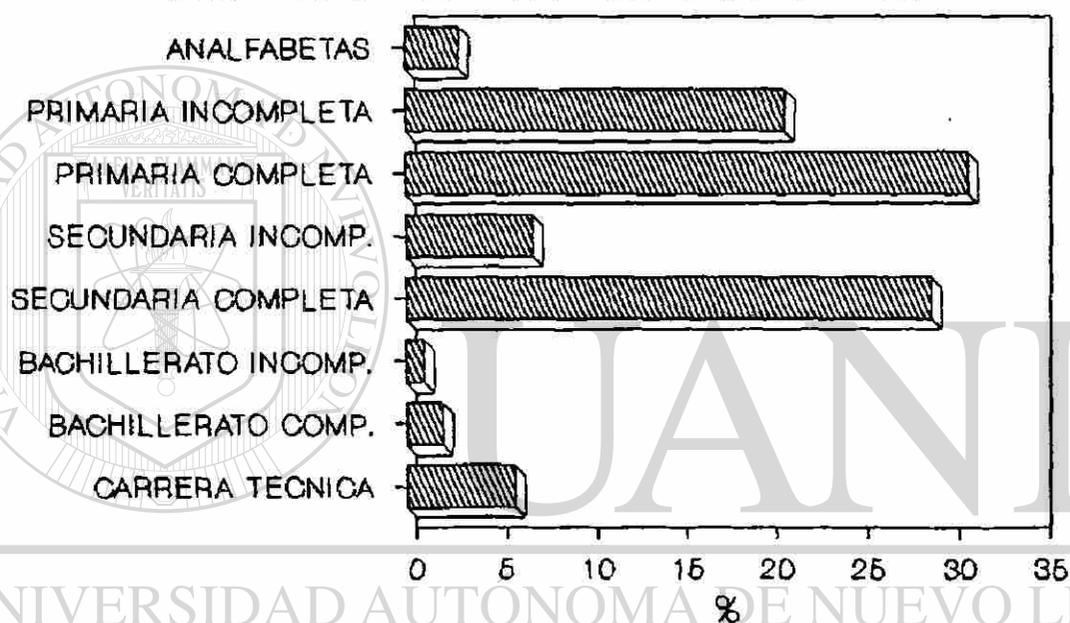
DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

El estado civil de las entrevistadas fue 8 por ciento de madres solteras, 82 por ciento casadas, 3 por ciento unión libre, divorciada uno por ciento y de manera similar tutora soltera uno por ciento y separadas cinco por ciento.

(Figura 2).

FIGURA 3 ESCOLARIDAD DE MADRES O TUTORAS DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

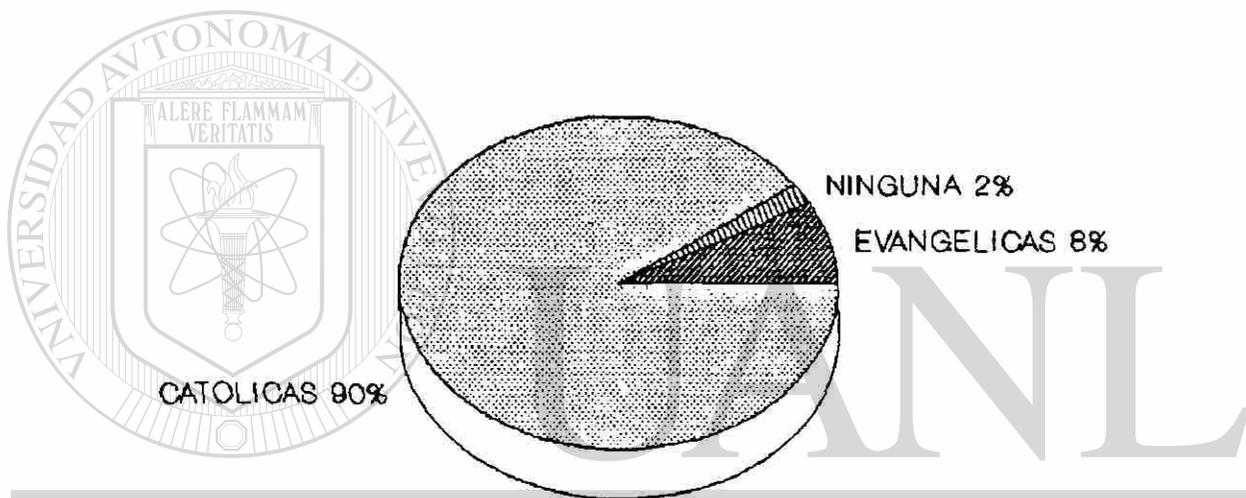


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La escolaridad de las respondientes incluyó tres por ciento analfabetas, 21 por ciento con primaria incompleta, 31 primaria completa, 7 por ciento con nivel de secundaria incompleta, 29 por ciento con secundaria completa, 6 por ciento con carrera técnica, uno por ciento con bachillerato incompleto y dos por ciento con bachillerato completo. (Figura 3).

FIGURA 4
RELIGION DE MADRES O TUTORAS DE NIÑOS
DE 1 A 5 AÑOS



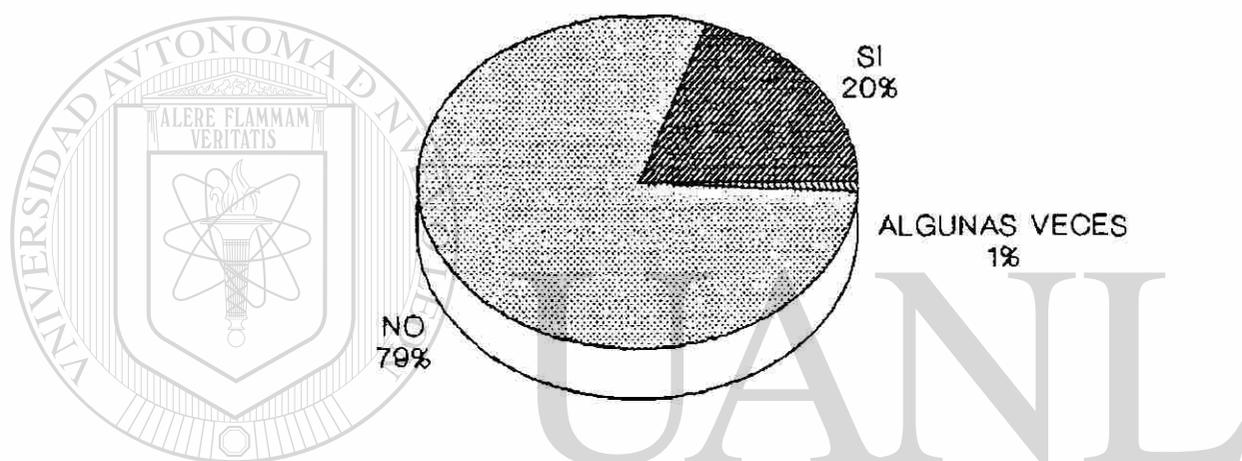
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La religión de 88 sujetos es católica que corresponde a 90 por ciento, evangélicas en sus modalidades pentecostes, presbiterianas y testigos de jehová 8 por ciento y un dos por ciento no práctica alguna. (Figura 4).

FIGURA 5 MADRES O TUTORAS QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



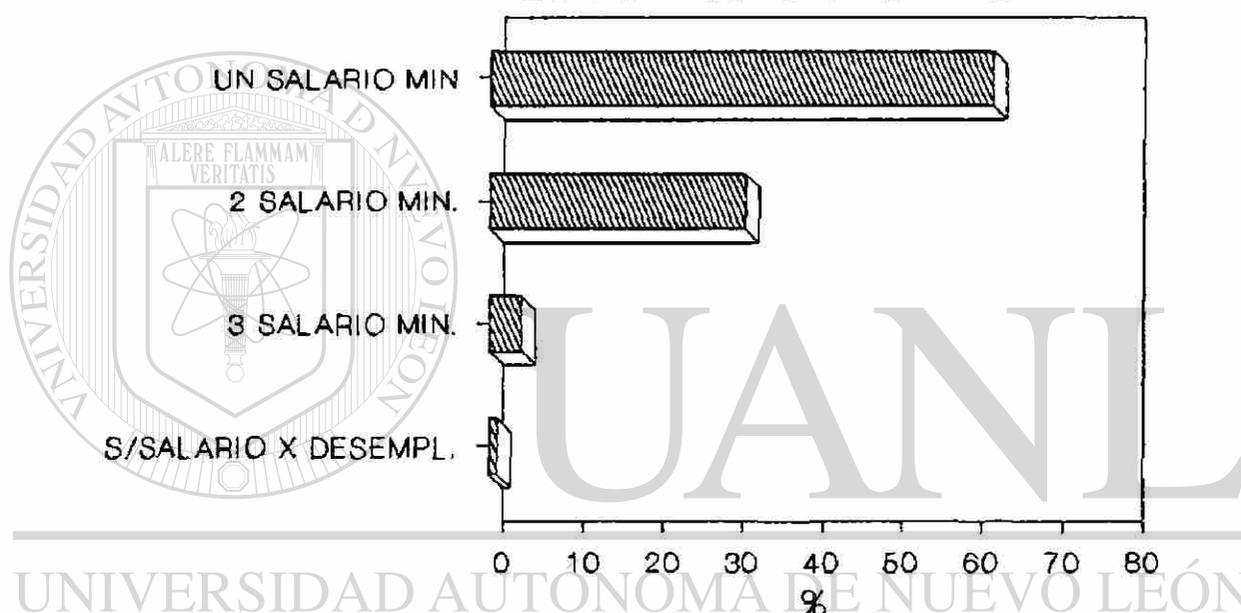
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación a trabajar fuera del hogar 20 por ciento dijeron que si, 79 por ciento que no y uno por ciento algunas veces. (Figura 5). En proporciones similares la ocupación principal en un 81 por ciento fue labores del hogar, 10 por ciento empleadas domésticas, 5 por ciento empleadas no domésticas, 3 por ciento obreras y uno por ciento comercio propio en casa.

FIGURA 6
INGRESO MENSUAL FAMILIAR REPORTADO POR
MADRES O TUTORAS DE NIÑOS DE 1-5 AÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



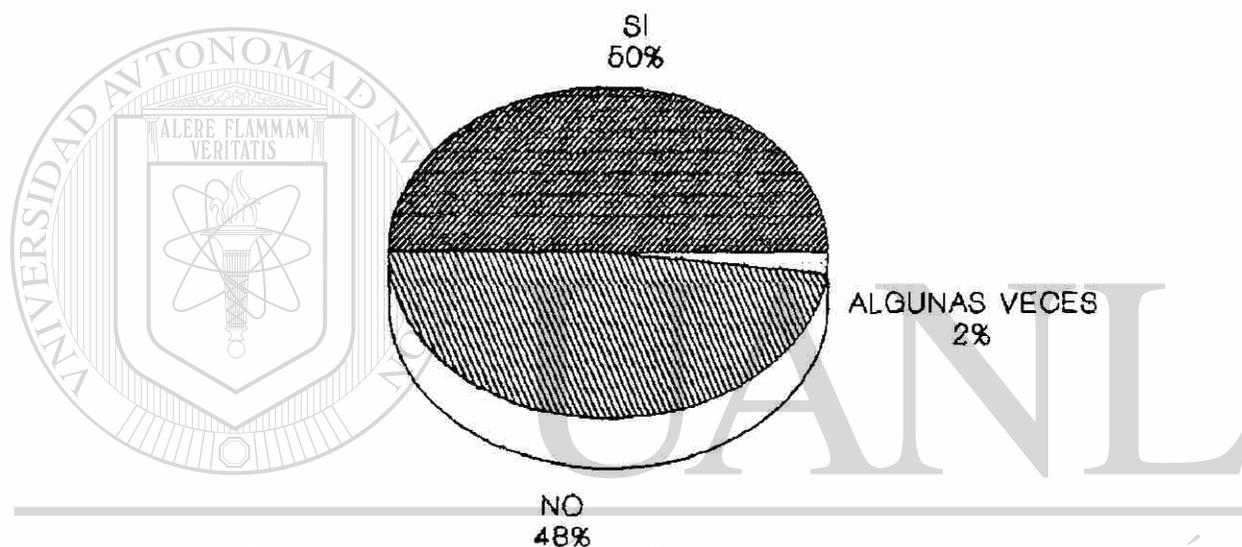
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Con respecto al ingreso mensual predomina el equivalente a un salario mínimo con 63 por ciento, dos salarios mínimos fue reportado por 32 por ciento de las personas, tres salarios mínimos 4 por ciento y sin ingresos por desempleo uno por ciento. (Figura 6).

FIGURA 7 MADRES QUE RECIBEN ORIENTACION PARA CUIDAR LA SALUD DE LOS NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Para identificar los grupos de referencia o influencia social se preguntó a los sujetos haber recibido orientación o recomendaciones para cuidar la salud de sus hijos un 50 por ciento respondió que sí y 48 por ciento contestaron no, mientras que el dos por ciento algunas veces. (Figura 7).

En relación al cuestionamiento de quién le ha recomendado u orientado para el cuidado de la salud (n = 51) contestaron que sí o algunas veces. Entre ellos señalaron grupos o personas que orientan acerca del cuidado de la salud. (Cuadro No. 1).

CUADRO NO. 1
PERSONAL O GRUPO QUE ORIENTA PARA EL CUIDADO DE SALUD

PERSONA O GRUPO	FI	%
Familiares.	16	31.4
Médico y Familiares.	15	29.4
Médico.	7	13.7
Enfermera.	5	9.8
Vecinos.	3	5.8
Amigos y Vecinos.	2	3.9
Farmacéutico.	2	3.9
Escuela.	1	2.0
Total.	51	100.0

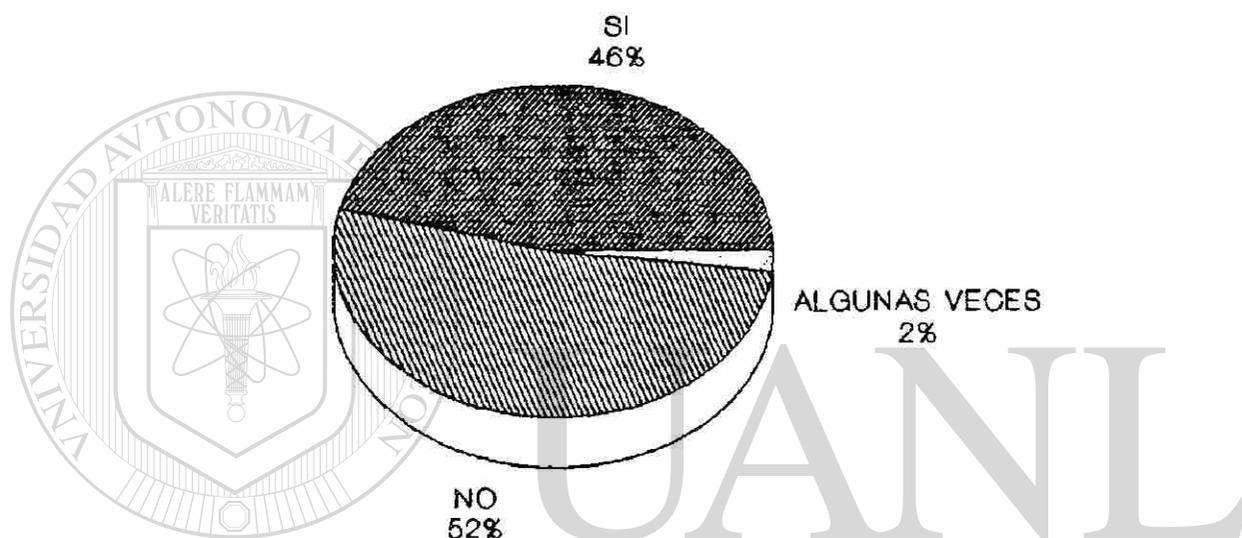
n = 51

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

El grupo de familiares 31.4 por ciento, médico y familiares 29.4 por ciento, 13.7 por ciento el médico exclusivamente, 9.8 por ciento la enfermera, 5.8 por ciento vecinos, 3.9 por ciento amigos y vecinos y en el mismo porcentaje el farmacéutico, por último, dos por ciento recibieron orientación de la escuela.

FIGURA 8 SUJETOS QUE RECIBIERON CONSEJOS PARA MEJORAR LA DIETA DE LOS NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

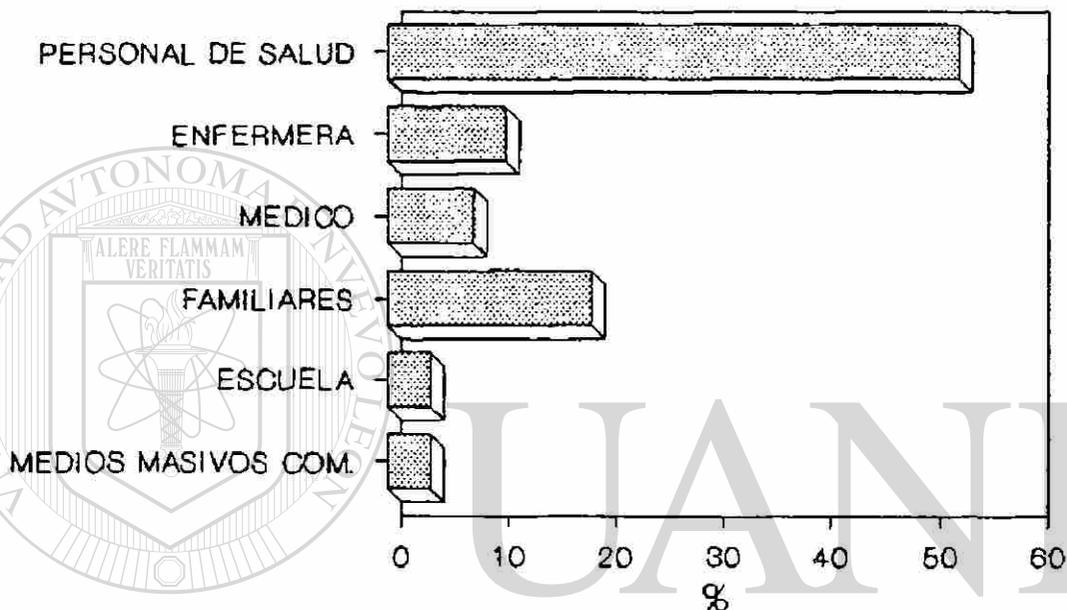
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Otro elemento de grupos de referencia se indagó con la pregunta ¿Ha recibido consejos para mejorar la dieta de sus niños? Se encontró que el 46 por ciento refirió que si, 52 por ciento dijeron no y dos por ciento que algunas veces.

(Figura 8).

FIGURA 9 GRUPOS O PERSONAS QUE DIERON CONSEJOS PARA MEJORAR LA DIETA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

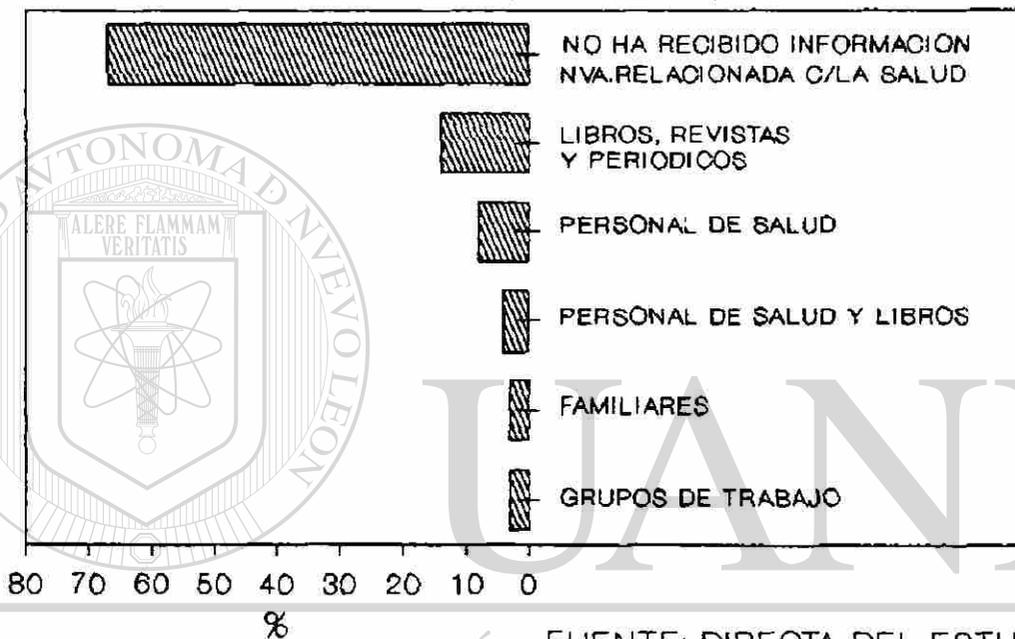


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De los sujetos que han recibido consejos para mejorar la dieta (n=47), en un gran número 53 por ciento los recibieron del personal de salud, 11 por ciento señalaron en forma específica de la enfermera, 9 por ciento del médico que en conjunto representan el 73 por ciento, el 19 por ciento de familiares, 4 por ciento de la escuela, también 4 por ciento señaló como grupo de influencia a los medios de comunicación (Figura 9) estos pueden constituir o identificarse como señales de acción.

FIGURA 10 GRUPOS DE APOYO DE TUTORAS PARA OBTENER INFORMACION NUEVA EN SALUD

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

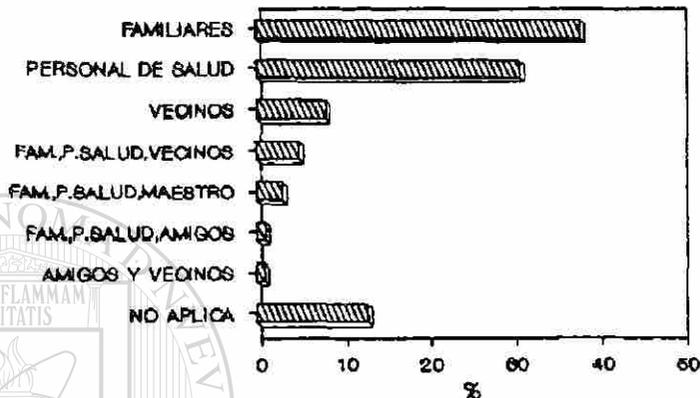


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En torno a recibir información nueva relacionada con la salud de los niños, se encontró que 32 por ciento contestaron si, 67 por ciento no y uno por ciento algunas veces. Del total (n=32) que aceptaron haber recibido información nueva señalaron como fuentes de apoyo: libros, periódicos y revistas, 14 por ciento, personal de salud 8 por ciento, personal de salud y libros 4 por ciento, familiares 3 por ciento y grupos de trabajo 3 por ciento (Figura 10).

FIGURA 11
GRUPOS DE APOYO MATERNO EN LA IMPORTAN-
TANCIA DE CUIDADO EN SALUD DE NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

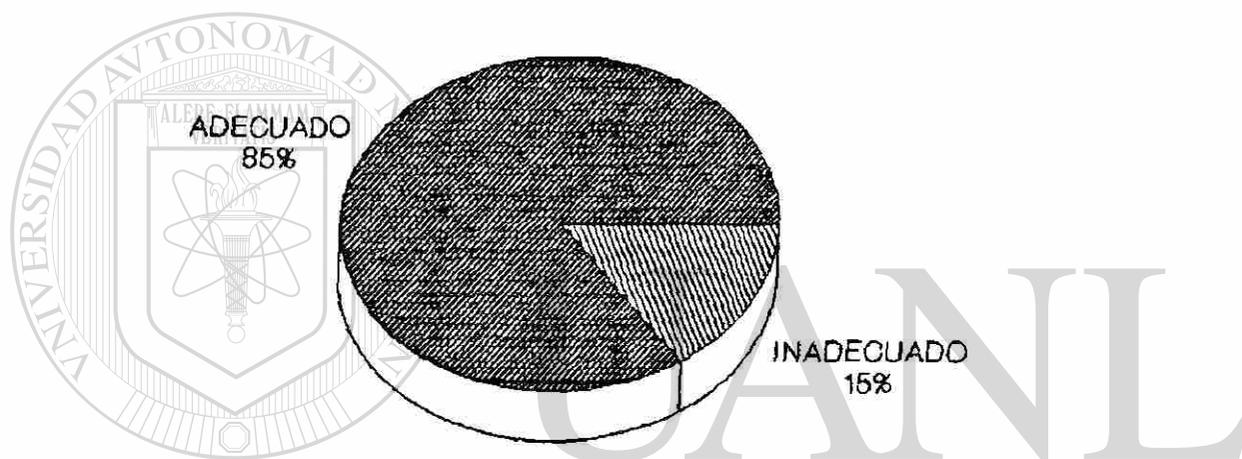


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Finalmente, para identificar grupos de apoyo social para el cuidado de la salud, las entrevistadas informaron acerca de las personas que les han enfatizado la importancia de cuidar la salud de sus niños (88 por ciento dijeron que si y 12 por ciento contestaron no), 38 por ciento de familiares, 31 por ciento del personal de salud, 8 por ciento vecinos, 5 por ciento familia, personal y vecinos, 3 por ciento familia, personal de salud y maestros, uno por ciento familia, personal de salud y amigos, uno por ciento amigos y vecinos, uno por ciento no contestó, además de los 12 sujetos a quienes no le han dicho la importancia del cuidado de salud. (Figura 11).

FIGURA 12
CONOCIMIENTO: CONCEPTO DE LAS MADRES
SOBRE LA DIARREA INFANTIL

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



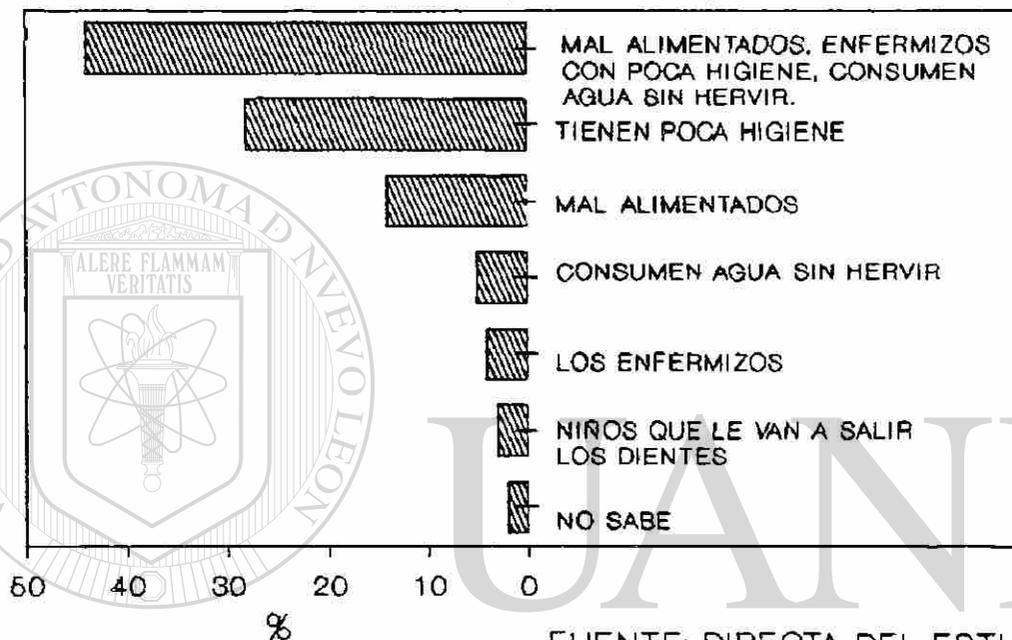
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como parte de los factores estructurales, se cuestionó el conocimiento acerca de diarrea en niños. El concepto adecuado de diarrea fue indagado a partir del instrumento y se obtuvo que se identificó por 85 por ciento de las entrevistadas, el concepto adecuado, mientras que 15 por ciento expresaron un concepto inadecuado. (Figura 12).

FIGURA 13 NIÑOS CON RIESGOS DE ENFERMEDAD REPORTADOS POR LAS MADRES

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los niños identificados por las madres con más riesgos de enfermar 44 por ciento contestaron 4 factores de riesgo, con un factor de riesgo 28 por ciento. Los niños con poca higiene, 14 por ciento los infantes mal alimentados, 5 por ciento los niños consumidores de agua sin hervir, 4 por ciento indicaron que los niños enfermizos, como factor de riesgo tradicional 3 por ciento respondieron que los niños a los cuales van a salir los dientes y un 2 por ciento dijeron no saber. (Figura 13).

Por otra parte, el conocimiento acerca de la edad de los niños en la cual es más frecuente la diarrea 62 por ciento respondió en menores de un año, 24 por ciento de 12 a 23 meses, 4 por ciento de 24 a 35 meses, dos por ciento, para los siguientes grupos de edad 36 a 47 meses, 48 a 60 meses, cualquier edad, menores de dos años, antes del año y de 3 a 4 años, y por último uno por ciento antes del año y de 2 a 3 años.

El antecedente de episodios de diarrea al año en los niños de las entrevistadas fue de una vez al año 18 por ciento, dos veces al año 12 por ciento, tres veces o más al año 11 por ciento y no enfermaron en un año 59 por ciento. (Cuadro no. 2).

CUADRO NO. 2

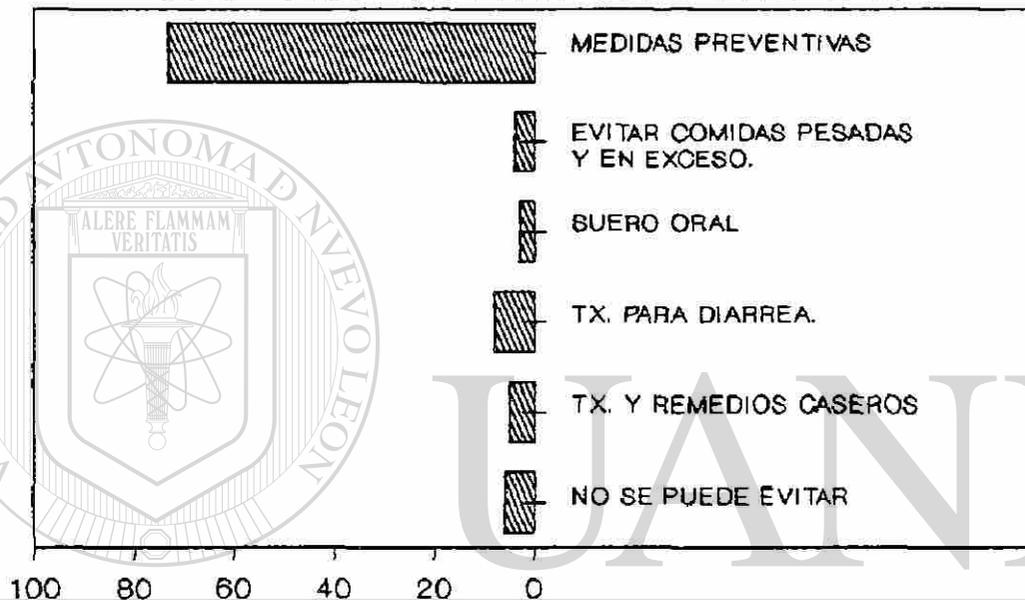
ANTECEDENTE DE DIARREA EN LOS NIÑOS
REPORTADO POR LOS SUJETOS

EPISODIOS DE DIARREA EN UN AÑO EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS.	FI	%
No se han enfermado.	58	59
Una vez al año.	17	18
Dos veces al año.	12	12
Tres veces o más al año.	11	12
Total.	98	100

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

FIGURA 14 RECURSOS MATERNOS PARA EVITAR DIARREA EN NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



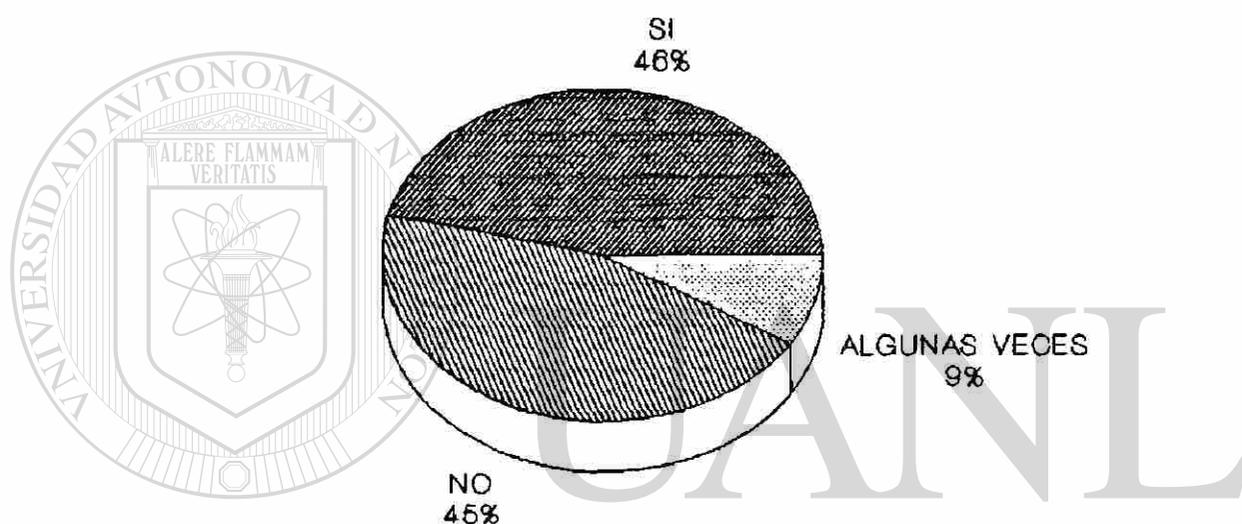
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Entre los recursos para evitar la diarrea en los niños 74 por ciento, reconoció las medidas preventivas, 4 por ciento evitar comidas "pesadas" y en exceso, como recurso preventivo tradicional, 3 por ciento suero oral, 8 por ciento con autome-dicación o tratamientos conocidos para la diarrea, 5 por ciento con tratamientos conocidos y remedios caseros y 6 por ciento respondió que no se puede evitar. (Figura 14).

FIGURA 15 MADRES QUE PERCIBIERON SUSCEPTIBILIDAD DE DIARREA EN SUS NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



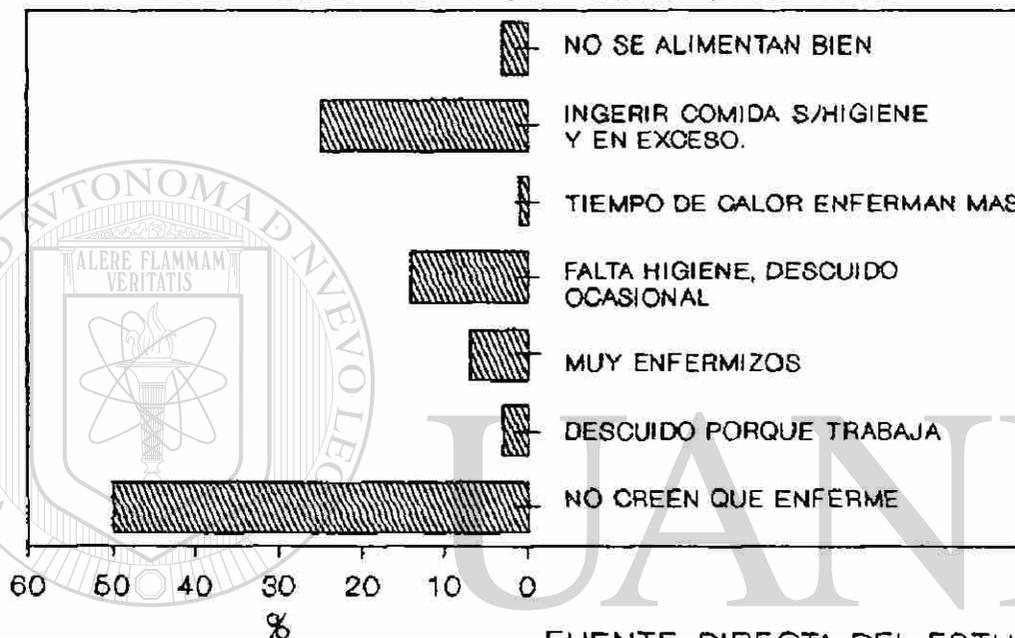
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación a la susceptibilidad percibida, se encontró que el 46 por ciento creen que existe gran probabilidad de enfermar sus niños de diarrea, 45 por ciento afirmó que no mientras que 9 por ciento que algunas veces. (Figura 15).

FIGURA 16 RAZONES MATERNAS PARA CREER QUE EXISTE GRAN PROBABILIDAD Q'SUS NIÑOS ENFERMEN

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

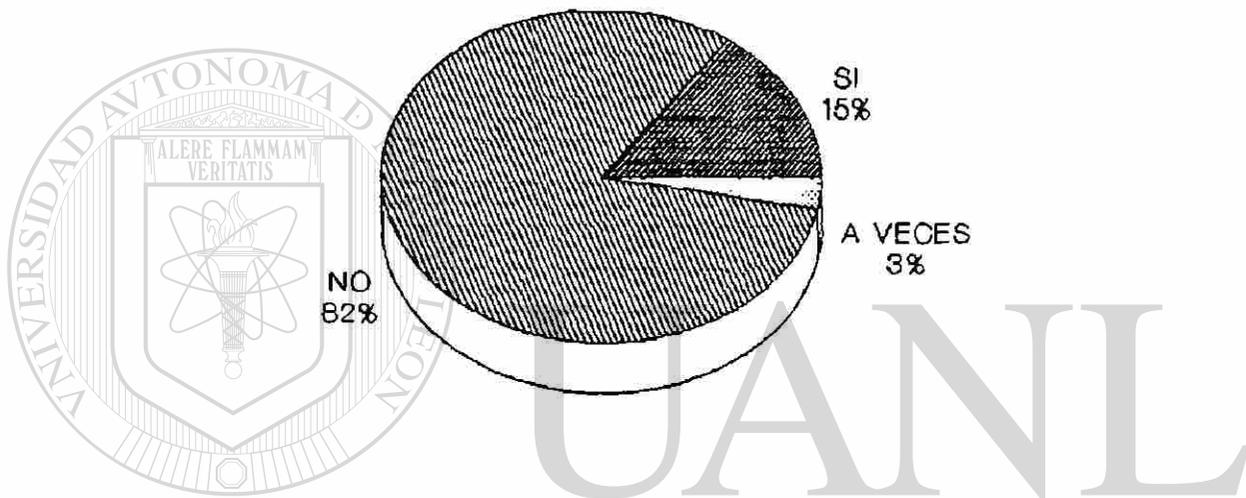
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las razones que las madres dieron para creer susceptibles a sus hijos de enfermar 3 por ciento porque no se alimentan bien, 26 por ciento porque pueden consumir comida sin higiene o en exceso, uno por ciento en época de calor enferman más, 14 por ciento por falta de higiene o descuido ocasional, 7 por ciento porque sus hijos son muy enfermizos, 3 por ciento porque trabaja y los descuida y 47 por ciento no creen que enfermen. (Figura 16).

FIGURA 17
MADRES QUE PERCIBIERON SUSCEPTIBILIDAD
EN SUS NIÑOS EN BASE AL ESTADO DE SALUD

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

También las madres o tutoras expresaron la susceptibilidad de enfermar sus hijos de diarrea porque el estado de salud hace más probable que suceda. (Figura 17), 15 por ciento contestaron que si es probable que enfermen los niños debido al estado de salud, tres por ciento que algunas veces es probable que enfermen por la causa señalada, mientras que 82 por ciento dijeron que no.

Las razones que las mujeres dieron para creer que el estado de salud de sus niños los tornaba mas susceptibles, se resumen en el cuadro no. 3.

CUADRO NO. 3
RAZONES PARA CREER QUE EL ESTADO DE SALUD
AUMENTA LA SUSCEPTIBILIDAD

RAZONES	FI	%
Alguna comida puede causarle mal (de estóma--go).	4	4.1
Siempre existe riesgo.	1	1.0
Porque Dios manda.	1	1.0
Porque el niño es enfermizo.	4	4.1
Porque tienen parásitos.	1	1.0
No saben.	7	7.1
No cree que enfermen a causa del estado de salud.	80	81.6
Total.	98	100

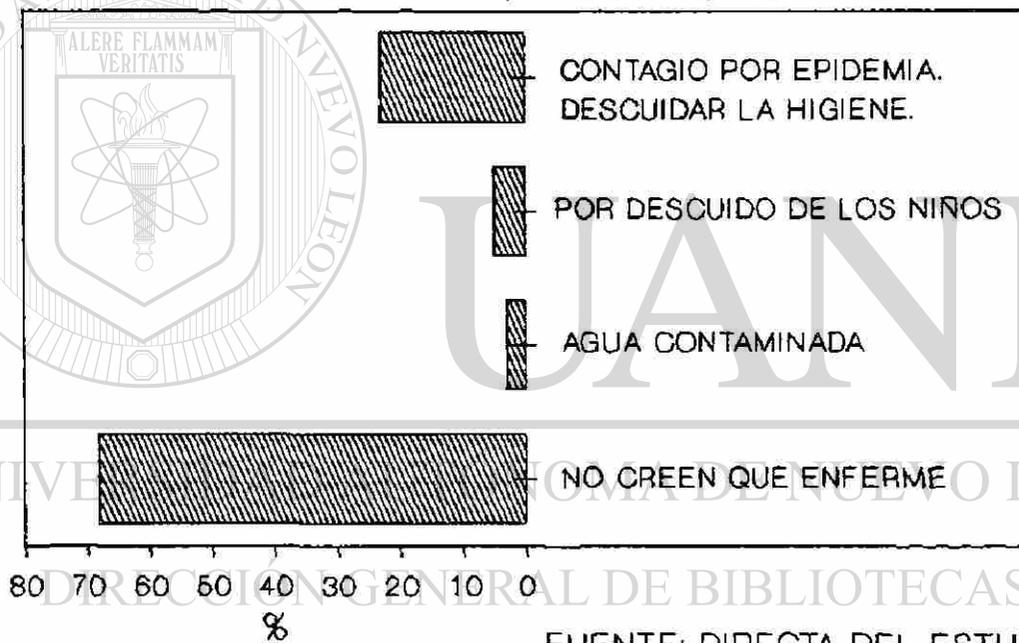
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Otro elemento para valorar la susceptibilidad fueron las creencias de que el niño enfermaría en caso de enfermarse otras personas, 29 por ciento respondieron que si, 68 por ciento no y dos por ciento que algunas veces.

Así mismo, las razones por las cuales creen más probable que enfermen cuando otras personas enferman, 24 por ciento por contagio en epidemia, por falta de higiene, 5 por ciento por descuido de los niños, 3 por ciento porque el agua puede venir contaminada y 68 por ciento no creen que enfermen por que existan muchas personas enfermas (Figura 18).

FIGURA 18
RAZONES PARA CREER Q'EL AUMENTO DE CASOS
AUMENTA LA PROBABILIDAD DE ENFERMAR

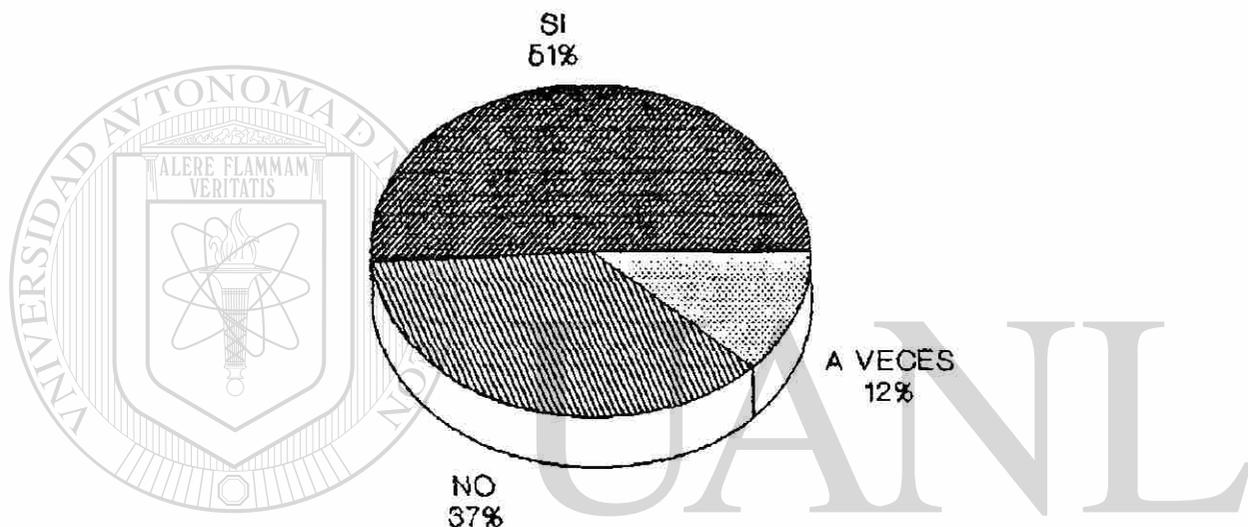
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 19 CREENCIA MATERNA DE QUE SU NIÑO ENFERME DE DIARREA EN EL FUTURO

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



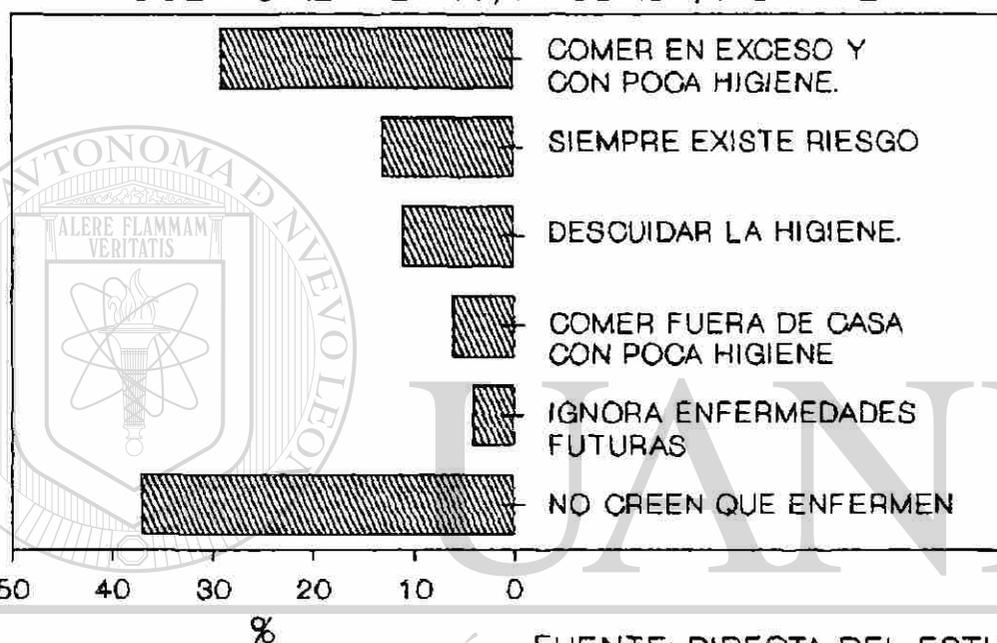
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Por último, en relación a susceptibilidad se cuestionó la posibilidad de que los niños enfermaran de diarrea en el futuro, 51 por ciento contestó que si, 37 por ciento que no y 12 por ciento que algunas veces. (Figura 19).

FIGURA 20 RAZONES MATERNAS PARA CREER QUE SU HIJO ENFERMARA DE DIARREA EN EL FUTURO

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



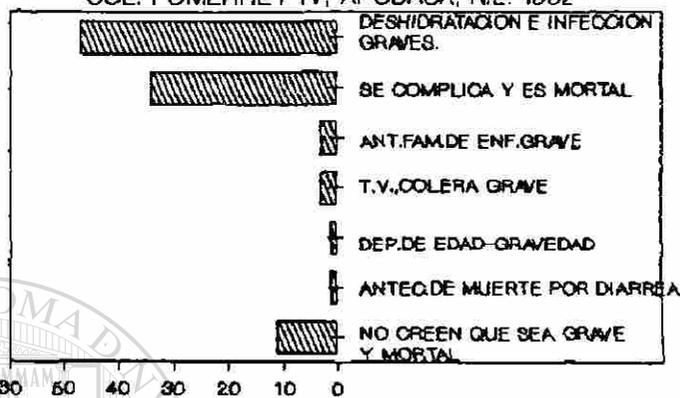
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las razones que dieron las madres para creer susceptibles en el futuro a sus hijos fueron: el 29 por ciento por comer en exceso y con poca higiene, 13 por ciento porque "siempre existe riesgo", 11 por ciento por descuidar la higiene, 6 por ciento pueden comer fuera de casa con poca higiene, 4 por ciento ignora enfermedades futuras y 37 por ciento no creen que enfermaran en el futuro. (Figura 20).

FIGURA 21
RAZONES MATERNAS PARA CREER
QUE LA DIARREA ES SEVERA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



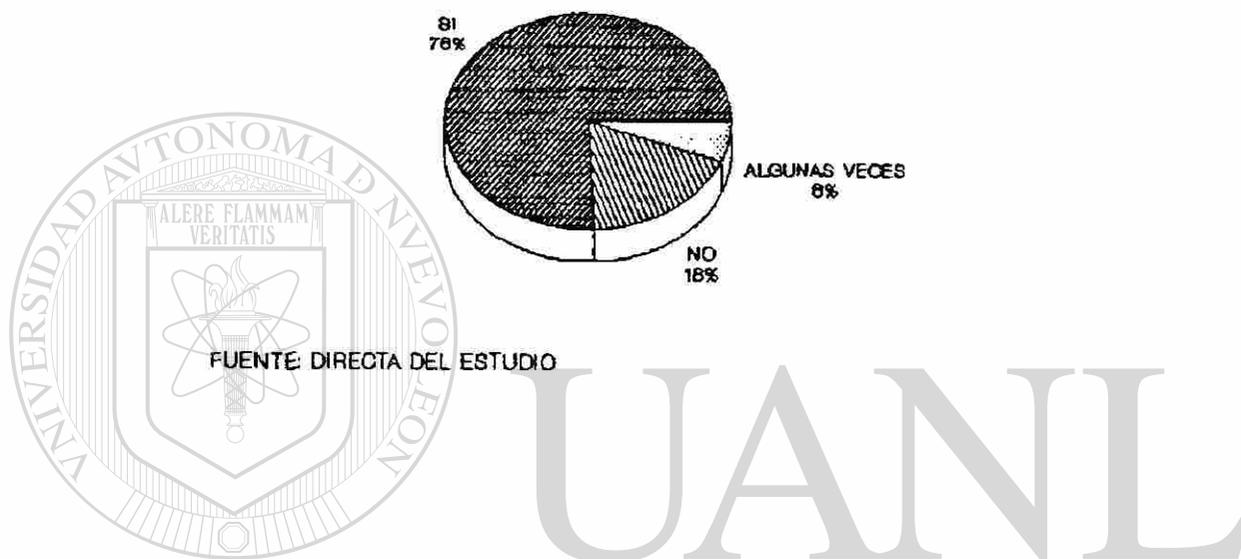
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto a la severidad percibida el 86 por ciento opinó que la diarrea en los niños puede ser tan grave que puede causarle la muerte, 11 por ciento respondió que no y 3 por ciento que algunas veces. Además quienes percibieron severidad

(n=89) señalaron como razones: el 47 por ciento porque la deshidratación y la infección son graves, 34 por ciento porque cuando no se atiende a tiempo se complica y mueren, 3 por ciento porque existe antecedente en la familia de un miembro que enfermó gravemente, 3 por ciento porque en la televisión dicen que la diarrea por cólera es grave, uno por ciento porque dependiendo de la edad es la gravedad (a menor edad mas grave), porque existe antecedente en la familia de una muerte por diarrea, y 11 por ciento no creen severa la enfermedad. (Figura 21).

FIGURA 22
MADRES O TUTORAS QUE PERCIBIERON
SEVERIDAD DE LA DIARREA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

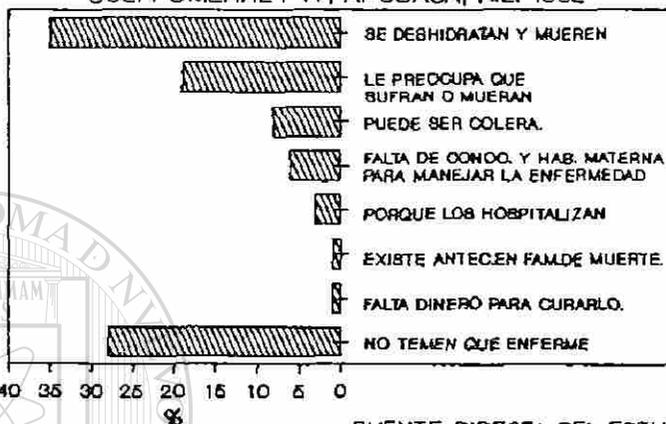


La severidad percibida, expresada en términos de creer que la diarrea es algo serio porque le ocasiona problemas al niño, se encontró que el 76 por ciento dijo que si, el 18 por ciento respondió no y el 6 por ciento algunas veces (Figura 22).

También señalaron los problemas que ocasiona la diarrea destacando el conjunto para jugar, asistir al kinder, crecer y desarrollarse con 45 por ciento, 26 por ciento para el juego, 6 por ciento para crecer y desarrollarse, 5 por ciento para asistir al kinder y 18 por ciento no creen que la diarrea le causa dificultades al niño.

FIGURA 23
RAZONES MATERNAS PARA CREER SEVERA
LA DIARREA EN SUS NIÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1982



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

También con respecto a severidad se encontró un 67 por ciento de sujetos, que la idea de diarrea en sus hijos les

asusta, 28 por ciento dijeron no asustarles y 5 por ciento algunas veces. Para complementar esta parte se indicó las

razones para sentir temor, si sus niños enfermaran, en primer lugar porque se deshidratan y pueden morir con 35 por ciento le

preocupa que sufran o mueran 19 por ciento, puede ser cólera 8 por ciento, reconoce falta de conocimiento para manejar la

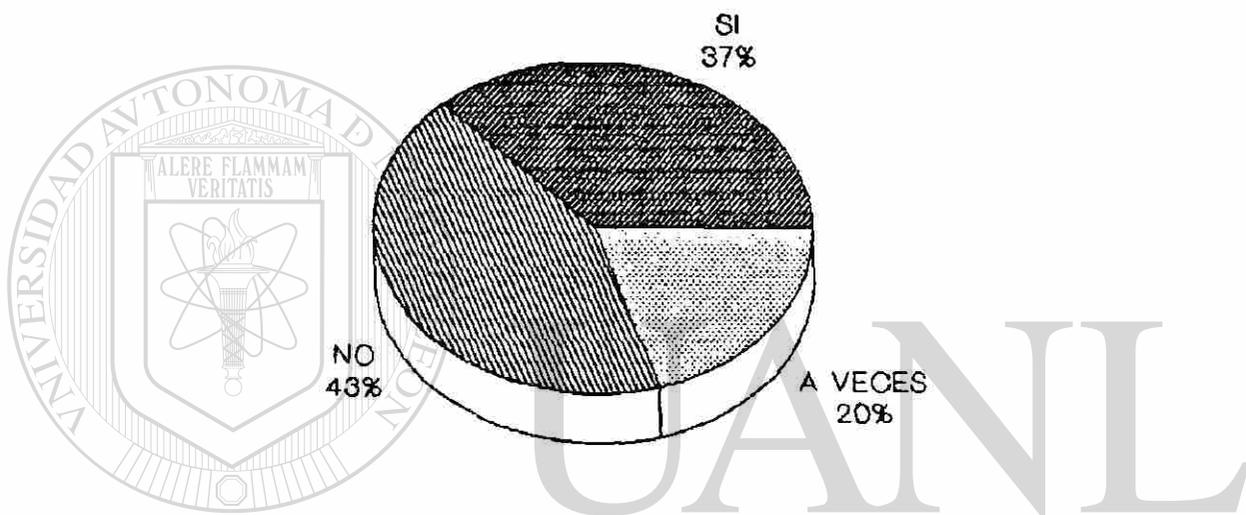
enfermedad en el niño 6 por ciento, porque lo tienen que hospitalizar 3 por ciento, por antecedente de muerte por

diarrea en la familia uno por ciento, por falta de dinero para curarlo, uno por ciento y no temen que enfermen 27 por ciento

(Figura 23).

FIGURA 24 MADRES CON CREENCIA DE QUE LA DIARREA SE CURA FACIL EN CASA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



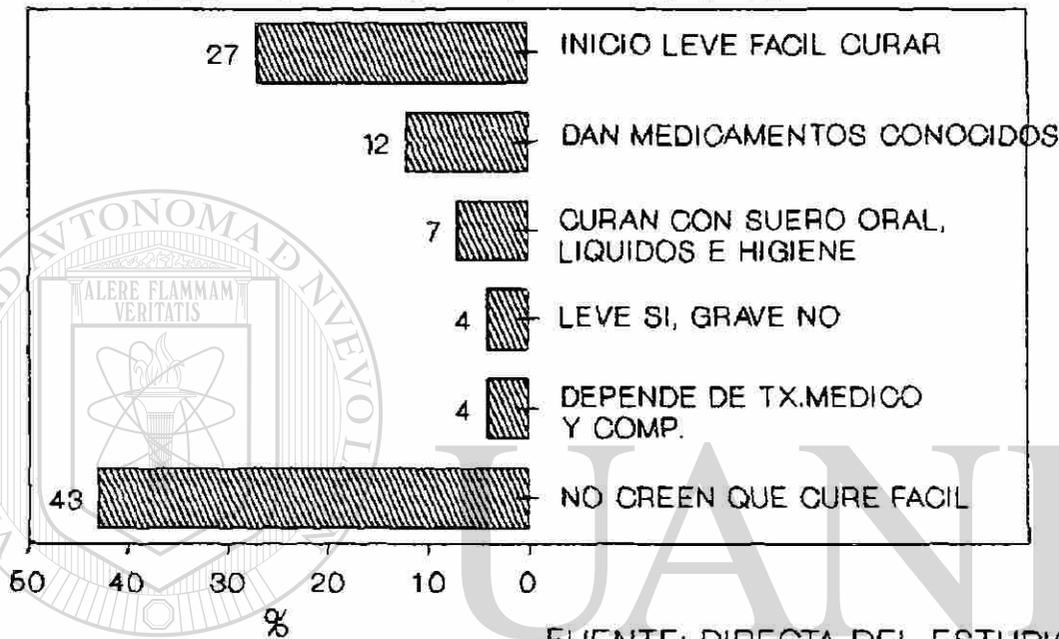
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Finalmente, la severidad percibida se dió a conocer por la facilidad de curar la diarrea en casa; 37 por ciento dijeron que se cura fácil, 43 por ciento que no y 20 por ciento algunas veces. (Figura 24).

FIGURA 25 RAZONES MATERNAS PARA CREER QUE LA DIARREA SE CURA FACIL EN CASA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Entre las razones para creer que la enfermedad se cura fácil en el hogar fueron: el 30 por ciento porque cuando se inicia y es leve es fácil curarla, 12 por ciento dijeron que cura fácil porque administran medicamentos conocidos para la diarrea (automedicación), 7 por ciento curan fácil la enfermedad con suero oral, líquidos e higiene, 4 por ciento la enfermedad cura cuando es leve y grave no, 4 por ciento consideraron que depende de lo medicamentos prescritos por el médico y si se completa el tratamiento, 43 por ciento no creen que la diarrea se cure fácil en casa (Figura 25).

Los beneficios percibidos se indagaron a través de algunas conductas específicas y su eficacia para prevenir la diarrea, con opción de respuestas dictómicas que se resumen en el cuadro no. 4

CUADRO NO. 4
BENEFICIOS PERCIBIDOS POR LAS MADRES O TUTORAS
DE LA CONDUCTA PREVENTIVA

BENEFICIOS PERCIBIDOS DE:	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
El consumo de agua hervida, reduce riesgo de diarrea.	81	82.7	17	17.3	98	100
Al alimentar con leche materna al niño los primeros meses de vida, evita la diarrea.	89	90.8	9	9.2	98	100
La higiene personal y doméstica reduce el riesgo de diarrea.	88	89.8	10	10.2	98	100
El manejo higiénico de agua y alimentos previene la diarrea.	96	98.0	2	2.0	98	100
Es de ayuda en su función materna realizar actividades para prevenir la diarrea.	96	98.0	2	2.0	98	100

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Las barreras percibidas se indagaron acerca de la inconveniencia de algunas conductas específicas para la prevención de la diarrea. Con respecto a requerir cambios en los hábitos alimentarios de su familia para comer una dieta adecuada (carne, verduras, frutas, leche, cereales). El 49 por ciento dijeron que sí, 51 por ciento no.

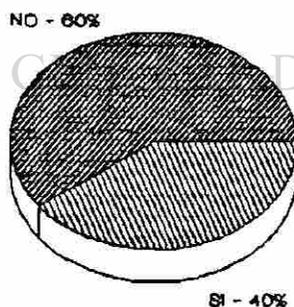
En relación a la barrera en términos del desagrado en los niños para tomar agua hervida reportado por las madres el 62 por ciento dijeron que si les desagrada y 38 por ciento que no les desagrada.

En cuanto a la inconveniencia de lavar frutas y verduras resultando "fastidioso" el 25 por ciento de las madres respondieron que sí y el 75 por ciento no.

Las madres o tutoras que aceptaron tener problemas para llevar a los niños a revisión periódica de salud fue de 40 por ciento y 60 no han tenido problemas para realizar la acción señalada. (Figura 26).

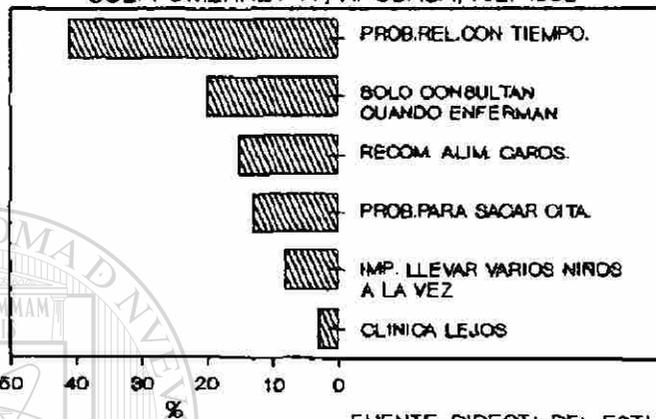
FIGURA 26
MADRES QUE TIENEN PROBLEMAS PARA LLEVAR
A NIÑOS A REVISIÓN PERIÓDICA DE SALUD

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 27
BARRERAS MATERNAS PARA LA REVISIÓN
PERIÓDICA DE SALUD EN LOS NIÑOS
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Del total de sujetos que aceptaron tener problemas para llevar a sus niños a revisión periódica de salud fue $n = 39$

(Ver figura 27), de ellas el 41 por ciento señalaron problemas

con el tiempo como: no tiene, pierde mucho, está ocupada todo el tiempo y el horario del centro de salud no coincide con su

tiempo libre, es cansado y gorrroso esperar mucho tiempo para que atiendan, 20 por ciento solo llevan a consultar al niño

cuando enferma, 15 por ciento porque le recomienda alimentos costosos, y que no les gustan a los niños, por problemas para

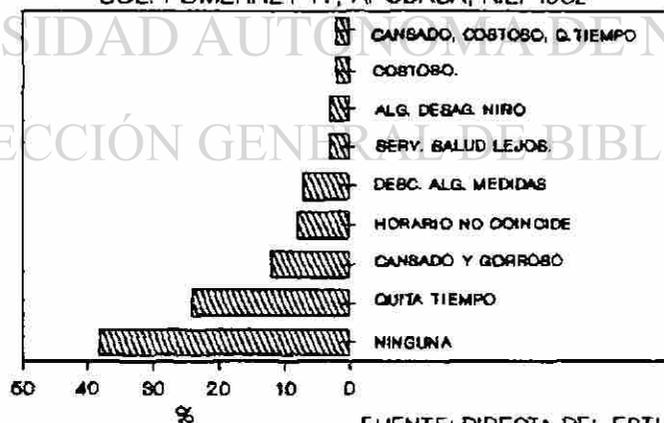
sacar cita el 13 por ciento, porque es imposible llevar varios niños a la vez 8 por ciento, 3 por ciento porque la clínica

está lejos. (Figura 27).

Otras barreras para realizar actividades preventivas respecto a la diarrea fueron identificadas en las madres o tutoras entre las que se encuentran: 25 por ciento, requieren mucho tiempo, 12 por ciento es cansado y "gorroso", 8 por ciento el horario del centro de salud no coincide con su tiempo (libre), 7 por ciento desconoce algunas medidas, 3 por ciento de los servicios de salud están lejos, tres por ciento algunas medidas desagradan al niño, 2 por ciento es muy costoso, otros dos por ciento es cansado, costoso y quita tiempo. Para concluir 38 por ciento de las mujeres dijeron que no tienen ninguna barrera: (Figura 28).

FIGURA 28
BARRERAS MATERNAS PARA REALIZAR
CONDUCTAS PREVENTIVAS DE DIARREA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1982



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

CONDUCTAS PREVENTIVAS

Para obtener la magnitud de las conductas preventivas de las madres o tutoras, se valoraron en base a dos criterios: frecuencia e importancia de las actividades biomédicas y tradicionales que eran llevadas a cabo por cada uno de los sujetos.

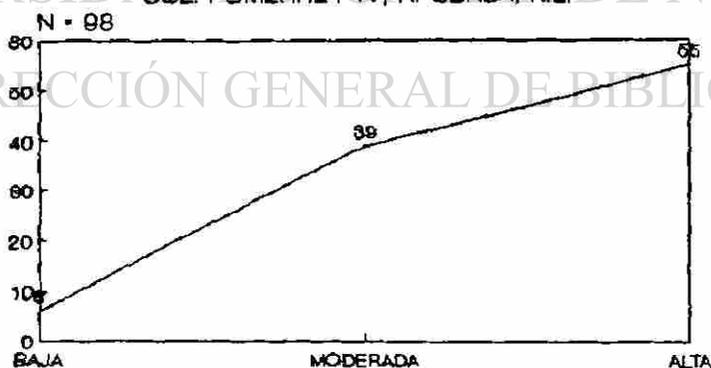
La figura 29 muestra la magnitud de la conducta preventiva biomédica que realizan las madres o tutoras, donde 55 por ciento de sujetos están en el rango de conducta preventiva alta, mientras que 39 por ciento en la moderada y 6 por ciento en la categoría baja.

FIGURA NO. 29

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA MATERNA

EN DIARREA INFANTIL

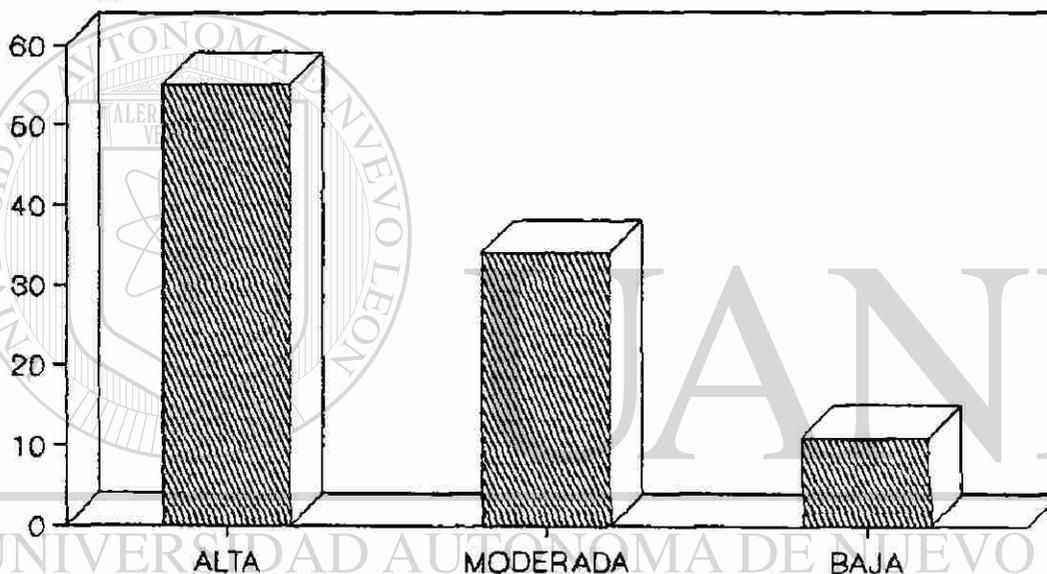
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 30
IMPORTANCIA DE CONDUCTA PREVENTIVA
BIOMEDICA MATERNA EN DIARREA INFANTIL

% COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



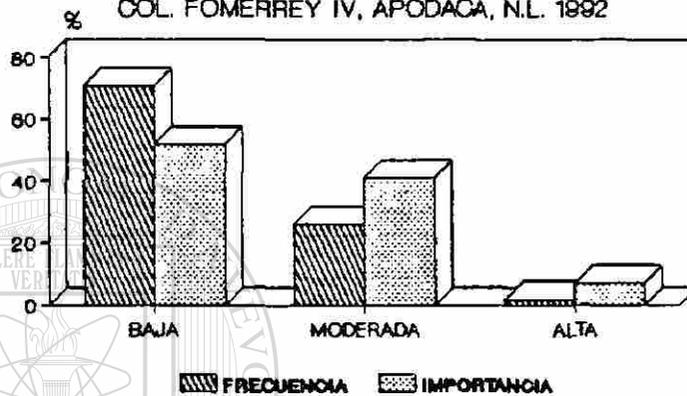
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

La escala de importancia de la conducta preventiva biomédica se muestra en la figura no. 30 donde 55 por ciento de las entrevistadas concede a este aspecto una importancia alta, 34 por ciento importancia moderada, mientras que 11 por ciento calificaron baja la importancia.

FIGURA 31
FRECUENCIA E IMPORTANCIA DE LA CONDUCTA
PREVENTIVA TRADICIONAL MATERNA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

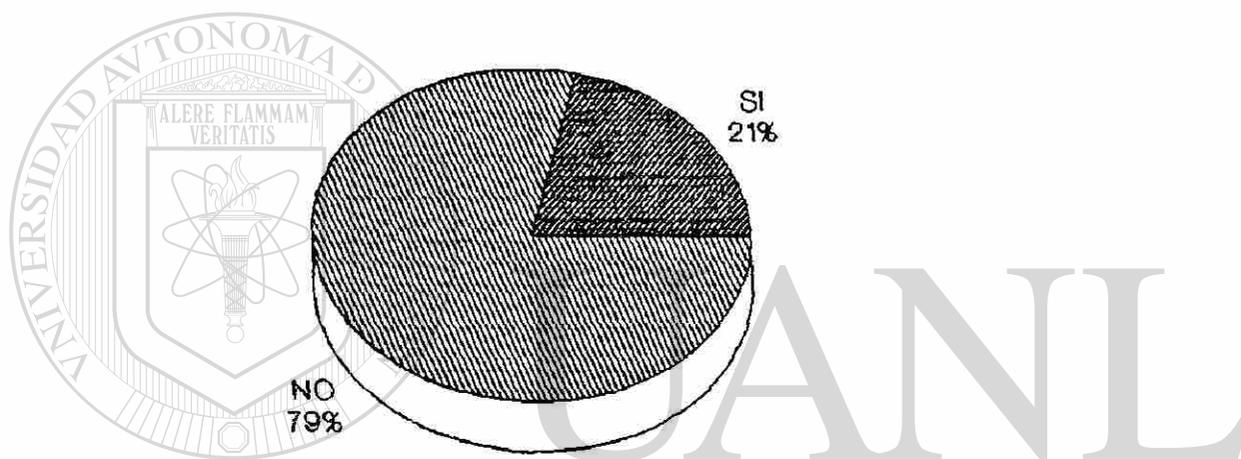


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Como resultados de las escalas para frecuencia e importancia de la conducta preventiva tradicional de las entrevistadas se encontró: el 71 por ciento con rango bajo de frecuencia, mientras que, quienes registraron la importancia baja fueron 52 por ciento. Similarmente en la categoría moderada, para frecuencia fueron 26 por ciento de los sujetos no obstante en importancia 41 por ciento. Además en la clasificación de conducta preventiva alta con respecto a frecuencia calificaron un 2 por ciento aunque en importancia fueron el 7 por ciento. (Ver figura 31).

FIGURA 32 MADRES O TUTORAS QUE USAN OTROS RECURSOS TRADICIONALES

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

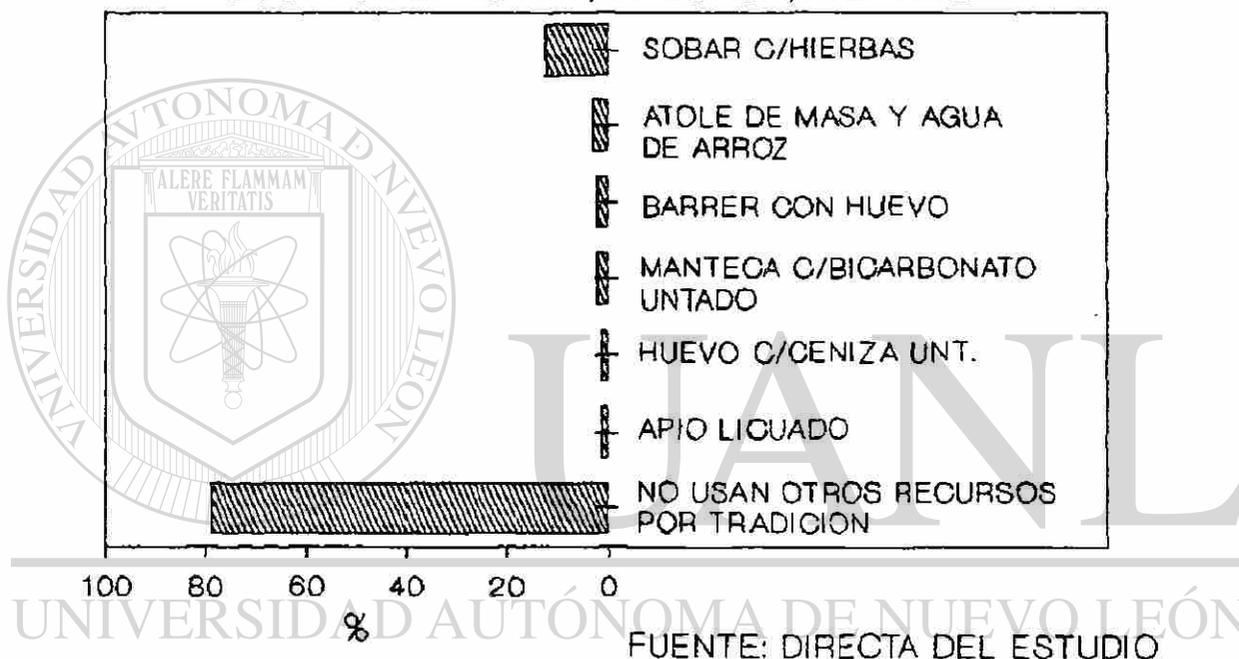


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Además de las medidas tradicionales contempladas se interrogó a las entrevistadas acerca del uso de otros recursos por tradición que no señalaron; de las cuales 21 por ciento dijeron si usan otros recursos tradicionales y 79 por ciento contestaron que no. (Figura 32).

FIGURA 33 OTROS RECURSOS MATERNOS USADOS POR TRADICION

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

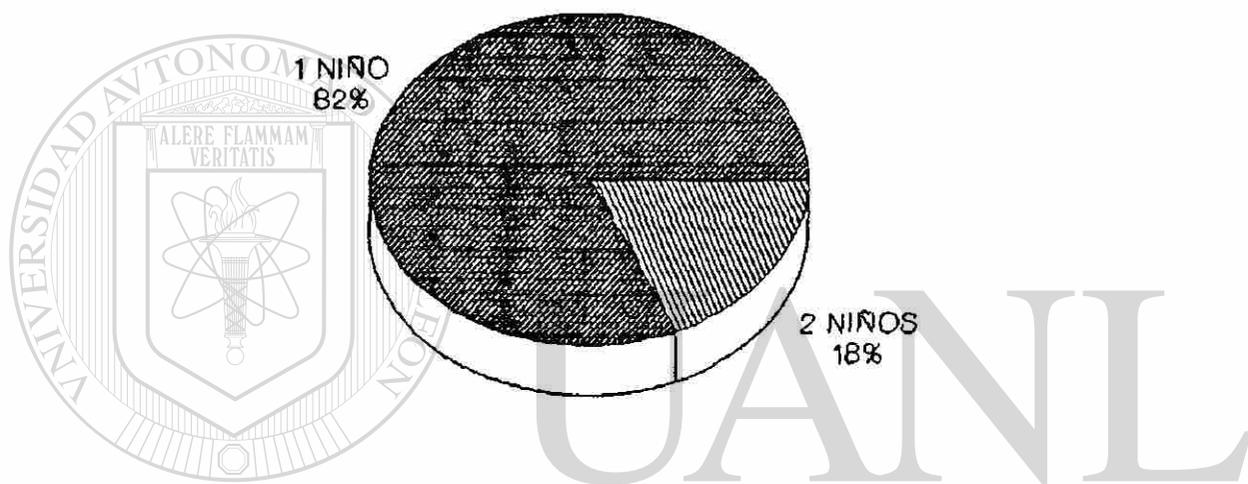


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De las madres o tutoras que mencionaron usar otros recursos tradicionales el 12 por ciento utiliza hierbas para sobar, atole de masa y agua de arroz 31 por ciento, barrer con huevo 2 por ciento, manteca con bicarbonato untado en el abdomen 2 por ciento, huevo con ceniza untada uno por ciento, apio licuado 1 por ciento y no usan otros recursos 79 por ciento. (Figura 33).

FIGURA 34
MENORES DE 1 A 5 AÑOS
POR TUTORA O MADRE

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

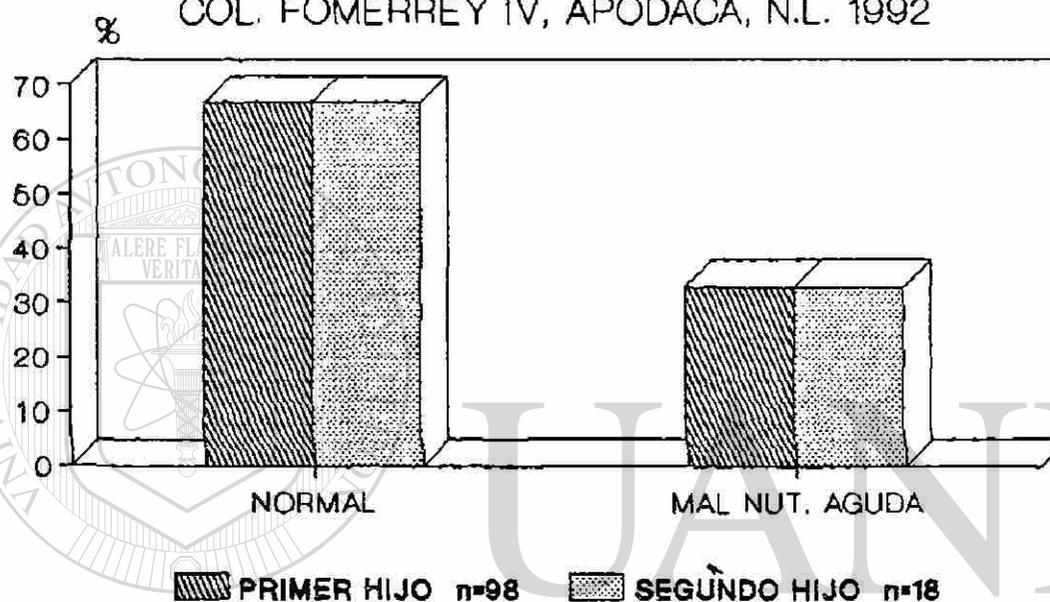
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La figura no. 34 muestra que el 82 por ciento de las mujeres tiene un niño de uno a cinco años de edad, mientras el 18 por ciento dijeron tener dos niños del mismo grupo de edad mencionado anteriormente.

FIGURA 35 ESTADO NUTRICIO DE LOS NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992

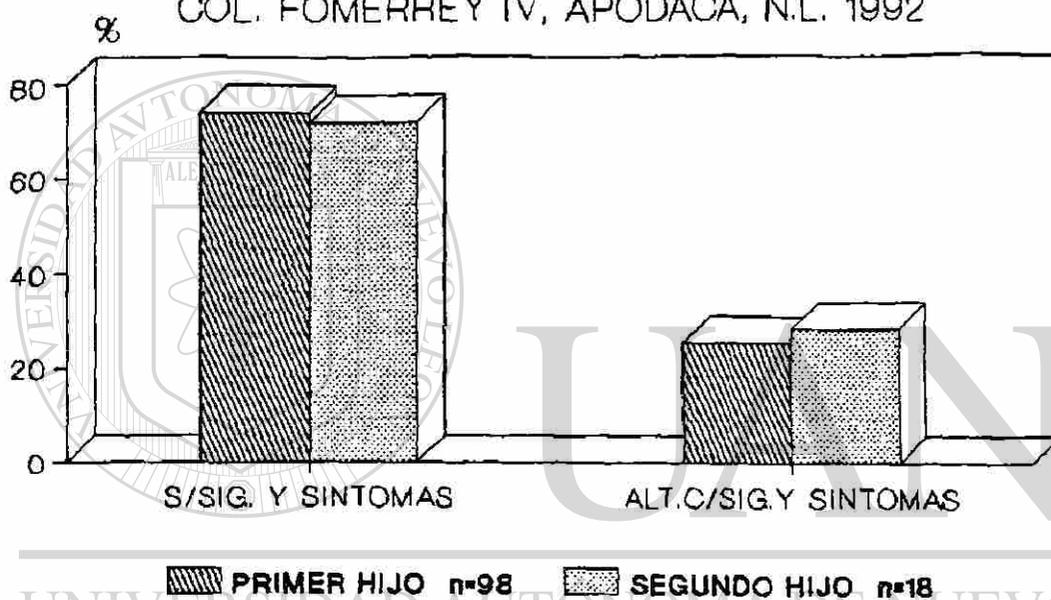


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación al estado nutricio de los niños, del total de 116 niños, 98 fueron incluidos como primer hijo o niño de la madre o tutora, de los cuales 67 por ciento tienen un estado nutricio normal de acuerdo a la clasificación establecida previamente y 33 por ciento se encontraron con mal nutrición. Sin embargo, del total de segundos hijos (n=18) el 67 por ciento se ubicó como normal y 33 por ciento clasificaron con mal nutrición aguda. (Figura 35).

FIGURA 36 ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS DE 1 - 5 AÑOS

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L. 1992



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En lo que atañe a el estado de salud de los niños de uno a cinco años se encontró: en los 98 primeros hijos un 75 por ciento sin signos y síntomas y 25 con alteraciones de signos o síntomas observado o reportados por la madre o tutora. Por otra parte, de los segundos hijos (n=18) 72 por ciento se clasificó sin sintomatología y el 28 por ciento presentaba en el momento de la entrevista alguna alteración con signos y síntomas. (Figura 36).

ANALISIS ESTADISTICO

En este apartado se muestran los cuadros de correlación de las variables estudiadas que permiten orientar la comprobación de la hipótesis mediante la Chi Cuadrada obtenida y teórica de acuerdo a los grados de libertad, además la fuerza y dirección de la correlación a través de la V. de Cramer's con uso de la tabla de Guilford para expresar el resultado mientras que, la covariancia sirvió para explicar la variación.

CUADRO No. 5
RELACION DE ESTADO CIVIL CON CREENCIAS DE SALUD:
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

SUSCEPTIBILIDAD EN SUS NIÑOS DE DIARREA EN EL FUTURO	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Madre Soltera.	3	3.1	4	4.1	1	1.0	8	8.2
Casada.	44	44.9	28	28.6	8	8.2	80	80.2
Unión Libre.	3	3.1	-	-	-	-	3	3.1
Divorciada.	-	-	-	-	-	-	1	1.0
Separada.	-	-	3	3.1	2	2.0	5	5.1
Soltera.	-	-	1	1.0	-	-	1	1.0
Total	50	50	36	36.7	12	12.2	98	100.0

 $\chi^2 = 19.52$
 $\chi^2_T = 18.31$
 $V \text{ Cramer's} = .32$
 $gl. = 10$
 $p = .03$
 $\text{Covariancia} = .10$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

El cuadro no. 5, muestra la relación de estado civil de la madre o tutora como factor demográfico y las creencias maternas de susceptibilidad percibida, se encontró: que el 4.1 por ciento de madres solteras percibe susceptible en el futuro a su niño y 4.1 por ciento no lo considera susceptible. Sin embargo, 53.1 por ciento de las entrevistadas casadas perciben probable que sus niños padezcan diarrea, mientras que 27.1 por ciento no creen probable que enfermen de diarrea en el futuro.

Por otra parte, las personas que reportaron unión libre 3.1 por ciento en su totalidad perciben riesgo en el futuro, en tanto que, las de estado marital divorciada uno por ciento si perciben susceptibilidad (algunas veces). El grupo de separadas 3.1 por ciento no creen que puedan enfermar en el futuro en

tanto que 2 por ciento creen que sea probable algunas veces, el uno por ciento con estado civil soltera no cree que sus niños padezcan diarrea en el futuro.

El estadístico utilizado fue la chi cuadrada que dió un resultado de 19.52, con 10 grados de libertad y un chi cuadrada teórica de 18.31, con significancia de $P = .03$, por lo tanto, fue diferente lo obtenido de lo esperado. El coeficiente de correlación es de .33 o baja definida con una variación explicada de 10 por ciento.

CUADRO No. 6
RELACION DE ESTADO CIVIL CON CREENCIAS DE SALUD:
SEVERIDAD PERCIBIDA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREE QUE LA DIARREA ES ALGO SERIO POR OCASIONAR -- PROBLEMAS AL NIÑO.	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ESTADO CIVIL DE LA MADRE O TUTORA								
Madre Soltera.	7	7.1	-	-	1	1.0	8	8.2
Casada.	61	62.2	16	16.3	3	3.1	80	81.6
Unión Libre.	1	1.0	2	2.0	-	-	3	3.1
Divorciada.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
Separada.	3	3.1	-	-	2	2.0	5	5.1
Soltera.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
Total	74	75.5	18	18.4	6	6.1	98	100.0

$X^2C = 18.81$

$X^2T = 18.31$

V Cramer's = .31

gl. = 10

$p = < .05 = .04$

Covariancia = .10

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Al relacionar la misma variable, estado civil con la severidad percibida debido a las razones que tuvo la madre o tutora para creer que la diarrea es algo serio porque ocasiona problemas al niño (Cuadro no. 6) se obtuvo: en 7.1 por ciento de madres solteras si creen en la severidad de la diarrea mientras que el 1 por ciento no perciben severidad. Además 62.2 por ciento casadas si creen en la seriedad de la diarrea para causar seis problemas al niños en tanto que 16.3 por ciento no percibieron severidad. De las reportadas con unión libre uno por ciento si creen en la severidad de la diarrea y dos por ciento no.

Por otra parte, uno por ciento divorciada si percibió severidad. Similarmente 3.1 por ciento separadas percibieron la seriedad de la diarrea mientras que 2 por ciento no percibieron que la enfermedad ocasionara problemas al niño; finalmente el uno por ciento de los sujetos solteras si percibieron como severa la enfermedad en el niño.

Por medio de la Chi Cuadrada , se obtuvo un resultado de 18.81 con 10 grados de libertad y chi cuadrada teórica de 18.31, con significancia estadística de .04, por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado. El coeficiente de correlación con la V de Cramer es de .31 o asociación baja definida y la variación explicada de 10 por ciento.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO No. 7
RELACION DE ESTADO CIVIL CON CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

ESCALA DE IMP. DE COND. PREVENTIVA BIOMEDICA	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
F. MODIFICADORES: ESTADO CIVIL.								
Madre Soltera.	6	6.1	2	2.0	-	-	8	8.2
Casada.	46	46.9	28	28.6	6	6.1	80	81.6
Unión Libre.	1	1.0	-	-	2	2.0	3	3.1
Divorciada.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
Separada.	-	-	2	2.0	3	3.1	5	5.1
Soltera.	-	-	1	1.0	-	-	1	1.0
Total	54	55	33	33.7	11	11.2	98	100.0

$\chi^2 = 28.45$

$\chi^2 T = 18.31$

V Cramer's = .39

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 10

p = .00

Covariancia = .15

La variable escolaridad se relacionó con la escala de conductas preventivas biomédicas (Cuadro no. 7) y se encontró:

que una mayor proporción de madres solteras y casadas tienen una conducta preventiva alta, similarmente uno por ciento de divorciadas y personas en unión libre. Mientras que, una conducta preventiva moderada se reportó en dos por ciento de madres solteras, 28.6 por ciento de sujetos casadas, dos por ciento de separadas y uno por ciento de soltera. La conducta preventiva baja fue característica en 6.1 por ciento de casadas, dos por ciento en unión libre y 3.1 por ciento de separadas.

La Chi Cuadrada dió un resultado de 28.45 con 10 grados de libertad y Chi Cuadrada teórica de 18.31, por lo que se considera diferente lo obtenido de lo esperado. El coeficiente de correlación con la V de Cramer es de .39 y la variación explicada de 15 por ciento.

CUADRO NO. 8
RELACION DE ESCOLARIDAD MATERNA Y
CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA: ESCALA DE FRECUENCIA. CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
F. MODIFICADORES: ESCOLARIDAD.								
Analfabeta.	1	1.0	1	1.0	1	1.0	3	3.0
Primaria Incompleta.	-	-	7	7.1	14	14.3	21	21.4
Primaria Completa.	-	-	9	9.2	21	21.4	30	30.6
Secundaria Incompleta.	1	1.0	3	3.1	3	3.1	7	7.1
Secundaria Completa.	-	-	5	5.1	23	23.5	28	28.6
Carrera Técnica.	-	-	-	-	6	6.1	6	6.1
Bachillerato Incompleto.	-	-	-	-	1	1.0	1	1.0
Bachillerato Completo.	-	-	-	1.0	1	1.0	2	2.0
Total	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$X^2C = 28.52$

gl. = 24

$X^2T = 23.68$

p = .01

V Cramer's = .39

Covariancia = .10

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Al correlacionar la variable escolaridad de factores demográficos modificadores con la conducta preventiva tradicional (Cuadro no. 8) se encontró que el rango bajo de la

escala fueron mas frecuentes para 14.3 sujetos con primaria incompleta, 21.4 con primaria completa, 3.1 por ciento de secundaria incompleta, 23.5 de secundaria completa, el total de carrera técnica 6.1 por ciento, uno por ciento de bachillerato incompleto, similarmente 1 por ciento para bachillerato completo.

La conducta preventiva tradicional moderada se encontró en un por ciento analfabetas, 7 por ciento primaria incompleta, 9.2 por ciento primaria completa, 3.1 por ciento secundaria incompleta, 5.1 por ciento secundaria completa y uno por ciento de bachillerato completo. Por último la clasificación alta de conducta preventiva tradicional fueron uno por ciento para analfabeta y uno por ciento para sujeto con secundaria incompleta.

La chi cuadrada reportó un resultado de 28.52 con 24 grados de libertad, una Chi Cuadrada teórica de 23.65 y significancia estadística de $p=.01$. Por lo tanto fue diferente lo obtenido de lo esperado. El coeficiente de correlación es de .39 o asociación baja definida y variación explicada de 15 por ciento.

Similarmente, se obtuvo correlación entre la escolaridad y la escala de importancia de la conducta preventiva tradicional (Ver cuadro no. 9); con una Chi Cuadrada de 24.53 y 14 grados de libertad en tanto que la Chi Cuadrada teórica fue de

23.68 y una significancia estadística de $p=.03$. Por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

El coeficiente de correlación con la V de Cramer es de .36 o asociación baja definida y variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO NO. 9
RELACION DE ESCOLARIDAD MATERNA CON IMPORTANCIA DE LA
CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA: ESCALA DE IMPORTANCIA COND. -- PREVENTIVA TRADICIONAL.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Analfabeta.	1	1.0	2	2.0	-	-	3	3.1
Primaria Incompleta.	-	-	11	11.2	10	10.2	21	21.4
Primaria Completa.	-	-	15	15.3	15	15.3	30	30.6
Secundaria incompleta.	2	2.0	2	2.0	2	2.0	7	7.1
Secundaria Completa.	2	2.0	9	9.2	17	17.3	28	28.6
Carrera Técnica.	1	1.0	1	1.0	4	4.1	6	6.1
Bachillerato Incompleto.	-	-	-	-	1	1.0	1	1.0
Bachillerato Completo.	1	1.0	-	-	1	1.0	2	2.0
Total	7	7.1	40	40.8	51	52.0	98	100.0

$\chi^2 C = 24.53$

$\chi^2 T = 23.68$

V Cramer's = .36

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 14

p = .03

Covariancia = .13

CUADRO NO. 10
RELACION ENTRE TRABAJO MATERNO FUERA DEL HOGAR
CON CREENCIAS DE SALUD: SEVERIDAD PERCIBIDA.
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: SEVERIDAD PERC. DIARREA ES ALGO SERIO POR QUE OCASIONA PROB. NIÑO.	SI		NO		ALGUNAS VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	16	16.3	-	-	4	4.1	20	20.4
NO.	57	58.2	18	18.4	2	2.0	77	78.6
ALGUNAS VECES.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
TOTAL	74	75.7	18	18.4	6	6.1	20	20.4

$$\chi^2 C = 12.98$$

$$\chi^2 T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's } = .26$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p = .01$$

$$\text{Covariancia} = .07$$

En cuanto a la correlación de trabajo fuera del hogar como elemento modificador de las variables del modelo con creencias

de salud: severidad percibida (Cuadro no. 10) se encontró que

20.4 por ciento si perciben la diarrea como algo serio que ocasiona problemas al niño, mientras que, 58.2 por ciento

perciben severidad en la diarrea para ocasionarle problemas al niño y que no trabajan fuera del hogar, quienes lo hacen algunas veces representaron el uno por ciento.

Se obtuvo una Chi Cuadrada de 12.98 con 4 grados de libertad, una Chi Cuadrada teórica de 9.49 y una $p = .01$ por lo que fue diferente lo obtenido de los esperado. El coeficiente de correlación fue de .26 equivalente a una asociación baja definida y la variación explicada de siete por ciento.

CUADRO NO. 11
RELACION ENTRE TRABAJO MATERNO FUERA DEL HOGAR
Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

ESCALA DE FRECUENCIA DE LA CONDUCTA PREVENTIVA TRADI- CIONAL	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI. NO. ALGUNAS VECES.	1 -	1.0 -	5 21	5.1 21.4	14 56	14.3 57.1	20 77	20.4 78.6
TOTAL	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$$X^2C = 50.49$$

$$X^2T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's} = .51$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p = .00$$

$$\text{Covariancia} = .26$$

Al relacionar esta misma variable con la conducta preven-
tiva tradicional (Ver cuadro no. 11), se encontró: en las
personas que si trabajan uno por ciento de conducta alta, 5.1
por ciento de conducta moderada y 14.3 por ciento conducta
baja. Además los sujetos que indicaron no trabajar fuera del
hogar 57.1 por ciento mostró conducta baja mientras que el 21.4
por ciento una conducta preventiva tradicional moderada. El
resultado de quienes trabajan algunas veces uno por ciento se
ubicó con conducta alta.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 50.49 con 4 grados de
libertad y Chi Cuadrada teórica de 9.49 y una $p=.00$; por lo
tanto lo obtenido fue diferente de lo esperado. El coeficiente

de .51 con la V de Cramer equivale a una correlación moderada substancial, mientras que la variación explicada es de 26 por ciento.

CUADRO NO. 12
RELACION DE TRABAJO MATERNO FUERA DEL HOGAR
Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

ESCALA DE IMPORTANCIA DE LA CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FACTORES MODIFICADORES: TRABAJA FUERA DEL HOGAR.								
SI.	1	1.0	6	6.1	13	13.3	20	20.4
NO.	5	5.1	34	34.7	38	38.8	77	78.6
ALGUNAS VECES.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
TOTAL	7	7.1	40	40.8	51	52.0	98	100.0

$$\chi^2 C = 14.71$$

$$\chi^2 T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's} = .30$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p \approx .00$$

$$\text{Covariancia} = .09$$

En este mismo sentido, al correlacionar la variable trabaja fuera del hogar con la escala de importancia de llevar a cabo conductas preventivas tradicionales (Ver Cuadro no. 12) se encontró: en quienes trabajan fuera del hogar uno por ciento con importancia alta, 6.1 por ciento moderada y 13.3 por ciento baja. Mientras que, quienes negaron trabajar fuera del hogar 5.1 por ciento reportó la importancia alta, 34.7 por ciento moderada importancia y 38.8 por ciento baja. Solo una persona dijo trabajar algunas veces con alta importancia en las conductas preventivas tradicionales.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 14.71 por ciento con 4 grados de libertad y X_2 teórica de 9.49, la significancia estadística fue de .00, por lo tanto, lo obtenido con lo esperado son diferentes. La correlación se consideró baja definida con un coeficiente de .30 y variación explicada de nueve por ciento.

CUADRO NO. 13
FACTORES MODIFICADORES:
OCUPACION Y CREENCIAS DE SALUD: SEVERIDAD PERCIBIDA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: SEVERIDAD PERC. DIARREA ES ALGO SERIO POR QUE OCASIONA PROB.NINO.	SI		NO		ALGUNAS VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Labores en el hogar.	59	60.2	18	18.4	2	2.0	79	80.6
Obrera.	3	3.1	-	-	-	-	3	3.1
Empleada doméstica.	7	7.1	-	-	3	3.1	10	10.2
Empleada no doméstica.	4	4.1	-	-	1	1.0	5	5.1
Comercio propio en casa.	1	1.0	-	-	-	-	1	1.0
Total	74	75.5	18	18.4	6	6.1	98	100.0

$$X^2C = 17.50$$

$$X^2T = 15.51$$

$$V \text{ Cramer's} = .30$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 8$$

$$p = .02$$

$$\text{Covariancia} = .09$$

En la correlación de ocupación como factor demográfico modificador y creencias de salud: severidad percibida debido a la creencia de que la diarrea es algo serio por ocasionarle problemas al niño (Ver cuadro no. 13), se obtuvo: que si

percibieron severidad en la diarrea 60.2 por ciento de las personas que se dedican a labores del hogar, 3.1 por ciento obreras, 7.1 por ciento empleadas domésticas, 4.1 por ciento empleadas no domésticas y uno por ciento que se dedica a comercio propio en casa. No perciben severidad el 18.4 por ciento de los sujetos que se dedican a labores del hogar. Por otra parte, quienes respondieron que algunas veces creen la diarrea como algo que ocasiona problemas al niño 2.0 por ciento se ocupan de labores del hogar, 3.1 por ciento son empleadas domésticas y 1.0 por ciento empleada no doméstica.

La Chi Cuadrada fue de 17.50 con 8 grados de libertad y cui cuadrada teórica de 15.51 y una $p=.02$, por lo que resultó diferente lo obtenido de lo esperado. La correlación se consideró baja definida con una variación explicada del nueve por ciento.

CUADRO NO. 14
RELACION DEL CONCEPTO MATERNO DE DIARREA Y CREENCIAS DE
QUE EL MANEJO HIGIENICO DE AGUA Y ALIMENTOS EVITAN LA DIARREA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: BENEFICIOS MA-- NEJO HIGIENICO DE AGUA Y - ALIMENTO EVITA DIARREA.	SI		NO		TOTAL	
FACTORES MODIFICADORES: CONOC.; CONCEPTO DE DIARREA	FI	%	FI	%	FI	%
Aguada menos de 3 días.	2	2.0	1	1.0	3	3.1
Líquida menos de 3 días.	5	5.1	-	-	5	5.1
Más de 3 evacuaciones pas- tosas/día.	7	7.1	-	-	7	7.1
Aguada o líquida + 3 día.*	82	83.7	1	1.0	83	84.7
Total	96	98.0	2	2.0	98	100.0

* Concepto Adecuado.

$X^2C = 15.23$

$X^2T = 7.82$

V Cramer's = .40

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 3

p = .00

Covariancia = .16

Después de correlacionar el conocimiento del concepto de diarrea con las creencias de beneficio que ofrece el manejo higiénico de agua y alimentos en la prevención de la diarrea se encontró: 83.7 madres o tutoras con un conocimiento adecuado (señalado con * en el cuadro no. 14) del concepto de diarrea que perciben beneficios de la conducta preventiva, en tanto que 14.3 por ciento tiene un conocimiento inadecuado del concepto y también registró beneficios percibidos. Por otra parte, la proporción de uno por ciento fue similar para quienes tuvieron conocimiento adecuado e inadecuado y no creen beneficioso el manejo higiénico de agua y alimentos en la prevención de la

diarrea.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 15.23 con 3 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 7.82 y $p=.001$, por lo que resultó diferente lo obtenido con lo esperado. La correlación es moderada substancial de .40 en consecuencia la variación explicada de 16 por ciento.

CUADRO NO. 15
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DEL NIÑO EN UN AÑO
Y CREENCIAS DE SALUD MATERNA: BARRERAS
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS BARRERAS: LAVAR- Y DESINFECTAR FRUTAS Y VER- DURAS ES FASTIDIOSO.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
No han enfermado.	8	8.2	50	51.0	55	59.2
1 vez al año.	10	10.2	7	7.1	17	17.3
2 veces al año.	3	3.1	9	9.2	12	12.2
3 veces o más al año.	3	3.1	8	8.2	11	11.2
Total	24	24.5	74	75.5	98	100.0

$$X^2C = 14.47$$

$$X^2T = 7.82$$

$$V \text{ Cramer's} = .39$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 3$$

$$p = .00$$

$$\text{Covariancia} = .15$$

Se correlacionaron (Cuadro no. 15), el antecedente de enfermedad en un año en los niños y las barreras percibidas maternas o de tutoras acerca de los fastidiosos que resulta lavar y desinfectar frutas y verduras. Se encontró que no se han enfermado 59.2 por ciento de los cuales 8.2 por ciento si

percibieron barreras de la acción preventiva y 51 por ciento no. Para las que reportaron un episodio de diarrea al año, 10.2 percibieron barreras y 7.1 por ciento no creen que sea fastidioso lavar y desinfectar frutas y verduras. Además, quienes indicaron dos episodios de diarrea en sus niños en un año 3.1 por ciento percibieron barreras y 9.2 por ciento negaron percibir barreras de la acción; finalmente los sujetos que señalaron tres o más episodios al año, 3.1 por ciento si creen que lavar y desinfectar frutas y verduras es fastidioso, no obstante 8.2 estuvieron en desacuerdo con esta barrera.

El coeficiente con la V de Cramer es de .39 con una variación explicada de 15 por ciento, que corresponden a una asociación baja definida.

La Chi Cuadrada fue de 14.47 con 3 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 7.82 y $p \approx .00$, por lo que existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado y se demuestra la relación entre antecedentes de enfermedad en el niño en un año y las barreras percibidas maternas.

CUADRO NO. 16
RELACION DE ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD
Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA. ESCALA DE FRECUENCIA CONDUCTA-PREV. BIOMEDICA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAC.MODIF.: ANTEC.DE EPISODIOS DE DIARREA/AÑO NIÑO.								
No han enfermado.	36	36.7	21	21.4	1	1.0	58	59.2
1 vez al año.	7	7.1	9	9.2	1	1.0	17	17.3
2 veces al año.	5	5.1	6	6.1	1	1.0	12	12.2
3 veces o más al año.	6	6.1	2	2.0	3	3.1	11	11.2
Total	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$$\chi^2 C = 14.04$$

$$\chi^2 T = 12.59$$

$$V \text{ Cramer's} = .27$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 6$$

$$p = .02$$

$$\text{Covariancia} = .07$$

Al correlacionar la variable antecedente de diarrea en un año como variable estructural de los factores modificadores y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 16), se obtuvo: que no habían enfermado 36.71 por ciento con una conducta preventiva alta, 21.4 por ciento moderada y 1.0 por ciento baja. Por otra parte los que han enfermado sólo una vez al año, 7.1 por ciento resultó con conducta preventiva alta, 9.2 por ciento moderada y 1.0 por ciento baja. Quienes dijeron tener dos episodios al año 5.1 por ciento calificó alta, 6.1 por ciento moderada y 1.0 por ciento baja; por último los que refirieron 3 episodios o más al año 6.1 por ciento obtuvo una conducta preventiva alta, 2.0 por ciento moderada mientras que

3.1 por ciento baja.

La Chi Cuadrada calculada fue de 14.04 con 6 grados de libertad, Chi cuadrada teórica de 12.59 y $p=.029$. Por lo tanto, si existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. La V de Cramer indicó .27 o asociación baja definida con una variación explicada de siete por ciento.

CUADRO NO. 17
RELACION DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTA PREVENTIVA
BIOMEDICA MATERNA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA ESCALA DE FREC. CONDUCTA PREVEN- TIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAC. MODIFICADORES. CONOC. DIARREA SE PUEDE EVITAR.								
SI.	54	55.1	32	32.7	3	3.0	89	90.8
NO.	-	-	4	4.1	2	2.0	6	6.1
ALGUNAS VECES.	-	-	2	2.0	1	1.0	3	3.1
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$X^2C = 19.43$

$X^2T = 9.49$

V Cramer's = .32

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 4

p = .00

Covariancia = .10

Como resultado de la correlación del conocimiento en términos de poderse evitar la diarrea y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 17), se encontró: de la frecuencia total 89 madres o tutoras quienes afirmaron que la diarrea si se puede evitar 55.1 por ciento calificaron una conducta preventi-

va alta, 32.7 por ciento moderada y 3.6 por ciento baja. De las 6 personas que contestaron que la enfermedad no se puede evitar 4.1 por ciento se ubicaron con conducta preventiva moderada y 2.0 por ciento alta, por último, quienes dijeron que la enfermedad se puede evitar algunas veces 2.0 por ciento realizan moderada conducta preventiva y uno por ciento baja.

La Chi Cuadrada obtenida es de 19.43 con 4 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica igual a 9.49 con $p=.00$, por lo tanto, si existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. La V de Cramer indicó .32 con variación explicada del 10 por ciento, equivalente a una correlación definida baja.

CUADRO NO. 18

RELACION DE CREENCIAS DE SALUD; SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA
Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA ESCALA DE FREQ. CONDUCTA PREVEN-- TIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	1	1.0	12	12.2	32	35	45	45.9
NO.	-	-	9	9.2	35	35.7	44	44.9
ALGUNAS VECES.	1	1.0	5	5.1	3	3.1	9	9.2
TOTAL	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$$\chi^2 = 10.24$$

$$\chi^2_T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's} = .23$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$g1. = 4$$

$$p = .03$$

$$\text{Covariancia} = .05$$

Luego de correlacionar la variable susceptibilidad percibida debido a la creencia de existir gran probabilidad de que sus niños enferman de diarrea y la conducta preventiva tradicional (Cuadro no. 18), se obtuvo: el 45 por ciento que si percibió susceptibles a sus niños, de los cuales 1.0 por ciento realiza una conducta alta, 12.2 por ciento moderada y 32.7 por ciento baja. Similarmente el 44.9 por ciento no creen que existe probabilidad de que sus niños enfermen de diarrea ubicados en relación a la conducta moderada 9.2 por ciento y baja 35.7 por ciento. Finalmente el 9.2 por ciento perciben susceptibles a sus niños algunas veces con 1.0 por ciento de conducta alta, 5.1 por ciento moderada mientras que 3.1 por ciento realizaron baja conducta.

La Chi Cuadrada fue de 10.24 con 4 grados de libertad, Chi Cuadrada de 9.49 y una significancia estadística de .03, en consecuencia lo obtenido fue diferente de lo esperado. La V de Cramer muestra un coeficiente .23 es decir, asociación baja definida con una variación explicada de cinco por ciento.

CUADRO NO. 19
 RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD: SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA
 Y BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA LACTANCIA MATERNA
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BENEFICIOS LECHE MATERNA. EVITA DIARREA.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SUSC.PERC.CREE EXISTIR PROB.NINOS ENF.D.						
SI.	11	11.2	4	4.1	15	15.3
NO.	75	76.5	5	5.1	80	81.6
ALGUNAS VECES.	3	3.1			3	3.1
TOTAL	89	90.8	9	9.2	98	100.0

$$X^2C = 6.63$$

$$X^2T = 5.99$$

$$V \text{ Cramer's} = .27$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 2$$

$$p = .03$$

$$\text{Covariancia} = .07$$

A partir de la correlación de las susceptibilidad percibi-
 da debido a la creencia materna de que el estado de salud de
 sus niños hace más probable enfermar de diarrea y la creencia
 en los beneficios de la leche materna en los primeros meses de
 vida para ayudar a evitar la diarrea (Cuadro no. 19), se
 encontró: el 15.3 por ciento respondieron que el estado de
 salud de sus niños si hace mas probable que enfermen, de los
 cuales 11.2 por ciento si reconoció beneficiosa la alimentación
 materna y 4.1 por ciento no percibió beneficios. Por otra
 parte del 81.6 por ciento que negaron la susceptibilidad dado
 por el estado de salud de los pequeños, el 76.5 por ciento
 señaló benéfica la alimentación materna y 5.1 por ciento no la

percibió beneficiosa. Además quienes respondieron la susceptibilidad percibida en términos de algunas veces 3.1 por ciento, también reconoció benéfica la medida preventiva, anteriormente señalada.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 6.63 gl 2, Chi Cuadrada de 5.99 y $p=.03$ por lo que resultó diferente lo obtenido con lo esperado.

La V de Cramer indicó .27 es decir una correlación baja definida, con variación explicada de siete por ciento.

CUADRO NO. 20
CREENCIAS DE SALUD: SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA
Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREEN: SUSCEP.PERC.EDO.DE SALUD NIÑO HACE MAS PROB. ENF. DIARREA.								
SI.	5	5.1	6	6.1	4	4.1	15	15.3
NO.	46	46.9	32	32.7	2	2.0	80	81.6
ALGUNAS VECES.	3	3.1	-	-	-	-	3	3.1
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$X^2C = 15.91$

$X^2T = 9.49$

V Cramer's = .30

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 4

p = .00

Covariancia = .09

Como resultado de la correlación de susceptibilidad percibida debido a la creencia materna en que el estado de salud del niño hace más probable enfermar de diarrea y la

conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 20), se obtuvo: el 15.3 por ciento si percibieron susceptibilidad entre los que cuentan 5.1 por ciento con alta conducta preventiva, 6.1 por ciento moderada y 4.1 por ciento baja. Mientras que, el 81.6 por ciento dijeron no percibir susceptibles a sus niños, de los cuales 46.9 reportaron conducta alta, 32.7 por ciento moderada, y 2.0 por ciento baja. Además 3.1 por ciento que aceptaron susceptibilidad percibida algunas veces demostraron una conducta preventiva alta.

La Chi Cuadrada fue de 15.91 con 4 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .00; por lo tanto existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado.

El coeficiente con la V de Cramer es de .30 o asociación baja definida con una variación explicada del nueve por ciento.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 21
 RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD:
 SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA Y BARRERAS PERCIBIDAS.
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BARRERAS CONSUMIR NIÑOS -- DIETA ADEC.REQUIERE CAMBIO DE HAB.ALIM.FAM.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	21	21.4	8	8.2	29	29.6
NO.	25	25.5	42	42.9	67	68.4
ALGUNAS VECES.	2	2.0			2	2.0
TOTAL	48	49.0	50	51.0	98	100.0

$X^2C = 12.10$

$X^2T = 5.99$

V Cramer's = .36

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 2

p = .00

Covariancia = .13

Como resultado de la correlación de susceptibilidad percibida debido a la creencia de las entrevistadas acerca del aumento de casos de diarrea entre la gente hace mas probable en los niños la enfermedad y la barrera percibida en relación a que consumir los niños una dieta adecuada requiere realizar cambios en los hábitos alimentarios de la familia (Cuadro no. 21), se encontró: 29.6 por ciento personas que percibieron susceptibilidad de las cuales 21.4 por ciento si reconoció la barrera antes mencionada y 8.2 por ciento no. Mientras que, 68.4 por ciento no percibieron susceptibilidad y si percibieron barreras 25.5 por ciento, 42.9 no percibió como barrera los cambios necesarios para consumir los niños una dieta adecuada.

Por último quienes aceptaron susceptibilidad algunas veces 2.0 por ciento si reconocieron barreras para la acción.

La Chi Cuadrada fue de 12.10 con dos grados de libertad, Chi Cuadrada Teórica de 5.99 y significancia estadística de .00. Por lo tanto, lo obtenido con lo esperado son diferentes. El coeficiente con la V de Cramer es de .36 o asociación baja definida con variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO NO. 22
RELACION CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA Y BARRERAS PERCIBIDAS.
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BARRERAS: LAVAR Y DESINFECTAR FRUTAS Y VERDURAS ES - FASTIDIOSO.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SUSC. PERC. AUM. CASOS DE DIARREA + PROB. NIÑOS ENF. DIARREA						
SI.	14	14.3	15	15.3	29	29.6
NO.	9	9.2	58	59.2	67	68.4
ALGUNAS VECES.	1	1.0	1	1.0	2	2.0
TOTAL	24	24.5	74	75.7	98	100.0

$\chi^2 C = 14.00$

$\chi^2 T = 5.99$

V Cramer's = .40

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 2

p = .00

Covariancia = .16

Al correlacionar susceptibilidad percibida debido a la creencia que cuando mucha gente esté enfermado de diarrea, esto hace mas probable que el niño se enferme y las barreras percibidas en términos de resultar "fastidioso" lavar y desinfectar frutas y verduras (Cuadro no. 22), se encontró: el

29.6 por ciento que si percibieron susceptibilidad por la causa antes mencionada de los cuales 14.3 por ciento si señaló la barrera para la acción y 15.3 por ciento no aceptó tener barrera para la medida preventiva. Además, quienes dijeron percibir susceptibilidad algunas veces, en proporción similar de 1.0 por ciento, afirmaron y negaron la barrera para la acción preventiva.

La Chi Cuadrada fue de 14.00 con dos grados de libertad, chi cuadrada teórico de 5.99 y significancia estadística de .00, por lo tanto si existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente es de .40 o asociación moderada substancial, con variación explicada de 16 por ciento.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 23
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL. FRECUENCIA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SUSC.PERC.AUM. DE CASOS DE DIARREA AUM. PROB.NINOS ENF.DE DIARREA.								
SI.	-	-	13	13.3	16	16.3	29	29.6
NO.	2	2.0	11	11.2	54	55.1	67	68.4
ALGUNAS VECES.	-	-	2	2.0	-	-	2	2.0
TOTAL	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$$\chi^2 C = 14.53$$

$$\chi^2 T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's} = .28$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p = .00$$

$$\text{Covariancia} = .08$$

En la correlación de susceptibilidad percibida, debido a la creencia materna que el aumento de casos de diarrea entre la gente hace más probable que los niños enfermen y la conducta preventiva tradicional (Cuadro no. 23), se obtuvo: 29.6 por ciento si creen más probable que sus hijos enfermarían, de los cuales 13.3 por ciento mostró conducta preventiva moderada y 16.3 por ciento baja. Sin embargo, del 68.4 por ciento quienes negaron percibir susceptibilidad 2.0 por ciento manifestó conducta alta, 11.2 por ciento moderada y 55.1 por ciento baja. Además, el 2.0 por ciento percibe susceptible por la causa antes señalada "algunas veces" y el rango de conducta fue moderado.

La Chi Cuadrada obtenida es de 14.53 con 4 grados de libertad, chi cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .00, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .28 o asociación baja definida con una variación explicada de ocho por ciento.

CUADRO NO. 24
RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SEVERIDAD Y BENEFICIOS PERCIBIDOS
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BENEFICIOS: MANEJO HIGIENICO DE AGUA Y ALIMENTOS -- EVITA DIARREA.	SI		NO		TOTAL	
CREENCIAS: SEV. PERC. CREE -- Q'DIARREA ES ALGO SERIO -- POR OCASIONAR PROB. AL NIÑO	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	73	74.5	1	1.0	74	75.5
NO.	18	18.4	-	-	18	18.4
ALGUNAS VECES.	5	5.1	1	1.0	6	6.1
TOTAL	96	98	2	2.0	98	100.0

$\chi^2 C = 6.97$

$\chi^2 T = 5.99$

V Cramer's = .27

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 2

p = .03

Covariancia = .07

En la correlación de la severidad percibida debido a la creencia materna en la seriedad de la diarrea al grado de ocasionarle problemas al niño y los beneficios percibidos de manejar higiénicamente agua y alimentos para evitar la diarrea (Cuadro no. 24) se encontró: el 75.5 por ciento perciben severidad en la enfermedad, de los cuales 74.5 por ciento

también perciben beneficios y 1.0 no aceptaron percibir beneficios. No obstante, 18.4 por ciento no percibieron severidad en el caso de enfermar los niños, de éstos 18.4 por ciento si percibió beneficios del manejo higiénico de agua y alimentos en la prevención de la diarrea. Además del 6.1 por ciento que aceptó percibir severidad algunas veces, entre ellos 5.1 por ciento si percibe benefica la medida preventiva mientras que 1.0 por ciento no.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 6.97 con dos grados de libertad, chi cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadística de .03. Por lo tanto, lo obtenido es diferente a lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .27 o asociación baja definida con variación explicada de siete por ciento.

CUADRO NO. 25
 RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
 SEVERIDAD Y BENEFICIOS PERCIBIDOS
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BENEFICIOS: LECHE MATERNA EVITA DIARREA EN NIÑOS.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SEV.PERC. DIA-- RREA ES ALGO SERIO PORQUE OCASIONA PROB. NIÑO.						
SI.	71	72.4	3	3.1	74	75.5
NO.	13	13.3	5	5.1	18	18.4
ALGUNAS VECES.	5	5.1	1	1.0	6	6.1
TOTAL	89	90.8	9	9.2	98	100.0

$\chi^2 C = 10.20$

$\chi^2 T = 5.99$

V Cramer's = .33

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 2

p = .00

Covariancia = .11

Al relacionar severidad percibida dado por la creencia de la seriedad de la diarrea hasta ocasionarle problemas al niño y los beneficios percibidos de la leche materna en los primeros meses de vida para evitar diarrea en los niños (Cuadro no. 25), se encontró: el 75.5 por ciento de los sujetos si perciben severidad de los cuales 72.4 por ciento también percibió beneficios de la lactancia materna para evitar la enfermedad mientras que 3.1 por ciento no percibió beneficiosa la medida preventiva. Por otra parte, 18.4 por ciento, no creen que la diarrea pueda ocasionar problemas al niño y entre esta proporción 13.3 por ciento si identificaron beneficios y 5.1 por ciento no. Por último, quienes percibieron severidad en

términos de algunas veces 6.1 por ciento, consideraron benéfica la lactancia 5.1 por ciento en tanto que 1.0 por ciento no señaló beneficios de la acción.

La Chi Cuadrada cuadrada obtenida es de 10.20 con 2 gl, Chi Cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadística de .00; por lo que existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .33 con variación explicada de 11 por ciento, por lo que se define como baja.

CUADRO NO. 26
RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SEVERIDAD Y BENEFICIOS PERCIBIDOS
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BENEFICIOS: IMPORTANTE EN SU FUNCION MATERNA REALIZA ACTS.P/EVITAR D. EN NIÑOS.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	73	74.5	1	1.0	74	75.5
NO.	18	18.4	-	-	18	18.4
ALGUNAS VECES.	5	5.1	1	1.0	6	6.1
TOTAL	96	98	2	2.0	98	100.0

$$\chi^2 C = 6.97$$

$$\chi^2 T = 5.99$$

$$V \text{ Cramer's} = .27$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 2$$

$$p = .03$$

$$\text{Covariancia} = .07$$

Como resultado de la correlación de severidad percibida debido a la creencia materna de ocasionar la diarrea problemas al niño y los beneficios de si perciben en la función materna

al realizar actividades preventivas para evitar la enfermedad en los niños (Cuadro no. 26), se obtuvo: el 75.5 por ciento si percibieron la diarrea con severidad entre sus niños, de los cuales 74.5 por ciento también percibió beneficios de las medidas preventivas mientras que, el uno por ciento no. Por otra parte, el 18.4 por ciento no consideró como algo serio la enfermedad en sus niños, no obstante, si percibió beneficios en su función materna de las acciones preventivas para evitar la diarrea.

La Chi Cuadrada fue de 6.97 con 2 gl., chi cuadrada teórica de 5.99 y $p=.03$, por lo tanto, lo obtenido con lo esperado son estadísticamente diferentes. El coeficiente con la V de Cramer es de .27 o asociación baja definida y variación explicada de siete por ciento.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 27
 RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA O DE TUTORAS:
 SEVERIDAD PERCIBIDA Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SEV. PERC. DIA- RREA ES SERIA X OCASIONAR PROB. AL NIÑO.								
SI.	42	42.9	30	30.6	2	2.0	74	75.5
NO.	10	10.2	6	6.1	2	2.0	18	18.4
ALGUNAS VECES.	2	2.0	2	2.0	2	2.0	6	6.1
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$$\chi^2 = 10.20$$

$$\chi^2 T = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's} = .23$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p = .03$$

$$\text{Covariancia} = .05$$

Al relacionar la misma variable severidad percibida y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 27) se encontró: 75.5 por ciento si percibieron severidad en la diarrea, de los cuales 42.9 por ciento realiza una conducta preventiva alta, 30.6 por ciento moderada y 2.0 baja. Mientras que del 18.4 por ciento quienes no indicaron percibir severidad 10.2 por ciento tiene una conducta preventiva alta, 6.1 por ciento moderada y 2.0 por ciento baja. Además el 6.1 por ciento que aceptó percibir severidad algunas veces 2.0 por ciento lleva a cabo una conducta preventiva alta, 2.0 por ciento moderada y 2.0 por ciento baja.

La Chi Cuadrada resultante fue de 10.20 con 4 grados de

libertad, Chi Cuadrada cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .03, en consecuencia, lo obtenido es estadísticamente diferente a lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .23 con variación explicada del cinco por ciento, equivalente a una asociación baja definida.

CUADRO NO. 28

RELACION ENTRE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SEVERIDAD PERCIBIDA Y BENEFICIOS PERCIBIDOS
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

BENEFICIOS: IMPORTANTE EN FUNCION MATERNA REALIZAR - ACTS.P/EVITAR D. EN NIÑOS.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	65	66.3	1	1.0	66	67.3
NO.	27	27.6	-	-	27	27.6
ALGUNAS VECES.	4	4.1	1	1.0	5	5.1
TOTAL	96	98.0	2	2.0	98	100.0

 $\chi^2 = 8.72$
 $\chi^2_T = 5.99$
 $V \text{ Cramer's} = .30$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

 $gl. = 2$
 $p = .01$
 $\text{Covariancia} = .09$

Como resultado de la correlación de severidad percibida, debido a la creencia materna o de tutoras acerca de la idea de enfermar los niños de diarrea les asusta, y los beneficios percibidos de realizar actividades preventivas para evitar la enfermedad (Cuadro no. 28), se encontró: 67.3 por ciento si perciben severidad, de las cuales 66.3 por ciento también percibieron beneficios de las acciones mientras que 1.0 por

ciento no reconoció benéficas las medidas. Por otra parte, 27.6 por ciento no percibieron severidad pero si beneficioso. Además quienes perciben severidad en términos de algunas veces 4.1 por ciento reconoce benéfica realizar medidas preventivas y 1.0 por ciento no.

La Chi Cuadrada fue de 8.72 con dos grados de libertad, chi cuadrada teórica de 5.99 y significancia de .012, por lo que existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .30 o asociación baja definida y la variación explicada de nueve por ciento.

CUADRO NO. 29
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SEVERIDAD PERCIBIDA Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SEV.PERC.LA -- IDEA DE DIARREA EN SUS NI- NOS LE ASUSTA.								
SI.	37	37.8	27	27.6	2	2.0	66	67.3
NO.	14	14.3	11	11.2	2	2.0	27	27.6
ALGUNAS VECES.	3	3.1	-	-	2	2.0	5	5.1
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$X^2C = 12.60$

$X^2T = 9.49$

V Cramer's = .26

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 4

p = .01

Covariancia = .07

En este mismo sentido, se relacionó severidad percibida y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 29), se obtuvo: el 67.3 por ciento perciben severidad, de los cuales 37.8 por ciento tienen conducta preventiva alta, 27.6 por ciento moderada y 2.0 por ciento baja. Mientras 27.6 por ciento no percibieron severidad y tienen conducta preventiva alta 14.3 por ciento, moderada 11.2 por ciento y baja 2.0 por ciento.

Además 5.1 por ciento percibieron severidad en términos de algunas veces, en tanto que 3.1 por ciento mostró conductas preventiva alta y 2.0 por ciento baja.

La Chi Cuadrada fue de 12.60 con 4 grados de libertad, chi cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .013, por lo tanto, existe diferencia entre lo obtenido y lo

esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .26 o asociación baja definida y la variación explicada de siete por

ciento.

CUADRO NO. 30
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
SEVERIDAD PERCIBIDA Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA. IMPORTANCIA.	ALTA		MODERA- DA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: SEV.PERC. - - DIARREA SE CURA FACIL EN CASA.								
SI.	25	25.5	4	4.1	7	7.1	36	36.7
NO.	22	22.4	16	16.3	4	4.1	42	42.9
ALGUNAS VECES.	7	7.1	13	13.3	-	-	20	20.4
TOTAL	54	55.1	33	33.7	11	11.2	98	100.0

$$\chi^2 = 18.90$$

$$\chi^2 = 9.49$$

$$V \text{ Cramer's } = .32$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 4$$

$$p = .00$$

$$\text{Covariancia} = .10$$

En la correlación de severidad percibida dada por la creencia de curar la diarrea fácilmente en casa y la importancia de la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 30), se obtuvo: 42.9 por ciento, si percibieron severidad por esta causa al negar que la diarrea se cura fácil en casa, de los cuales 22.4 mostró conducta preventiva alta, 16.3 por ciento moderada y 4.1 por ciento baja. No obstante, quienes aceptaron que la diarrea cura fácil en casa fueron consideradas sin percibir severidad 36.7 por ciento entre ellas 25.5 por ciento indicaron conducta preventiva alta, 4.1 por ciento moderada y 7.1 por ciento alta. Además 20.4 por ciento externaron que algunas veces se cura fácil es decir, si percibieron severidad,

7.1 por ciento obtuvo conducta preventivo alta y 13.3 por ciento moderada.

La Chi Cuadrada fue de 18.90 con 4 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .00, en consecuencia, lo obtenido fue diferente de lo esperado. El coeficiente de correlación es de .32 o asociación baja definida con variación explicada de 10 por ciento.

CUADRO NO. 31
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
BENEFICIOS PERCIBIDOS Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI.	52	53.1	33	33.7	4	4.1	89	90.8
NO.	2	2.0	5	5.1	2	2.0	9	9.2
ALGUNAS VECES.	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$$X^2C = 6.86$$

$$X^2T = 5.99$$

$$V \text{ Cramer's} = .27$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$gl. = 2$$

$$p = .03$$

$$\text{Covariancia} = .07$$

Como resultado de la correlación de beneficios percibidos dado por la creencia en la eficacia de la lactancia materna en los primeros meses de vida ayuda a evitar la diarrea y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 31), se encontró que el 90.8 por ciento si percibieron beneficios a la vez que

mostraron conducta preventiva alta 53.1 por ciento, moderada 33.7 por ciento y baja 4.1 por ciento. Sin embargo, 9.2 por ciento no percibieron beneficios de la medida, de los cuales 2.0 por ciento mostró conducta alta, 5.1 por ciento moderada y 2.0 por ciento baja.

La chi cuadrada obtenida es de 6.86 con dos grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 5.99 y una significancia estadística de .03, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .27 o correlación baja definida y la variación explicada de siete por ciento.

CUADRO NO. 32
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
BENEFICIOS PERCIBIDOS Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: BENEF.ES IMPORTANTE EN FUNC.MAT.REALIZAR ACTS.P/EVITAR DIARREA NIÑO								
SI.	54	55.1	37	37.8	5	5.1	96	98.0
NO.	-	-	1	1.0	1	1.0	2	2.0
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$X^2C = 7.61$

$X^2T = 5.99$

V Cramer's = .28

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 2

p = .02

Covariancia = .08

Al correlacionar los beneficios percibidos debido a la importancia en la función materna de realizar actividades para evitar la diarrea en el niño, y la conducta preventiva (Cuadro no. 32), se obtuvo: 98.0 por ciento dijeron si percibir beneficios, entre ellas 55.1 por ciento mostró conducta preventiva alta, 37.8 por ciento moderada y 5.1 por ciento baja. Por otra parte, 2.0 por ciento no percibieron beneficios de los cuales 1.0 por ciento obtuvo una categoría baja en su conducta preventiva.

La Chi Cuadrada fue de 7.61 con 2 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadística de .02, en consecuencia existe diferencia entre lo obtenido de lo esperado. El coeficiente con la V de Cramer es de .28 o correlación baja definida y variación explicada de ocho por ciento.

CUADRO NO. 33
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
BARRERAS PERCIBIDAS Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA

COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: BARRERAS TOMAR-AGUA HERVIDA DESAGRADA A SUS NIÑOS.								
SI. NO.	42 12	42.4 12.2	17 21	17.3 21.4	2 4	2.0 4.1	61 37	62.2 37.8
TOTAL	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$$\chi^2 C = 12.63$$

$$\chi^2 T = 5.99$$

$$V \text{ Cramer's} = .39$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$g.l. = 2$$

$$p = 00$$

$$\text{Covariancia} = .15$$

De la correlación de barreras percibidas en términos de tomar agua hervida desagrada a sus niños y la conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 33), se encontró: 62.2 por ciento que aceptaron el desagrado del consumo de agua hervida, de los cuales 42.9 calificó la conducta alta, 17.3 por ciento moderada y 2.0 por ciento baja. Mientras que, quienes no percibieron barreras 37.8 por ciento, el 12.2 por ciento mostró conducta preventiva alta, 21.4 por ciento moderada y 4.1 por ciento baja.

La Chi Cuadrada fue de 12.63 con dos grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadística de

.00; por lo tanto, existe diferencia entre lo obtenido y lo esperado. El coeficiente de .39 de acuerdo a la V. de Cramer corresponde a una correlación baja definida y la variación explicada de 15 por ciento.

CUADRO NO. 34
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
BARRERAS PERCIBIDAS Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: BARRERAS LAVAR Y DESINFECTAR FRUTAS Y VERDURAS FASTIDIOSO.								
SI.	-	-	12	12.2	12	12.2	24	24.5
NO.	2	2.0	14	14.3	58	59.2	74	75.5
TOTAL	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$$X^2C = 9.29$$

$$gl. = 2$$

$$X^2T = 5.99$$

$$p = .00$$

$$V \text{ Cramer's} = .31$$

$$\text{Covariancia} = .10$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Al relacionar las variables barreras percibidas debido a la creencia de lavar y desinfectar frutas y verduras es fastidioso y la conducta preventiva tradicional (Cuadro no. 34), se observa: el 24.5 por ciento, perciben barreras y de ellas 12.2 por ciento tienen conducta preventiva tradicional moderada y 12.2 por ciento baja. Mientras que, los sujetos que no señalaron barreras 75.5 por ciento, realizan conducta alta 2.0 por ciento, moderada 14.3 por ciento y baja 59.2 por ciento.

La chi cuadrada obtenida es de 9.29 con dos grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadística de .00 por lo tanto, lo obtenido con lo esperado difieren estadísticamente. La V de Cramer fue de .31, es decir, muestra una correlación positiva baja definida y una variación explicada de 10 por ciento.

CUADRO NO. 35
RELACION DE CREENCIAS DE SALUD MATERNA:
BARRERAS PERCIBIDAS Y CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA BIOMEDICA.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Problemas de Tiempo. Imposible llevar y cuidar varios niños a la vez.	9	9.2	10	10.2	2	2.0	21	21.4
Prob. para sacar cita.	3	3.1	-	-	-	-	3	3.1
Solo consulta a niños enf.	3	3.1	1	1.0	1	1.0	5	5.1
Recomienda alimentos costosos y no gustan a niños.	5	5.1	3	3.1	-	-	8	8.2
Clínica lejos.	2	2.0	3	3.1	1	1.0	6	6.1
No aplican.	-	-	-	-	1	1.0	1	1.0
	32	32.7	21	21.4	1	1.0	54	55.1
Total	54	55.1	38	38.8	6	6.1	98	100.0

$$\chi^2 = 25.37$$

$$g.l. = 12$$

$$\chi^2 T = 21.03$$

$$p = .01$$

$$V \text{ Cramer's} = .36$$

$$\text{Covariancia} = .13$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

En relación a las variables barreras percibidas para llevar al niño a control periódico de salud y conducta preventiva biomédica (Cuadro no. 35), se observa que el 55.1 por

ciento de los categorizados con conducta preventiva alta manifiestan como barreras principales: problemas de tiempo 9.2 por ciento, solo consultan a los niños cuando están enfermos 5.1 por ciento, problemas para llevar a varios niños a la vez y problemas para sacar cita 3.1 por ciento respectivamente. Aquellos que mostraron conducta preventiva moderada señalan como barreras principales , problemas de tiempo 10.2 por ciento, solo consultan a los niños enfermos y recomiendan alimentos caros que no gustan a los niños, similarmente 3.1 por ciento. Por otra parte, los que tenían conducta preventiva baja señalaron 2.0 por ciento problemas de tiempo y el resto de barreras en proporción baja.

La chi cuadrada obtenida fue de 25.37 con 12 grados de libertad, chi cuadrada teórica de 21.03 y significancia de .01. La fuerza de la correlación de acuerdo al coeficiente de la V de Cramer de .36 o asociación positiva baja definida, la variación explicada fue de 13 por ciento.

CUADRO NO. 36
 RELACION DE CREENCIAS MATERNAS DE SALUD:
 BARRERAS PERCIBIDAS Y CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CONDUCTA PREVENTIVA TRADICIONAL.	ALTA		MODERADA		BAJA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREENCIAS: BARRERAS POR Q' NO REALIZA ACTS. PARA EVITAR DIARREA EN SUS NIÑOS.								
Cansado y Gorroso.	-	-	2	2.0	10	10.2	12	12.2
Muy costoso.	-	-	1	1.0	1	1.0	2	2.0
Quita Tiempo.	-	-	7	7.1	17	17.3	24	24.5
Algunas veces desagradan - al niño.	-	-	1	1.0	2	2.0	3	3.0
Desconoce algunas medidas.	-	-	1	1.0	6	6.1	7	7.1
Servicios de salud lejos.	-	-	1	1.0	2	2.0	3	3.1
Horarios del C.Sd. no coincide c/tiempo libre.	1	1.0	2	2.0	5	5.1	8	8.2
Cansado y costoso.	1	1.0	-	-	1	1.0	2	2.0
Ninguna.	-	-	11	11.2	26	26.5	37	37.8
Total	2	2.0	26	26.5	70	71.4	98	100.0

$X^2C = 31.54$

gl. = 16

$X^2T = 26.30$

p = 01

V Cramer's = .41

Covariancia = .17

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

Al relacionar las barreras percibidas por la madre para realizar actividades preventivas de diarrea en niños y la conducta preventiva tradicional (Cuadro no. 36), se observa: que en general los sujetos mostraron conductas de este tipo con los rangos moderada y baja; destacando como barreras, que quitan mucho tiempo 17.3 por ciento, es cansado y gorroso 10.2 por ciento, desconocen algunas medidas preventivas efectivas 6.1 por ciento y el horario del centro de salud no coincide con

su tiempo libre 5.1 por ciento, el resto de barreras mostraron frecuencias bajas.

La Chi Cuadrada obtenida es de 31.54 con 16 grados de libertad, chi cuadrada teórica de 26.30 y significancia estadística de .01. La fuerza de la correlación de acuerdo al índice de la V de Cramer de .41 fue moderada substancial y la variación explicada de 17 por ciento.

CUADRO NO. 37
RELACION DE VARIABLES DEL NIÑO
Y CREENCIAS DE SALUD MATERNA: SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: SUSC.PERC. CREE QUE SU HIJO ENFERMARA EN - EL FUTURO.	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
VARIABLES DEL NIÑO: EDO. NUTRICIO 2o. HIJO.								
NORMAL	3	16.7	4	22.2	5	27.8	12	66.7
MAL NUTRICION A.	5	27.8	1	5.5	-	-	6	33.3
TOTAL	8	44.5	5	27.8	5	27.8	18	100.0

n = 18

$X^2C = 13.65$

$X^2T = 9.49$

V Cramer's = .30

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 4

p = .00

Covariancia = .09

Con respecto a las variables del niño que pueden tener influencia en las percepciones maternas de riesgo a la diarrea en sus hijos. Se relacionó el estado nutricio del segundo hijo de edad comprendida de 1 a 5 años con la susceptibilidad percibida, debido a la creencia materna de que su hijo enferma-

rá en el futuro por la causa señalada (Cuadro no. 37); como resultado se observa: que 18 de las personas estudiadas tienen un segundo hijo que corresponde al menor; el 44.5 por ciento si perciben susceptible al niño en el futuro, de las cuales 16.7 por ciento tienen hijos con estado nutricio normal y 27.8 por ciento con mal nutrición. Del grupo que no percibió susceptibilidad 27.8 por ciento en su mayoría 22.2 por ciento tienen niños con normal estado nutricio. Además el grupo que percibió algunas veces susceptibilidad 27.8 por ciento en su totalidad los niños mostraron estado nutricio adecuado.

La chi cuadrada obtenida fue de 13.65 con 4 grados de libertad, chi cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .00. La fuerza de la correlación con la V de Cramer fue baja definida por un coeficiente de .30 mientras que la variación explicada es de nueve por ciento.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 38
 RELACION DE VARIABLES DEL NIÑO:
 ESTADO DE SALUD DEL PRIMER HIJO Y CREENCIAS MATERNAS DE SALUD
 COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: SUSC. PERC. EDO. DE SALUD DEL NIÑO NACE + - PROBABLE PADECER DIARREA.	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Sin síntomas.	7	7.1	63	64.3	3	3.1	73	74.5
Alt.c/signos y síntomas.	8	8.2	17	17.3	-	-	25	25.5
TOTAL	15	15.3	80	81.6	3	3.1	98	100.0

$$\chi^2 C = 7.90$$

$$\chi^2 T = 5.99$$

$$V \text{ Cramer's} = .30$$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$$g1. = 2$$

$$p = .01$$

$$\text{Covariancia} = .09$$

En relación a las variables del niño que pueden influir en creencias maternas se valoró el estado de salud del primer hijo con edad de uno a cinco años y la susceptibilidad percibida (Cuadro no. 38); se observa: que el 15.3 por ciento si percibieron susceptibilidad y entre ellos 8.2 por ciento, presentaba alteraciones con signos o síntomas, entre los mas comunes respiratorios y dermatológicos. Por otra parte, el 81.6 por ciento no percibió susceptibilidad, sin embargo, 17.3 por ciento tenía niños que presentaban alguna alteración en el estado de salud y 64.3 por ciento sus niños se encontraban sin sintomatología aparente.

La chi cuadrada obtenida fue de 7.90 con dos grados de libertad, chi cuadrada teórica de 5.99 y significancia estadís-

tica de .01. De acuerdo al coeficiente .30 de la V. de Cramer la fuerza de la correlación fue baja definida.

CUADRO NO. 39
RELACION DE VARIABLES DEL NIÑO: ESTADO NUTRICIO
DEL 2o. NIÑO Y CREENCIAS MATERNAS DE SALUD:
SEVERIDAD PERCIBIDA
COL. FOMERREY IV, APODACA, N.L., 1992

CREENCIAS: SEV. PERCIBIDA DIARREA ES ALGO PORQUE OCA SIONA PROBS. AL NIÑO.	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
VARIABLES DEL NIÑO: EDO. NUTRICIO 2o. NIÑO.								
Normal.	8	44.4	2	11.1	2	11.1	12	66.6
Mal Nutrición A.	2	11.1	4	22.2	-	-	6	33.3
TOTAL	10	55.5	6	33.3	2	11.1	18	100.0

n = 18 (100%)

$\chi^2 C = 12.59$

$\chi^2 T = 9.49$

V Cramer's = .26

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

gl. = 4

p = .01

Covariancia = .07

En el mismo sentido, al relacionar el estado nutricio del segundo niño con edad comprendida de uno a cinco años y la severidad percibida debido a la creencia materna de que la diarrea es algo serio porque ocasiona problemas al niño (Cuadro no. 39), se observa: el 55.5 por ciento, que si percibieron severidad de la enfermedad, entre ellas 44.4 tenían niños con normal estado nutricio y 11.1 por ciento tienen niños con mal nutrición. Por otra parte, quienes no percibieron severa la enfermedad 11.1 mostraron sin alteración, mientras que 22.6 por ciento tenían pequeños con mal nutrición.

La Chi Cuadrada obtenida fue de 12.59 con 4 grados de libertad, Chi Cuadrada teórica de 9.49 y significancia estadística de .01. La V de Cramer fue de .26 o asociación baja definida y la variación explicada de siete por ciento.

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

De las correlaciones mostradas anteriormente se presentan en este apartado aquellas que están asociadas directamente con la hipótesis de estudio y que permitan tomar las decisiones.

Hi.- La conducta preventiva está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo y las barreras de las acciones de salud que con los beneficios de la conducta preventiva.

Ho.- La conducta preventiva no está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo de diarrea y las barreras de las acciones de salud que con los beneficios.

CUADRO NO. 40
 VARIABLES EN RELACION AL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD
 QUE APOYAN LA ACEPTACION DE LA HIPOTESIS ALTERNA

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_t	DECISION	p. < .05
Susceptibilidad percibida y beneficios percibido.	6.63	5.99	Se acepta Hi	.036
- Susceptibilidad percibida y barreras percibidas	12.10	5.99	Se acepta Hi.	.002
- Susceptibilidad y barreras percibidas.	14.00	5.99	Hi.	.000
- Severidad percibidas y beneficios percibidos.	10.20	5.99	Se acepta Hi	.006
- Severidad y beneficios percibidos.	8.72	5.99	Hi	.012
- Susceptibilidad y conducta preventiva biomédica.	15.91	9.49	Se acepta Hi	.003
- Susceptibilidad y conducta preventiva tradic.	14.53	9.49	Hi	.005
- Sev.percibida y conducta preventiva biomédica.	12.60	9.49	Se acepta Hi	.013
- Sev.percibida y conducta preventiva biomédica.	18.90	9.49	Hi	.000
- Benef.percibidos y conducta prev.biomédica.	6.86	5.99	Se acepta Hi	.032
- Benef.percibidos y conducta prev.biomédica.	7.61	5.99	Hi	.022
- Barreras perc.y conducta preventiva biomédica.	12.63	5.99	Se acepta Hi	.001
- Barreras perc.y conducta preventiva tradicional.	9.29	5.99	Hi	.009
- Barreras perc.y conducta preventiva biomédica.	25.37	21.03	Se acepta Hi	.013
- Barreras perc.y conducta preventiva tradicional.	31.54	26.30	Hi	.011

Por los anteriores resultados se aceptó la hipótesis alternativa.

CAPITULO V

DISCUSION

El perfil sociodemográfico de la población en estudio mostró que el 90.8 por ciento están en el grupo de 20 a 44 años. En relación al estado civil 81.6 por ciento son casadas siguiendo en frecuencia las madres solteras con 8.2 por ciento; la escolaridad de primaria y secundaria tanto incompleta como completa fue en un 87.7 por ciento. La religión para el 89 por ciento católica. Esto coincide con los datos del INEGI (1990) en relación a la estructura de la población.

Con respecto a trabajar fuera del hogar aproximadamente una quinta parte (21.4 por ciento) de la población estudiada lo realiza. Por otra parte, el ingreso mensual familiar para 94.9 por ciento de la población fue de uno a dos salarios mínimos, que corresponde a la clase baja.

En base a los datos señalados se afirma que es población joven, en su mayoría casadas, con un nivel de escolaridad superior al promedio señalado por González Carvajal (1988) en el diagnóstico de la salud en México, donde el promedio se considera cuarto año de primaria. Además la religión predominante es la católica, esto coincide con lo señalado por Hernández Narro (1987), y se puede considerar que influye en la persistencia de prácticas tradicionales de orden

mágico-religiosas.

Por otra parte, el bajo ingreso mensual predispone a condiciones desfavorables para el cuidado de la salud e incremento en la población mayor cantidad de factores de riesgos ambientales, de la familia y del propio niño, que se reflejan en los episodios de enfermedad diarreica.

Se comprobó la existencia de relaciones significativas entre factores sociodemográficos con las creencias y la conducta preventiva, entre ellos el estado civil, la escolaridad, el trabajo fuera del hogar y la ocupación con la susceptibilidad, la severidad percibidas y la conducta. En otras palabras, las mujeres jóvenes y de edad media, casadas, mejor educadas y con mejores ingresos perciben mas riesgos y

realizan con mayor importancia las conductas preventivas. Esto concuerda con los hallazgos de otros autores (Kegels, 1965; Green, 1970; Monteiro, 1971; Hallal 1982-1983 y Massey, 1986).

También resulta importante señalar en base a los resultados que a mayor escolaridad mas bajo el uso y la importancia de la conducta preventiva de tipo tradicional. Además las personas que trabajan fuera del hogar perciben todas severidad probablemente por la inseguridad del cuidado de los niños y la incapacidad para controlar por ellas mismas los riesgos.

Quienes trabajan fuera del hogar reportaron mayor importancia y uso de las conductas preventivas tradicionales. Tal vez porque resulte mas práctico e implique menos barreras tanto culturales como situacionales.

Otro elemento de importancia que reportó el estudio de los factores modificadores de las creencias, fueron los grupos de referencia o influencia social. La población estudiada reconoció el apoyo que reciben de personas, grupos o señales significativas. El 52 por ciento aceptó recibir orientación para el cuidado de la salud de familiares, médico, enfermera, vecinos y amigos, el farmacéutico y la escuela. Similarmente 47.9 por ciento reconoció la influencia que ha recibido para mejorar la dieta de sus hijos del personal de salud (entre estos enfatizaron a la enfermera y al médico), así mismo de familiares, escuelas y medios masivos de comunicación. Estos hallazgos sugieren que, para la orientación general acerca de la atención a la salud la influencia principal es de la familia siguiendo en orden de importancia otros grupos o personas; mientras que, para mejorar la dieta de sus niños principalmente reciben el apoyo del personal de salud y en segundo lugar de familiares. Con respecto a la búsqueda y acceso a información nueva relacionada con la salud aparecen en primer orden, libros, revistas y periódicos consideradas señales externas que favorecen la

salud, después el personal de salud y familiares, así como del grupo de trabajo.

En consecuencia, se confirma la influencia social y de señales externas que reciben las madres o tutoras para atender la salud de sus niños. De manera similar, Hubbard, Muhlenkamp y Brown (1983) concluyeron que el apoyo social puede tener influencia sobre la salud y la prácticas que la favorecen.

Resulta importante señalar, que a partir de estos hallazgos se enfatiza la necesidad del enfoque familiar como mas ventajoso que el individual, en donde la familia constituye fuente de apoyo y reforzamiento en el cuidado de la salud de los niños. Esto concuerda con lo señalado por otros

autores, Hartz, Zeldin, Kalnins, Pollak y Love (1990) y Pender (1982).

De acuerdo a el conocimiento reportado por los sujetos en este estudio, se encontró relación entre el conocimiento de diarrea y la percepción de beneficios y mas práctica de conductas saludables en relación a sus niños. Hallazgos en este sentido, fueron reportados por Heinzelman (1962) al encontrar entre un grupo de estudiantes universitarios con mas nivel de conocimientos sobre los factores relacionados a la profiláctica de fiebre reumática, mas conducta preventiva con penicilina.

No obstante, llama la atención con respecto al conocimiento para evitar la diarrea las tendencias que subyacen; donde el 94 por ciento afirmó que esto es posible con los recursos siguientes: medidas preventivas tres cuartas partes de los sujetos, dato que resulta favorable pues, refleja la autoeficacia sentida para manejar la salud, desde el punto de vista de autocuidado. Sin embargo, aunque con menor frecuencia fueron señalados otros recursos como: evitar comidas "pesadas" y en exceso, que nos habla de una tendencia tradicional. Además entre otros medios útiles mencionaron el suero oral, tratamientos conocidos para curar la diarrea o automedicación, tratamientos para la enfermedad y remedios caseros, estos últimos se observa que guardan una relación estrecha con una tendencia mas curativa y tradicional, que preventiva y científica.

El contacto previo con la enfermedad constituye en base al marco teórico una variable estructural que se relaciona con la conducta. Mediante la relación significativa encontrada entre el antecedente de episodios de diarrea en los niños de las personas estudiadas y la conducta preventiva biomédica; se ofrece evidencia empírica que apoya lo antes señalado, deduciendo que el mayor contacto con la enfermedad induce a realizar conductas mas saludables, constituyéndose el antecedente de contacto con la enfermedad en una señal

interna que conlleva a la acción preventiva. Becker (1972) encontró mayores tasas de cobertura con el régimen de tratamiento de niños con otitis, cuando las madres reportaban que su hijo enfermaba frecuentemente y esa enfermedad era considerada un riesgo mayor para su salud.

Además, se identifica en base a los resultados que el antecedente de enfermedad en los niños tiene relación con las barreras para lavar y desinfectar frutas y verduras, como algo fastidioso, Rosenstock (1966) afirma que si existen muchas barreras esto dificulta o impide la acción preventiva y por el contrario cuando son mínimos se facilita; reduciendo así el riesgo de enfermar.

También se identificaron algunas variables del niño de uno a cinco años que se relacionan significativamente con las percepciones maternas de riesgo ante la diarrea. Primero el estado de salud del primer hijo o mayor se asoció con la susceptibilidad percibida, no obstante dos tercios del total de sujetos que tuvieron niños con alteración del estado de salud no percibieron riesgos de enfermar; a pesar de observarse signos y síntomas en ellos. Este hallazgo concuerda con lo señalado por Monteiro (1971) en relación a la mayor tolerancia ante la enfermedad que tiene la gente pobre, antes de restringir su actividad y va al doctor solo cuando la enfermedad es considerada seria. De manera similar la

encuesta Nacional de Salud (1988) concluye, que el 68 por ciento de los casos de enfermedades agudas que no demandaron atención tuvo como motivo no considerarlo necesario.

Segundo, el estado nutricional del segundo niño o menor de uno a cinco años mostró relación significativa con la susceptibilidad percibida debido a que la mayoría de las personas que presentaron niños con malnutrición, también lo percibieron susceptibles. Esta misma asociación se dió con la severidad percibida, pero en contraste con la susceptibilidad, la severidad percibida fue menor, solo en un tercio de las personas con niños malnutridos. Se puede deducir entonces que el lugar que ocupa el niño en su familia, como es el caso de los mas pequeños, tiene mayor significado para que pueda ser percibido vulnerable o con mayor riesgo de enfermar. En este sentido Narro (1987) sugiere que el valor del niño radica en la posición que ocupa y la carga que representa para la familia.

De acuerdo a los datos analizados, es posible afirmar una relación directa de las creencias como predictoras de la conducta preventiva, aunque no exclusivas. Las cuatro dimensiones del modelo: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas, mostraron relación significativa.

En lo referente a la influencia de la susceptibilidad percibida para llevar a cabo la conducta preventiva, en el

estudio se encontró que la susceptibilidad percibida es mayor cuando se contempla la posibilidad de enfermedad en el futuro (63 por ciento). Entre las razones para considerar susceptibles a sus niños se encuentran comer en exceso, siempre existe riesgo e ignora enfermedades futuras, que indican causas tradicionales y un enfoque de control de salud externo; sin embargo, también señalaron, aunque en menor proporción otros motivos como: por descuidar la higiene, comer fuera de casa alimentos preparados con poca higiene; sugiriendo en menor grado un control interno de salud y conocimiento científico.

Así mismo, se encontró relación estadísticamente significativa entre la susceptibilidad percibida, beneficios

percibidos y conducta preventiva, estos hallazgos sugieren que las personas cuando perciben mas susceptibilidad en sus niños a la enfermedad diarreica, esta condición facilita percibir mas beneficios de las acciones preventivas, así como también llevarlas a cabo. Aho (1979) concluyó que aquellos que se percibieron más susceptibles a la influenza, creyeron que la inoculación podría ser beneficiosa y percibieron la vacuna como algo seguro.

Por otra parte, la susceptibilidad percibida se relacionó significativamente con las barreras percibidas para realizar acciones saludables. Esto nos habla de que, a mayor

barreras menor susceptibilidad se percibe, y a la inversa cuando menores barreras son percibidas se asocian a mayores proporciones de susceptibilidad percibidas. Hallazgos similares son reportados por Rundall (1979) al estudiar las variables del modelo de creencias de salud y el comportamiento de vacunación contra la influenza. Otro estudio realizado por el mismo autor en el mismo año, encontró que las revisiones preventivas se correlacionaban significativamente con las barreras y la susceptibilidad.

En relación a las razones por las cuales creían susceptibles a sus hijos. Se observó diferencias importantes cuando el cuestionamiento era en torno al presente o al futuro. Cuando se preguntó la probabilidad de enfermar actual 54 por ciento dijeron que si y los motivos tuvieron relación con riesgos como mala alimentación, descuidar la higiene, en época de calor enferman más, descuido, porque son enfermizos y por descuido ocasionado por trabajar. Mientras que, al preguntarles sobre la creencia de posibilidad de enfermar en el futuro 63 por ciento dijeron que si y las razones mencionadas fueron tanto tradicionales y de control externo de salud como de riesgos reales que hablan de un control interno con mayor grado de conocimiento. Estas deducciones coinciden con las afirmaciones de Herrera (1988) "lo que se dice y se hace en relación a la salud-enfermedad

tiene que ver con el significado que el hombre le atribuye a la naturaleza con su capacidad de poder y dominio sobre ella.

En relación a la severidad percibida se demostró asociación significativa con los beneficios percibidos y la conducta preventiva, en otras palabras, los sujetos que percibieron mas severidad también percibieron mas beneficios y realizaron mas conducta preventiva de diarrea en niños. Resultados similares fueron reportados por Cummings y Larson (1979).

Susceptibilidad y severidad percibidas en combinación, también mostraron relación significativa con la conducta preventiva. Es decir, que entre mas susceptibilidad y severidad se perciba existe mas predisposición y realización de la conducta.

La implementación de la conducta preventiva a su vez se relacionó tanto con los beneficios percibidos, como con las barreras percibidas para la acciones preventivas. Cuando los beneficios son mayores que las barreras la conducta saludable es realizada, no obstante, cuando las barreras superan a los beneficios, se impide implementar conductas benéficas para la salud.

En este sentido, los beneficios percibidos que mostraron más relación con la conducta fueron de la lactancia materna en los primeros meses de vida para evitar la diarrea y de la

importancia en la función materna para la realización de actividades preventivas de diarrea. En tanto que los beneficios percibidos por las madres en orden de frecuencia fueron: Primero, es importante y benéfico en su función materna realizar actividades para prevenir la diarrea; segundo, el manejo higiénico de agua y alimentos previene la diarrea; tercero, alimentar con leche materna al niño en sus primeros meses de vida, evita la diarrea; cuarto, la higiene personal y doméstica reduce el riesgo de diarrea y quinto, el consumo de agua hervida reduce riesgos de diarrea.

Sin embargo, las barreras que indicaron mas asociación a la conducta fueron: tomar agua hervida desagrada a los niños, lavar y desinfectar frutas y verduras es "fastidioso";

y la existencia de múltiples motivos tanto para no llevar a sus niños a control periódico de salud, como para no realizar actividades preventivas de diarrea. Mientras que las barreras mas comunes en orden de frecuencias para optar por la conducta preventiva fueron: primero, tomar agua hervida desagrada a sus niños; segundo, comer los niños una dieta adecuada requiere hacer cambios en el estilo alimentario; tercero, tienen problemas para llevar a sus niños a revisión periódica de salud; cuarto, lavar y desinfectar frutas y verduras antes de consumirlas es fastidioso; finalmente, en general para realizar actividades preventivas de diarrea se

destacaron múltiples motivos:

Algunas barreras coinciden con señalamientos de otros autores (Kroeger y Luna 1992, Encuesta nacional de salud, 1988).

Por lo tanto, pueden percibirse ciertos beneficios de algunas acciones pero si las barreras son mayores y múltiples, la posibilidad de realizar una conducta preventiva globalmente eficaz, es menor.

Antonovsky y Kats (1970) indicaron que el costo de la atención dental preventiva fue un factor destacado en relación a la frecuencia de uso de servicios dentales. Por otra parte, Champión (1984) reportó que las barreras percibidas para tomar acciones preventivas fue la variable mas

importante del modelo de creencias de salud para explicar el autoexamen de senos. Cuando se percibieron las barreras con gran magnitud la frecuencia de autoexploración mamaria fue baja. Además resultados similares fueron reportados por Calan en 1986.

En torno a las conductas preventivas que usan las madres o tutoras en la diarrea infantil se detectó la coexistencia de dos tipos: a) biomédicas o científicas y b) tradicionales o culturales, se enlistan a continuación las tres primeras de acuerdo a la frecuencia de uso reportada en las acciones:

Acciones biomédicas o científicas:

10. Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.
20. Coce bien los alimentos antes de su consumo.
30. Promueve y cuida que el niño se lave las manos antes de comer y después de ir al baño.

Mientras que en último lugar de frecuencia reportada se encontraron alimentar al niño con una dieta completa y equilibrada; y llevar al niño a control periódico de salud.

Acciones o medidas tradicionales:

10. Le ofrece té o cocimientos especiales para evitarle diarrea al niño.

20. Realiza oraciones para evitar que el niño se enferme.

30. La fé por si sola evita la enfermedad al niño.

No obstante la menor frecuencia de uso fue reportada para las medidas relacionadas con el uso de purgantes y barrer a los niños con hierbas.

En consecuencia, se afirma la influencia que ejerce la cultura en las prácticas de salud, pero al mismo tiempo, se demuestra que la cultura no es inmune al cambio como lo señala Hall y Reeding (1990).

Los resultados del estudio llevan a la aceptación de que

Las creencias de salud maternas: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas están asociadas con la conducta preventiva de diarrea. Sin embargo, las relaciones con mejor significancia estadísticas y más fuerza en las correlaciones fueron entre las percepciones de riesgo y las barreras, estableciéndose en consecuencia la aceptación de la hipótesis alterna. Esto coincide con lo señalado por Janz y Becker (1984) quienes señalan, que las cuatro dimensiones del modelo tienen relación con la conducta preventiva, no obstante, la variación explicada mas alta y los estudios de apoyo a las barreras y su relación con la conducta son mayores.

Si bien se puede afirmar que las creencias de salud son variables predictoras de la conducta preventiva materna, tampoco son excluyentes de otros factores.

Estos hallazgos sugieren que si bien algunas creencias influyen positivamente en la ejecución de actividades preventivas, no todas lo hacen en la misma magnitud mientras que los beneficios pueden ser percibidos pero si las barreras son mayores esto reduce la posibilidad de actuar favorablemente para conservar al niño sin enfermedad diarreica.

CONCLUSIONES

Se puede concluir entonces, que existen una variedad de factores que influyen en la decisión de las madres o sustitutas para implementar conducta preventiva de diarrea. Sin embargo, en este estudio sólo se demuestra que las creencias de las personas, además de algunos factores sociodemográficos y estructurales indagados en base al modelo de creencias de salud, están relacionados con la práctica de conductas saludables en beneficio del niño.

El estudio rechazó la hipótesis nula y aceptó la hipótesis alternativa de investigación, es decir, se acepta que la conducta preventiva materna está mayormente relacionada con las percepciones de riesgo de diarrea en los niños de uno a cinco años y con las barreras percibidas que con los beneficios de la acción preventiva.

Se puede afirmar entonces, que las creencias susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas están asociadas con la conducta saludable, no obstante, las relaciones con mejor significancia estadística y mas fuerza en la correlación fueron entre las percepciones de riesgo de diarrea y las barreras. La chi cuadrada encontrada mostró diferencia significativa entre lo obtenido y lo esperado. (Ver cuadro no. 40).

Los hallazgos anteriores inducen a concluir que las creencias constituyen variables predictoras de la conducta, más no exclusivas.

Además, se confirmó la relación de los grupos de referencia social de las personas estudiadas en las percepciones del cuidado e importancia de la salud; principalmente de la familia, personal de salud, amigos y vecinos, maestros de escuela y medios masivos de comunicación, los últimos también considerados señales para el comportamiento preventivo.

Por otra parte, algunas variables de los niños de uno a cinco años como estado de salud y nutrición, se encontró que pueden influir las percepciones maternas de riesgo a la diarrea.

En cuanto a las madres y sustitutas que percibieron a sus niños susceptibles, esta fluctuó entre 54 y 63 por ciento del total de la muestra estudiada. Mientras que la severidad percibida entre un 82 y 89 por ciento. Además las razones señaladas como conceptos etiológicos del riesgo en la salud del niño, se atribuyeron tanto a causas científicas como tradicionales, la connotación sobrenatural persiste.

Los recursos utilizados en la conducta preventiva a través de acciones y medidas para contrarrestar la enfermedad diarreica, tiene matices tanto tradicionales como científicas

o formales. Aunque en menor grado, aún se utilizan algunos de origen natural como hierbas, relaciones frío-calor, evitar excesos en la alimentación, pero principalmente elementos mágico-religiosos, que forman parte de un sistema diferente en el significado e interpretación de la salud.

Por último, en relación al modelo de creencias de salud, este constituye un marco teórico sólido que facilitó la aproximación al conocimiento de las percepciones de los individuos para actuar en su propio beneficios y en el de otros, como el caso de las madres o tutoras en este estudio, en la conservación del estado de salud en los niños.

RECOMENDACIONES

Que los resultados de este estudio sean conocidos por el personal de salud, como apoyo en la prestación del cuidado preventivo del menor de cinco años; ya que los elementos aquí identificados combinados con los conocimientos, habilidades y experiencias de Enfermería ofrecerán beneficios a la población materno infantil, a través de incidir en la calidad del servicio.

Para la Enfermería Materno Infantil se presentan recomendaciones en sus diferentes roles.

Rol de Investigador:

- Continuar utilizando el modelo de creencias de salud en investigaciones relacionadas con la conducta preventiva, incorporando otras variables como la importancia de la salud, motivación de la salud, control de salud y autoeficacia. De tal manera que puedan demostrarse su efectividad en la predicción de conductas saludables.
 - Realizar estudios prospectivos y experimentales que demuestren con menor grado de limitación la efectividad de la manipulación de algunas variables del modelo en el cambio de conductas mas favorables para la conservación del estado de salud, en base a las necesidades o problemas detectados por el personal de salud para el mejoramiento en los servicios preventivos que se refleje en el incremento de conductas positivas de salud y uso del servicio.
 - Investigar con diseños longitudinales y comparativos en poblaciones que difieran en características sociodemográficas, la utilidad del modelo como predictor de la conducta y uso de los servicios preventivos.
- En base a que la práctica de enfermería implica un

respaldo teórico y de investigación actualizado se sugiere continuar la investigación acerca de la problemática infantil de mayor magnitud y trascendencia social, sus condicionantes y repercusiones, en ésta o en otras comunidades similares, a fin de sugerir apoyos en los programas y estrategias de implementación que realmente produzcan resultados benéficos y significativos en la salud.

Continuar la investigación sociopsicológica de salud acorde al perfil de daños a la salud infantil que impulsen tanto el conocimiento como el sentido humano y social de la profesión de enfermería.

Rol de Educador:

- Incorporar en la metodología de la enseñanza de salud, estrategias de educación basadas en el modelo de creencias de salud y en las características propias del adulto que desempeña el rol de cuidado a la salud del niño, con el propósito de hacer el aprendizaje significativo, acerca de los grupos de riesgo de enfermedades diarreicas y las conductas que ayudan a reducir las probabilidades de enfermedad y las repercusiones en los casos o severidad, por medio de acciones preventivas.

- Insertar la influencia de otras personas y grupos significativos para que se constituyan en elementos de apoyo y educadores de salud, además de señales de acción, a fin de producir un cambio en el rol que desempeñan los usuarios hacia una participación comunitaria más activa, en donde los conocimientos, experiencias y capacidades de estas personas fortalezcan la salud del niño, la familia y la comunidad de la que forman parte.
- Diseñar señales, tipo, creencias de salud que al ser difundidas a través de medios de comunicación al alcance de la población, produzcan un mayor impacto en las acciones saludables.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

- Incluir en los programas formativos de enfermería el modelo de creencias de salud en materias con enfoque preventivo.

Rol de Especialista:

- Diseñar programas, estrategias y metodologías del trabajo preventivo, relacionado con la población materno infantil para ayudar los propósitos de minimizar

barreras e incremento de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, así como beneficios de las conductas saludables.

- Planear, ejecutar y evaluar los programas preventivos dirigidos a la población infantil, sin perder de vista el enfoque familiar como mas ventajoso que el individual.

Coordinar acciones con los medios masivos de comunicación, grupo de promotores y educadores de salud para la utilización del modelo de creencias de salud en el incremento de la tendencia preventiva y reducción del enfoque curativo de la diarrea infantil.

- La enfermera en su papel de líder y en su función de coordinación con otros miembros del sistema de salud puede difundir las creencias, prácticas de salud y costumbres de la comunidad como una estrategia que reduzca la brecha existente entre usuarios y planificadores, ejecutores y evaluadores de programas de salud. De tal modo que resulte factible asociar las propuestas de servicios de salud con la realidad de las percepciones de la población.

- Considerar en la planeación de programas los ámbitos de atención preventiva familiar, escolar y de grupos de trabajo, como focos potenciales de extensión y fortalecimiento en la prevención de enfermedades del niño.

- Orientar a los padres acerca de su función formadora de valores, creencias y conductas de salud mediante el modelo con su comportamiento como fuente de apoyo para el futuro autocuidado de la salud de sus hijos.

- Cooperar en las estrategias para reducir las barreras percibidas por la población en la prevención de la diarrea infantil, debido a que el problema de múltiples barreras para emprender acciones saludables existe desde hace mucho tiempo, así mismo estudios antecedentes de apoyo e inquietudes surgidas del personal de salud; sin embargo, se han mantenido al margen en el momento de instrumentar nuevos programas.

- Se sugiere: que las enfermeras y el personal de salud en general utilicen los resultados del estudio como apoyo para comprender y analizar con mas profundidad el contexto sociocultural y las características comunes de los usuarios que asumen la responsabilidad y el cuidado

a la salud de los niños, al reajustar los programas en torno a: horarios de servicio, tiempo y organización de las consultas para reducir la espera de los usuarios, facilidades en el otorgamiento de citas, nuevos propósitos en las visitas domiciliarias que enfatizan desde las creencias de salud de los usuarios los riesgos en la salud y los beneficios de las acciones preventivas. En síntesis, estrategias que reflejen la retroalimentación de los usuarios de servicios preventivos, mas que desde la unidimensión del sector salud.

- Conocer e incorporar en su práctica las dimensiones del modelo de creencias de salud con el propósito de desarrollar un trabajo mas eficaz al enfatizar riesgos, incrementar beneficios y reducir barreras.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

- Promover estilos alimentarios, higiénicos y de control periódico de salud en las familias que se traduzcan en la disminución de los riesgos de enfermedad en el niño.
- Extender la promoción de conductas preventivas de enfermedad en el niño a las escuelas y grupos de trabajo.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aho, W.P. (1979). Participation of senior citizens in the swine flue inoculation program: An analysis of health belief model variables in preventive health behaviors. Journal of Gerontology, 34, 201-208.

Aguirre Beltrán (1986). La Medicina Indígena en el Siglo XXI. México Indígena 6-7.

Ajzen, I. G. Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables, Journal of Experimental social psychology, 6, 466-487.

Ajzen, I. G. Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. Journal of Personality and social psychology, 27, 41-57.

Antonovsky, A. G. Kats, R. (1970). The model dental patient: An empirical study of preventive health behaviors, social science and medicine, 4, 367.

Battistella, R. M. (1971) Factors associated with delay in the initiation of physicians care among late adulthood persons. American Journal of Public Health. 61, 1348.

Becker, M. H. Drachman, R. H., G. Kirscht, J. P. (1972) Predictin mothers; compliance with pediatric medical regimens, Journal of Pediatrics, 81, 843 - 854.

Becker, M. H. (Ed) (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. Thorofare, N. J.: Charles B. Slack.

Becker, M. H., Drachman, R. H. G. Kirscht, Sick-role behaviors in low income populations. American Journal of Public Health. 64, 205-216.

Becker, M. H., Kaback, M. M., Rosenstock, I. M. & Ruth, M. V. (1975). Some influences on program participation in a genetic screening program. Journal of community Health. 1, 3.

Bernstein H. I. Keith B. J. (1991) Reexamination of Eisen, Zellman and McAlister's Health Belief Model Questionnaire. Health Education Quarterly, 18 (2), 207 - 220.

~~Bond, B. W. (1965). Group discussion-decision: An appraisal of its use in health education. Minneapolis: Department of health.~~

Brown N., Muhlenkamp A., Fox L., Osborn M. (1983). The relationship Among Health Beliefs, Health values, and health promotion activity. Western journal of nursing research, vol. 5, No. 2

Calan, M. & Ritter, D.R. (1986). Do health beliefs predict health behaviors? An analysis of breast self examination. Social Cienciae Medicine, 22(6), 673-678.

Cañedo Dorantes (1987). Investigación Clínica. México:

Interamericana. p.p. 159-187.

Cruz Sánchez, M., 1988. Algunos determinantes psico-sociales que explican la actitud hacia la detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Disertación Tesis de Grado, U.A.N.L.

Cummings, K. M., Jette, A.M., Brock, B.M. & Haefror, D.

(1979). Psychosocial determinantes of Immunization behavior in swine influenza campaign. Medical Care. 17(6), 639-649.

Champion, V.C. (1985). Use of the health belief model in determinig frequency of bresst self examination. Research in Nursing and Health. 8(4), 373-379.

Davidhizar, R. (1983) Critique of the health belief model.

Journal of Advanced Nursing. 8, 467-472.

DeSantis L. Thomas J. T. (1990). The inmigrant Haitian Mot

her: transcultural nursing perspective on preventive health care fore children. Journal transcultural Nursing.

2 (1) p. 2-15.

Downie N.M., Heath R.W. (1973). Métodos Estadísticos Aplica dos. 3a. Ed. México, Harla.

Durán López, R. (1990). Sociocultura en la prevención y control de displasia cervical. Apodaca, N.L. Disertación Tesis de Grado, U.A.N.L.

Elling R., Witlemore, R. & Green, M. (1960). Patient

participation in a Pediatric Program Journal of Health and Human Behavior. 1, 83.

Feachem G. R. (1984). Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of personal and domestic hygiene. Bulletin of the World Health Organization, 62 (3) 467-476.

Feachen G. R. & Koblinsky A. M. (1984) Interventions for the control of diarrhoeal diseases among children: promotion of breast-feeding. Bulletin of the World Health Organization, 62 (2): 271-291.

Gabrielson, I. W. Levin, L. S. & Ellison, M. D. (1967). Factors affecting school health follow-up. American Journal of Public Health, 37, 48.

~~Guilford J.P., (1954). Psicometric Methods. New York: McGraw-Hill.~~

González Carvajal R. Diagnóstico de la Salud en México. México: Trillas, p.p. 69-70.

Gray, R. M., Kesler, J. P. & Moddy, P.M. (1966). The effects social class and friend expectations on oral polio. Journal of Public Health. 56, 2028- 2032.

Green, L. (1970). Manual for scoring socioeconomic status for research health behaviors. Public Health Report, 85, 815-827.

Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and

behavioral effects of modifying health beliefs. Public Health Reports. 85-478.

Hall J. y Redding W. (1990). Enfermería Comunitaria: Un enfoque de sistemas, Washington, D.C., E.E.U.U. O.P.S., Cap. 10.

Harris, D. M. & Guten, S. (1979) Health prospective behavior: An exploratory study. Journal of health and social Behavior, 20, 17-29.

Hart-Zeldin, Kalnins, Pollak y Lone (1990). Children in the context of "Achieving Health for All: A framework for health Promotion". Canadian Journal of Public Health. Vol. 81, May-Jun. p.p. 196-198.

Heinzlam, F. (1962). Factors in prophylaxis behaviors in ~~resting~~ rheumatic fever. An exploratory study. Journal of health and human behaviors. 2,37.

Hernández, M. A., Narro R. . y col. (1987) Como somos los mexicanos. México: Centro de Estudios Educativos. Cap. 8

Herrera Ticaño, R. [Editor] (1989). La Medicina Tradicional en México y Supervivencia. México, U.N.A.M., ENEP, Zaragoza.

Hochbaum, G. M. (1958). Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Public Health Service Publication (No. 572). Washington, D.C.: s. Government printing office.

Hochbaum, G. M. (1956). Why people seek diagnostic X - Rays. Public health reports. 71, 377.

Hall, J.E. and Redding W. B. (1990). Enfermería Comunitaria: Un enfoque de Sistemas. O.P.S.: Washington, D.C. Caps. 10 y 19.

Hower, H. (1981) Social Factors associated with breast self-examination among highrisk women. American Journal of Public Health. 71, 251-255.

Hubbard P., Muhlenkamp F. A. Brown. The Relationship Between Social Support and Self-Care Practices. Nursing Research. Sep/Oct. 1984, vo.1. 33, No. 5, p.p. 266-277.

Ibañez Brambila, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.

Jans K.N. y Becker H.M. (1989). The Health Belief Model: A decade later. Health Education Quarterly. Vol. II (1) 1-47.

Kegels, S.S., Kirschts, J. P. Haefner, D.A. et. al. (1965) Survey of beliefs about cancer detection and taking papanicolaou tests. Public Health Reports. September, 80., 815-823.

Kegels, S. S. (1969) A. Field experiment attempt to change in an urban ghetto. Journal of health and social behavior, 10, 115.

Kegels, S. C. (1963) Why people seek dental care: A test of

a conceptual formulation. Journal of Health and Human Behaviors. 4, 166.

Kim, K. K. Horan L. M. Gendler P{. Pstel K. M. (1991)

Development and Evaluation of de Ostcoporosis Health Belief Scale. Research Nursing and Health. 14, 155-163.

Kirkpatrick, S. M. Coobb AK (1990). Health beliefs related to diarrrhea in hatian children: building. Tanscultural nursing knowledge. Journal transcultural nursing. 1 (2) p. 2-12.

Kroeger y Luna (1992). Principios de Atención Primaria de Salud. 2a. ed. México: O.P.S., p.p. 21-48.

Kulbok, P.P. (1985) Social resources, health resources and preventive health behaviors: patterns and predictions. Public Health Nursing. 2 (2), 67-81.

Lamberth, C. Jr. (1962) Interpersonal factors associated with the utilization public health dental clinic. (Doctoral dissertation, brandeis University). Abstracts.

Langlie, J. K. (1977). Social Network, Health beliefs, and preventive health behaviors. Journal of Health and Social Behavior. 18, 244-260.

Larson, E.B., Olsen, E. Cole, W. & Shortell, S. (1979). The relationship of health beliefs and a postcard reminder to influenza vaccination. Journal of Family y Practice. 8, 1207-1211.

- Levin J. (1979). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México: Harla.
- Lewin K., Dembo. T. Festinger L. & Sears, P. S. (1944) Level os aspiration. In J. Hunt (Ed.) Personality and the behavioral disorders: A handbook based on experimental and clinical research. New York: Ronald Press. p.p.333-378.
- Massey, V. (1986). Perceined Susceptibility to Breast Cancer and Practice of Bresst Self Examination. Nursing Research. 35(3), 183-185.
- Morley, David (1977). Brioridades en la salud infantil. México: Editorial Pax México. p.p. 21, 35, 37-59, 159-184.
- Nemeck Mary Ann DNS (1990). Health Beliefs and preventive Behavior. A review of research literature. AAOHN Journal, March. 1990, vol. 38, No. 3, p.p.127-138.
- Organización Mundial de la Salud. (1983). Medición del Cambio del Estado Nutricional, O.M.S. Ginebra; O.M.S. p. 65-105.
- OPS-Cusminsky M., et.al. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington, D. C.: OPS p.p. 158-160.
- OPS-Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington, D. C.: OPS. p.p. 200-201.
- Pacey, A. (1982) Higiene and Literacy. Waterlines. I: 26-29.
- Parry H. O. (1984). La gente y la salud: La influencia de la cultura. Revista Foro Mundial de la Salud. Vol. 5, No.

1, p.p. 58-62.

Pender J. Nola Health promotion in Nursing practice. 2a. edición. California, Appleton & Lange, Morusalk Connecticut. Cap. 7.

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. Milbank meomiral fund. Quaterly, July, 44, 94-127.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. and Becker, M. H. (1988) Social Learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly. 15, 175 - 183.

Rundall, T.G. & Wheeler, J.R. (1979 a). Factors associated with utilization of the swine hu vaccination program among sensor citizen. Medical Care. 17, 191-200.

Rundall, T.G. & Wheeter, J.R. (1979 b). The effect of income on use of preventive care: An evaluation of alternative explantions. Journal of Health & Social Behavior. 20, 397-406.

Sacharin M. Rosa. (1989). Enfermería Pediátrica. 2a. edición España. Interamericana - Mc Graw Hill, p.p. 518.

Snyder, J. D. y Merson, M. H. The magnitude of the global problem of acute diarrheal disease: A review of active surveillancce data. Bulletin world health organization; 60: 605-613, 1982.

Secretaría de Salud, 1990-1994. Enero 1991, Diario Oficial de la Federación. Programa Nacional de Salud. Publicado

el 11 de enero de 1991, p.p. 37-38.

Shammansky S.L. & Clausen, C. L. (1980). Levels of prevention. Examination of the concept. Nursing Outlook, 1980, 28. p. p. 104-108.

Silva Luna, D., (1991) "Factores socioculturales que influyen en la prevención y control del tratamiento de la displasia cervical en la Fama y San Pedro Garza García, N.L."

Stanhope, Marcia, Lancaster, Jeanette. (1984). Promoting the Health of families in the Community. Cap. 15. Community Health Nursing. USA. The C.V. Mosby Company.

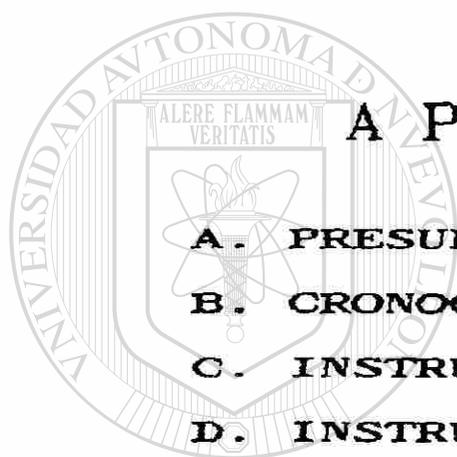
Straus, A. L. (1975) Chronic Illness and the quality of Life. St. Louis: C.V. Mosby, p. 33.

Schuman, E. A. (1967) Preventive health behaviors: A model for research on community health campaigns. Journal of health and social behavior. 8, 197.

Tash, R. H., O'Shea, R.M. & Cohen, Lik. (1960) Testing a preventive-symptomatic theory of dental health behavior. American Journal of Public Health. 514.

Whaley F y Whon L. D. (1985) Tratado de Enfermería Pediátrica, México: Nueva Editorial Interamericana. Cap. 2

Weisenberb, M., Kegeles, S. & Lund A. (1980) Children's Health beliefs and social behavior. 21, 59-74.



A P E N D I C E S

A. PRESUPUESTO

B. CRONOGRAMA

C. INSTRUMENTO

D. INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO

~~**E. FORMATO DE CONSENTIMIENTO**~~

~~**F. PLANO DE LA COMUNIDAD**~~

G. FOLLETOS

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



APENDICE A

RECURSOS Y PRESUPUESTO

<u>HUMANOS</u>	<u>COSTO UNITARIO</u>	<u>COSTO TOTAL</u>
Asesor metodológico	50,000 c/sesión	500,000
Mecanógrafa		300,000
Asesor Estadístico	50,000 c/sesión	200,000
Capturista (cómputo y procesamiento de datos).		200,000
Encuestadores	50,000 c/u	500,000
		<u>1,700,000</u>
<u>MATERIALES</u>		
2000 Hojas continuas	4,000 c/u	80,000
2 diskettes D.L.D.D 5 1/4"	4,500 c/u	9,000
5 gomas de borrar	1,000	5,000
5 lápices	1,000	5,000
1000 hojas revolución	1,000	10,000
1 calculadora		200,000
100 kárdex p/fichas 7.5x12.5	3,000 c/25	12,000
100 Kárdex p/fichas 12.5x20	3,000 c/25	12,000
10 tablas de apoyo	5,000	50,000
1 Engrapadora c/grapas	20,000	20,000
100 folders tamaño oficio		15,000
6 engargolados c/100 hojas	5,000	30,000
Transporte	10,000	100,000
118 tantos de instrumento	varios	200,000

material de apoyo audiovisual	varios	250,000
-------------------------------	--------	---------

1;503,000

FINANCIEROS

Estudios de Apoyo (Copias del Extranjero)		1,500,000
---	--	-----------

Traducciones	4,500 c/u	800,000
--------------	-----------	---------

Reproducción del Informe y gastos		1;850,000
-----------------------------------	--	-----------

de imprenta.

2;650,000

6;800,000

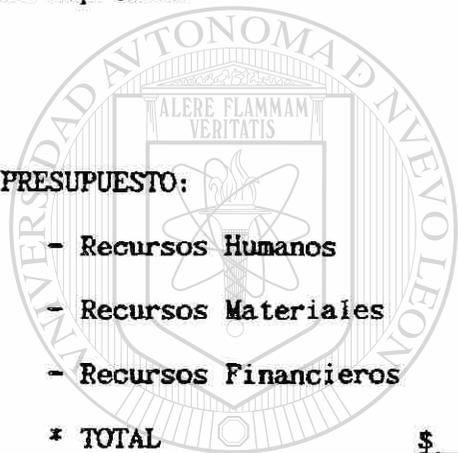
PRESUPUESTO:

- Recursos Humanos	1;700,000
--------------------	-----------

- Recursos Materiales	1;503,000
-----------------------	-----------

- Recursos Financieros	6;800,000
------------------------	-----------

* TOTAL	<u>\$ 10;003,000</u>
---------	----------------------



UNANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ANEXO NO. C
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

ENCUESTA para recolección de información sobre "Creencias de salud y conducta preventiva materna en diarrea de niños menores de 5 años". Apodaca. N.L., 1992.

Identificación de Encuesta

No. _____
Fecha: _____
Domicilio: _____
Sector: _____

I. FACTORES MODIFICADORES, DEMOGRAFICOS.

1. Nombre de la Madre: _____

2. Edad:

- | | |
|----------|------------|
| 1) 15-19 | 6) 40-44 |
| 2) 20-24 | 7) 45-49 |
| 3) 25-29 | 8) 50-54 |
| 4) 30-34 | 9) 55-59 |
| 5) 35-39 | 10) 60 - + |

3. Estado Civil:

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1) Soltera (Madre) | 4) Divorciada |
| 2) Casada | 5) Viuda |
| 3) Unión Libre | 6) Separada |

4. Escolaridad:

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria incompleta
- 5) Secundaria completa
- 6) Carrera Técnica
- 7) Bachillerato incompleto
- 8) Bachillerato completo
- 9) Estudio incompleto después del bachillerato.
- 10) Estudios completos Licenciatura

5. Religión:

- 1) Católica.
- 2) Evangélica. Especifique: _____
- 3) Otra. Especifique: _____

- 4) Ninguna.
6. Trabaja fuera del hogar: _____
- 1) Si 2) No 3) A veces
7. Ocupación: _____
- 1) Labores del hogar
- 2) Obrera
- 3) Empleada doméstica
- 4) Empleada no doméstica
- 5) Vendedor ambulante
- 6) Otra, especifique: _____
8. Cuál es el ingreso económico familiar mensual aproximado? _____
- 1) 720,000 o menos
- 2) 721,000 - 1;440 mil
- 3) 1;441 mil - 2;160 mil
- 4) 2;161 mil - 2;880 mil
- 5) 2;881 mil - +

FACTORES MODIFICADORES, SOCIOPSICOLÓGICOS

9. De quiénes recibe orientación o apoyo para cuidar la salud de sus hijos? _____
- 1) Grupo de personas de su lugar de origen.
- 2) Familia.
- 3) Amigos.
- 4) Grupos organizados en salud.
- 5) Otros: _____
10. Le han recomendado cosas para mejorar la salud de sus niños? _____
- 1) Si 2) No 3) Algunas veces
11. En caso de ser 1 o 3 la respuesta, quien: _____
12. Ha recibido consejos para mejorar la dieta de sus hijos. _____
- 1) Si 2) No 3) Algunas veces
13. En caso de ser 1 o 3 la respuesta de quienes: _____
14. Ha recibido apoyo para buscar información nueva como libros y revistas relacionada con la salud de sus niños? _____
- 1) Si 2) No 3) Algunas veces
15. En el caso de ser 1 o 3 la respuesta, de quienes: _____

16. Algunas personas le han dicho que conservar la salud de sus niños es muy importante?

- 1) Si 2) No 3) Algunas veces

17. De ser 1 o 3 la respuesta, de quienes:

FACTORES MODIFICADORES, ESTRUCTURALES.

18. ¿Qué entiende usted por diarrea?

- 1) Las evacuaciones son aguadas, menos de 3 veces al día.
2) Las evacuaciones son líquidas menos de 3 veces al día.
3) Las evacuaciones son más de 3 veces en el día, aunque no esten aguadas o líquidas.
4) Las evacuaciones son aguadas o líquidas y aumentadas en cantidad y más de 3 veces - al día.

19. ¿Qué niños pueden enfermar más de diarrea?

- 1) Los mal alimentados.
2) Los enfermizos.
3) Los que tienen poca higiene.
4) Los que toman agua sin hervir.
5) Todos los anteriores.
6) Otros: _____

20. A qué edad les puede dar más la diarrea a los niños?

- 1) De 0 a 11 meses o - 1 año.
2) De 12 a 23 meses o 2 años.
3) 24 a 35 meses o 3 años.
4) 36 a 47 meses o 4 años.
5) 48 a 60 meses o 5 años.

21. Cuántas veces se han enfermado sus niños de diarrea en este año?

- 1) No se han enfermado.
2) Una vez al año.
3) Dos veces al año.
4) Tres veces o más al año.
5) Otras: _____

n1 ___ n2 ___

22. La diarrea se puede evitar?

- 1) Si 2) No 3) Algunas veces

23. Si la respuesta es 1 o 3, porqué:

35. Si la respuesta es 1 o 3, qué problemas? _____
- 1) Para jugar. _____
 - 2) Para ir al Kinder. _____
 - 3) Para crecer y desarrollarse. _____
 - 4) Todas las anteriores. _____
 - 5) Otros problemas. _____

36. La idea de diarrea en sus niños le asusta? _____
- 1) Si
 - 2) No
 - 3) Algunas veces

37. Si la respuesta es 1 o 3, porqué? _____
- _____
- _____

38. La diarrea se cura fácil en casa? _____
- 1) Si
 - 2) No
 - 3) Algunas veces

39. ¿Porqué? _____
- _____
- _____

BENEFICIOS PERCIBIDOS

40. Tomar agua hervida reduce el riesgo de diarrea? _____
- 1) Si
 - 2) No

41. Alimentar al niño con leche materna en sus primeros meses de vida, ayuda a evitar la diarrea? _____

- 1) Si
- 2) No

42. Mantener la higiene personal (baño diario, lavado de manos) reduce el riesgo de diarrea? _____

- 1) Si
- 2) No

43. El manejo apropiado de agua y alimentos ayuda a prevenir la diarrea? _____

- 1) Si
- 2) No

44. Es parte importante de su función de madre, realizar actividades para prevenir la diarrea en sus niños? _____

- 1) Si
- 2) No

BARRERAS PERCIBIDAS

45. Comer una dieta adecuada (carnes, verduras, frutas, leche, cereales) requiere cambiar los hábitos alimentarios de su familia? —
1) Si 2) No

46. Tomar agua hervida no le agrada a sus niños? —
1) Si 2) No

47. Lavar y desinfectar frutas y verduras es muy fastidioso o "engorroso"? —
1) Si 2) No

48. Llevar a sus niños a revisión periódica de salud (control) es muy cansado? —
1) Si 2) No

49. ¿Porqué?

50. A qué se debe que algunas veces usted no realice actividades para evitarle diarrea a sus niños? —

- 1) Muy cansado o "engorroso".
- 2) Es muy costoso.
- 3) Le quita mucho tiempo.
- 4) Algunas veces le desagrada al niño.
- 5) Desconoce algunas medidas.
- 6) Los servicios de salud están lejos.
- 7) El horario del Centro de Salud no está de acuerdo con su tiempo libre.
- 8) Otras causas. _____

9) Ninguna. _____

III. CONDUCTAS PREVENTIVAS

Esta parte de la encuesta tiene por objeto ayudar a conocer las acciones o medidas que está desarrollando la madre para conservar la salud de sus niños.

La valoración es a través de dos criterios:

I. Frecuencia. Con la siguientes opciones de respuesta:

1. Nunca
2. En ocasiones
3. Frecuentemente
- 4) Siempre

II. Importancia. Con las opciones:

1. Sin importancia.
2. Poca importancia.
3. Importante.
4. Muy importante.

Se le pedirá a la persona que conteste con la mayor sinceridad posible de acuerdo a la escala.

ACTIVIDADES BIOMEDICAS	Frecuencia				Importancia			
	1	2	3	4	1	2	3	4
51. Hierve el agua que consume durante 15 minutos.	51.1	___	___	___	51.2	___	___	___
52. Lava y desinfecta frutas y verduras antes de comerlas.	52.1	___	___	___	52.2	___	___	___
53. Coce bien los alimentos.	53.1	___	___	___	53.2	___	___	___
54. Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.	54.1	___	___	___	64.2	___	___	___
55. Promueve y cuida que el niño se mantenga limpio.	55.1	___	___	___	55.2	___	___	___
56. Promueve y cuida que el niño se lave las manos antes de comer y después de ir al baño.	56.1	___	___	___	56.2	___	___	___
57. Evita que el niño consuma alimentos en la calle preparados con poca higiene dudosa.	57.1	___	___	___	57.2	___	___	___
58. Evita darle mariscos crudos al niño.	58.1	___	___	___	58.2	___	___	___
59. Acostumbra carnes, verduras y frutas, cereales y raíces.	59.1	___	___	___	59.2	___	___	___
60. Lleva al niño a control médico de salud.	60.1	___	___	___	60.2	___	___	___
TRADICIONALES MAGICO-RELIGIOSAS								
61. Para evitar que se enferme lo lleva a barrer con hierbas.	61.1	___	___	___	61.2	___	___	___
62. Reza o realiza oraciones para evitar que sus niños se enfermen.	62.1	___	___	___	62.2	___	___	___

63. La fé por si sola ayuda a evitar enfermedades como la diarrea en los niños. 63.1 _____ 63.2 _____

HERBOLARIA

64. Cuando cree usted que le puede dar diarrea a su niño, le prepara purgas. 64.1 _____ 64.2 _____

65. Evita que le dé aire frío en la barriga del niño para que no le de diarrea. 65.1 _____ 65.2 _____

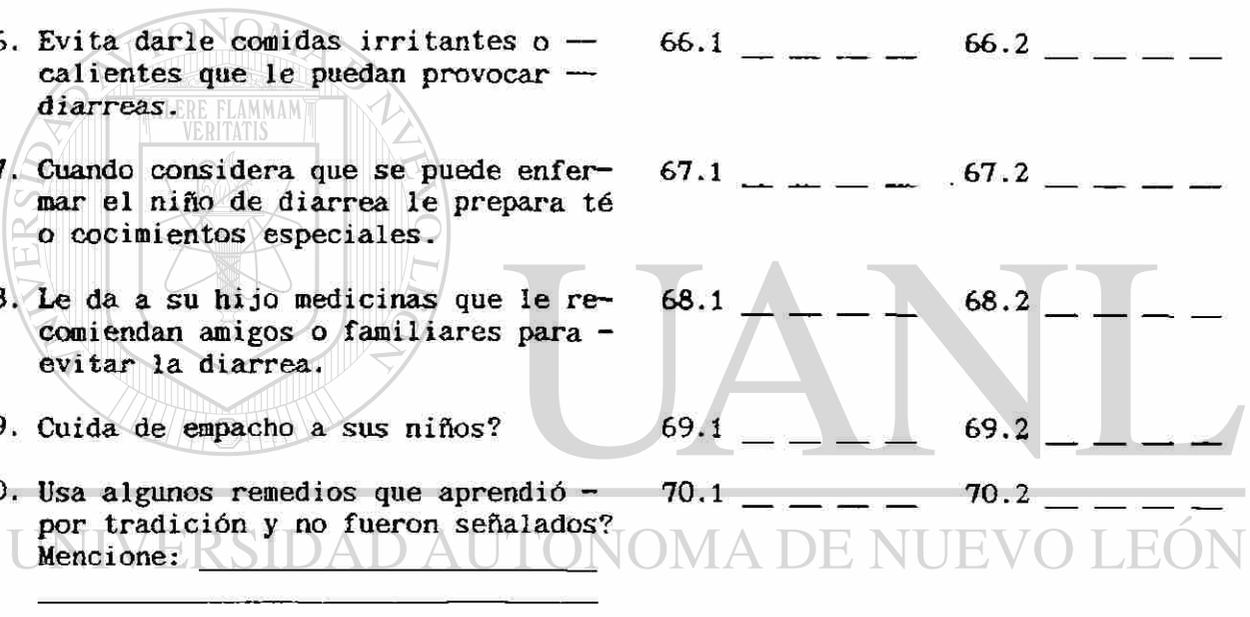
66. Evita darle comidas irritantes o calientes que le puedan provocar diarreas. 66.1 _____ 66.2 _____

67. Cuando considera que se puede enfermar el niño de diarrea le prepara té o cocimientos especiales. 67.1 _____ 67.2 _____

68. Le da a su hijo medicinas que le recomiendan amigos o familiares para evitar la diarrea. 68.1 _____ 68.2 _____

69. Cuida de empacho a sus niños? 69.1 _____ 69.2 _____

70. Usa algunos remedios que aprendió por tradición y no fueron señalados? Mencione: _____ 70.1 _____ 70.2 _____



IV. ESTADO DE SALUD DEL NIÑO.

Nombre: _____

Edad: Años _____ Meses _____

Talla: _____ cms.

Peso: Kilos _____ Grs. _____

1) Percentila: Mediana

2) - 2 Ds.

71. Estado Nutricional: _____

- 1) Normal para su edad, talla y peso.
- 2) Mal nutrición aguda.

72. Problemas de salud actual: _____

- 1) Aparentemente sano sin sintomatología.
- 2) Alteración del estado de salud con signos o síntomas

ENCUESTADOR: _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

_____ Firma

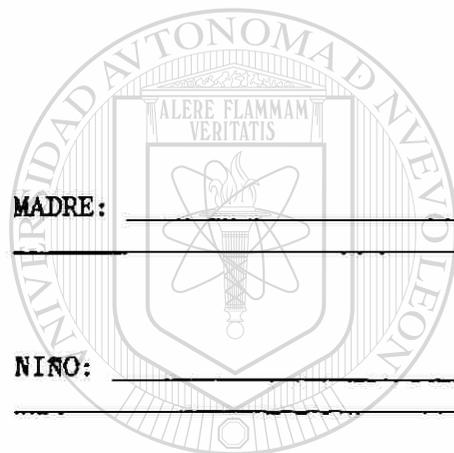
MADRE: _____

NINO: _____

HIGIENE: _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



U A N L



APENDICE D

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO

Llenar con letra de molde la encuesta:

- I. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ENCUESTA
 1. Se dará un número progresivo al total de cuestionarios por lo que aparecerán del 001 al 108.
 2. Fecha de aplicación, usar para el día del 01 al 31, para el mes del 01 al 12, para el año 1992.
 3. Iniciales de la entrevistada: madre o tutora permanente. (Nombre, Apellido paterno, Apellido Materno).
 4. Dirección.- Anotarla correctamente o con señas en casos necesarios que ubiquen el domicilio, en el sector de la comunidad.
 5. Sector.- Este se determinará al ubicar el domicilio en el croquis después de su aplicación.
- II. DATOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOPSIOLÓGICOS Y ESTRUCTURALES.
 6. Anotar la edad en años cumplidos de la mujer que entrevistaste y codifique en el rango correspondiente.
 7. Anotar lo expresado por la entrevistada y codifique 1. Católica 2. Testigo de Jehová 3. otra especifique.
 8. Registrar el dato del último año cursado y anote la suma de estos según la clasificación.
 9. Anotar lo que exprese la entrevistada y codifique:
 1. Soltera 2. Unión libre
 3. Casada 4. Divorciada 5. Viuda
 - 11, 13, 14, 15, 17.- Codifique el número que corresponda a la respuesta de la entrevistada, no sugiera respuesta, solo aclare en caso necesario las opciones. ®
 - 12, 16.- Codificar la respuesta de acuerdo al rango donde se ubique.
 - 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33.- Codificar en base a la respuesta afirmativa o negativa.
 1. Si 2. No
 32. Codificar en base a la respuesta de acuerdo a las opciones presentadas para identificar las barreras para la acción preventiva.
 1. Muy cansado
 2. Cuesta mucho
 3. Le ocupa mucho tiempo
 4. Algunas le resultan desagradables a ella.
 5. Algunas resultan desagradables para el niño.
 6. Los servicios preventivos están lejos.

De la 45 a la 63.-

Deberá codificarse la respuesta en base a los criterios de frecuencia e importancia de realizar la conducta preventiva.

Para frecuencia se tendrán las siguientes opciones:

1. Nunca = Cuando nunca realiza la actividad.
2. Ocasionalmente= Cuando realiza la conducta de vez en cuando.
3. Frecuentemente = Cuando realiza la acción la mayoría de las veces.
4. Siempre = Cuando la actividad la lleva a cabo siempre de acuerdo a la norma de salud.

Para medir la importancia de las conductas preventivas se usará la siguiente escala.

1. Sin importancia = Cuando no la considera relevante para la salud.
2. De poca importancia = Cuando tiene poca relevancia para la salud.
3. Importante = Cuando considera que la actividad debe realizarse la mayoría de las veces para no afectar la salud.
4. Muy importante=Cuando considera que la actividad debe ajustarse a las normas por ser muy relevante para la salud.

En suma las medidas biomédicas y tradicionales serán consideradas en una clasificación especialmente diseñada para la conducta global en base a los puntajes obtenidos baja, mediana y alta.

71. Registrar en la sección de variables del niño. Nombre de cada niño y edad en años cumplidos y meses. Se pesará y medirá registrando en los espacios correspondiente. A partir de estos datos se procederá a ubicar en base a criterios de la O.M.S. su estado nutricional.
72. Se preguntará a la madre o tutora y se observará la presencia de signos y síntomas que alteren el estado de salud del niño para finalmente conducir en el código: 1) Aparentemente sano, sin signos y síntomas y 2) Alteración del estado de salud con signos y síntomas.

OBSERVACIONES:

Anotar lo que considere importante para el estudio y que no este captado en la encuesta.

Los datos del encuestador deberán registrarse correctamente para leer adecuadamente las respuestas y obtener personalmente datos de apoyo.

APENDICE E

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL SUJETO PARA
PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

El presente consentimiento tiene la finalidad de solicitar su colaboración de participación en una investigación que pretende conocer cuáles son las creencias de salud que se relacionan con las actividades realizadas por las madres de familia para evitar la diarrea y conservar a sus niños sanos. Conducido por la Licenciada en Enfermería Ma. Asunción Vicente Ruiz.

El propósito del estudio es recolectar información relacionada con las creencias como madres de familia en el cuidado de la salud de los hijos de 1-5 años. Será entrevistada(o) para dar respuestas relacionadas con el tema antes señalado. El beneficio para usted consiste en recibir y ampliar conocimientos relacionados con la prevención de la diarrea en niños.

El manejo de los datos ó sus respuestas será confidencial, con fines exclusivos de ayudar al personal de salud para conocer las prácticas de salud que llevan a cabo.

Expreso que estoy de acuerdo en participar, con plena seguridad de no usarse nombres, y los resultados que se obtengan se darán a conocer en forma grupal y no se identificarán señoras o madres de familia de manera distintiva.

Se me ofrece la oportunidad de hacer preguntas antes, durante o después de la entrevista. Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas relacionadas con la salud.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Voluntariamente Firmo Autorizando

FIRMA DE LA MADRE

FECHA

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O PERSONA RESPONSABLE EN CASO NECESARIOS.

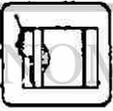
FECHA

MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR *D. J. A. P. P. P. P. P.*

 HERVIR EL AGUA QUE TOMAS POR 15 MINUTOS, SI NO FUERA AGUA ENTUBADA POTABLE.

 LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO.

 LAVAR Y DESINFECTAR FRUTAS Y VERDURAS CON AGUA QUE CONTENGA LA SOLUCION BASICA

 COCER BIEN LOS ALIMENTOS

 EVITAR COMER EN LUGARES DE POCA HIGIENE Y EN LA CALLE

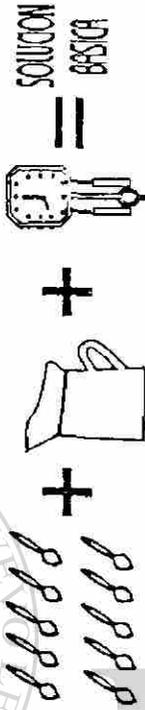
 NO INGERIR MARISCOS CRUDOS

 HIGIENIZAR EL AGUA PARA USO EN LA COCINA CON LA SOLUCION BASICA:

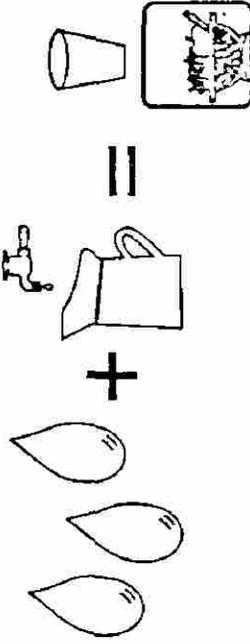
MANERA DE PREPARAR LA SOLUCION BASICA

 1 Litro de agua de la llave
 10 Cucharaditas de Cloro de uso casero (Cloralex)

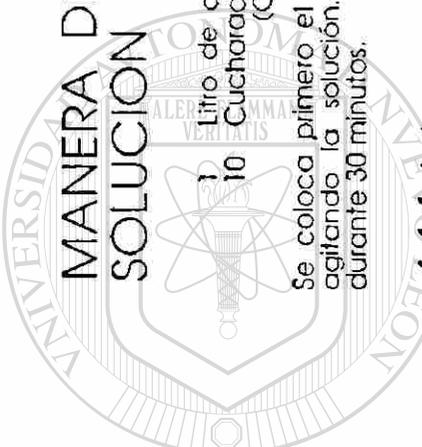
Se coloca primero el Cloro y se le agrega el agua agitando la solución. Se deja reposar la solución durante 30 minutos.



Una vez preparada y reposada la solución Básica, se toma de esa solución 3 gotas para añadirse al litro de agua de la llave y esta mezcla se utiliza para beber o lavar frutas y verduras.



APENDICE 9



U A N L

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



