

## ***Nivel de conocimiento y actitud cultural sobre enfermedad diarreica aguda en madres de infantes escolares. Cantón Santa Elena***

*Level of knowledge and cultural attitude about acute diarrheal disease in mothers of school children. Santa Elena Canton*

Elsie Zoraida Suárez Yagual<sup>1</sup>\* Sonia del Carmen Salinas Salinas<sup>2</sup>

Yanetsy Díaz Amador<sup>3</sup>

### **Resumen**

Se realizó estudio mixto, descriptivo, correlacional y transversal con el objetivo de poder evaluar el nivel de conocimiento y actitud cultural sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de infantes escolares, cantón Santa Elena, en el período de mayo a diciembre 2019. El universo lo representó 108 madres y la muestra por 88 binomios madres/escolares. El método empleado fue observacional probabilístico aleatorio simple con un margen de error 5 %; las variables estudiadas fueron nivel de conocimientos y actitud cultural mediante la encuesta aplicada. Se utilizó Chi-Cuadrado para el análisis inferencial de criterios. La instrucción primaria alcanzó 54 (61,40 %), en relación al 61,36 % con calificación deficiente e inadecuado nivel de conocimiento sobre la enfermedad ( $p=0,000$ ); en cambio 50 (56 %) acudió a farmacias; 22 (25 %) automedicaron a sus hijos y 16 (18,18 %) asistieron a unidades de salud como actitud cultural de su preferencia; con relevancia del rango de edades entre 25 y 34 años ( $p=0,000$ ). Se concluye que prevalece el deficiente nivel de conocimiento sobre la diarrea aguda en madres de nivel académico primario, con asociación importante a la actitud y decisiones tomadas que no fueron las más adecuadas, lo cual llevó a proponer estrategias de promoción y prevención sobre la enfermedad.

**Palabras clave:** actitud; conocimiento; diarrea infantil; infantes; madres.

### **Abstract**

A mixed, descriptive, correlational and cross-sectional study was carried out with the objective of being able to evaluate the level of knowledge and cultural attitude about acute diarrheal disease in mothers of school children. Santa Elena Canton, in the period from May to December 2019. The universe was represented by 108 mothers and the sample was 88 mother/scholar binomials. The method used was simple random probabilistic observational with a 5% margin of error; the variables studied were level of knowledge and cultural attitude through the applied survey. Chi-Square was used for the inferential analysis of criteria. Primary education reached 54 (61.40%), in relation to 61.36% with poor qualification and inadequate level of knowledge about the disease ( $p=0.000$ ); instead, 50 (56%) went to pharmacies; 22 (25%) self-medicated their children and 16 (18.18%) attended health units as their preferred cultural attitude; with relevance of the age range between 25 and 34 years ( $p=0.000$ ). It is concluded that the poor level of knowledge about acute diarrhea prevails in mothers of primary academic level, with an important association with the attitude and decisions made that were not the most appropriate, which led to the proposal of promotion and prevention strategies for the disease.

**Keywords:** attitude; knowledge; infant diarrhea; infants; mothers.

\*Dirección para correspondencia: [elsie.suarez@gmail.com](mailto:elsie.suarez@gmail.com)

Artículo recibido el 19-10-2021 Artículo aceptado el 20-02-2022 Artículo publicado el 28-02-2022

Fundada 2016 Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

<sup>1</sup> Universidad Estatal Península de Santa Elena, docente investigador, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Carrera de Enfermería, La Libertad, Santa Elena, <https://orcid.org/0000-0003-3519-3562>

<sup>2</sup> Universidad Estatal Península de Santa Elena, docente investigador, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Carrera de Enfermería, La Libertad, Santa Elena, [ssalinas@upse.edu.ec](mailto:ssalinas@upse.edu.ec), <https://orcid.org/0000-0003-4040-3042>

<sup>3</sup> Universidad Estatal Península de Santa Elena, docente investigador, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Carrera de Enfermería, La Libertad, Santa Elena, [yanetsy2014@gmail.com](mailto:yanetsy2014@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-2685-5149>

## Introducción

La población menor de cinco años tiene un alto riesgo de morir a temprana edad, ya que se ven afectados por enfermedades como la neumonía, diarreas y malaria, las cuales pueden tener repercusiones muy graves afectando a los niños en su proceso de crecimiento y desarrollo de forma permanente, por lo que prevenirlas con intervenciones sencillas y de bajo costo, evita las probabilidades de morir por enfermedades comunes en la infancia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la enfermedad diarreica aguda (EDA) generalmente es causada por infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea y se define como la aparición de tres o más deposiciones de heces sueltas o líquidas con pérdidas de agua y electrolitos en 24 horas que puede acompañarse o no de sangre. A nivel mundial, se considera la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años, originando 1700 millones de casos cada año<sup>1</sup>.

Múltiples son los factores que originan las EDA, lo que conlleva a relacionarlas con más de 10 agentes enteropatógenos. El rotavirus es la principal causa de diarrea y del 40 % de las hospitalizaciones en niños menores de 5 años, las causas bacterianas ocupan el segundo lugar, siendo la *Escherichia coli* la de mayor importancia, seguido de la *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Campylobacter jejuni* y *Vibrio cholerae*<sup>2</sup>.

En Latinoamérica, la incidencia de esta enfermedad se ha mantenido constante en las tres últimas décadas. La OMS señala que en los centros de salud se brinda atención a las madres de los infantes que acuden con sus niños por presentar problemas gastrointestinales y otros signos relevantes, incluido también los procesos diarreicos agudos, deshidratación, tos, fiebre, entre otros síntomas importantes que requieren de cuidados inmediatos. Además, las madres refieren tener poco o ningún conocimiento sobre la manera de actuar frente a este proceso infeccioso o enfermedad común de la etapa escolar. Múltiples pueden ser las razones del desconocimiento; entre estas se encuentran la densidad poblacional, diversidad étnica, clima, creencias culturales, nivel educativo y económico, y débil infraestructura sanitaria, que hacen suponer que las cifras de la mortalidad y morbilidad deban ser investigadas<sup>3,4</sup>.

En Ecuador, la EDA continúa siendo un problema sanitario a pesar de tener un sistema de vigilancia epidemiológico (SIVE), debido a que los servicios básicos aún son deficientes, sumado a esto los factores socioculturales, ambientales y educativos, según lo reflejan Boucourt y et al.<sup>5</sup> en el estudio comparativo sobre la parasitosis intestinal en niños de dos instituciones educativas rurales de las provincias Los Ríos y Bolívar. El Ministerio de Salud Pública (MSP) en su Gaceta Epidemiológica<sup>6</sup> mediante el subsistema de vigilancia, reportó enfermedades transmitidas por agua y alimentos, donde 1 624 casos resultaron ser de hepatitis A en las provincias de Pichincha y Guayas, enfermedad que ocupó los primeros lugares; también en Pichincha se informaron 4 069 casos debidos a otras infecciones alimentarias, mientras que en la zona norte del cantón Santa Elena, solo se reportaron 82 y 54 casos por las mismas causas, respectivamente.

Se estima que las EDA pueden afectar a personas sin distinción de edad, sexo, etnia u ocupación; se presentan con mayor frecuencia en edades extremas de la vida, en comunidades con bajo nivel socioeconómico, donde viven personas hacinadas en condiciones insalubres, que no practican una adecuada higiene personal y colectiva<sup>7</sup>. No obstante, la enfermedad diarreica asociada a otros factores determinantes, necesitarían discusiones más detalladas como lo señala Arévalo et al.<sup>8</sup> en su estudio sobre enfermedad intestinal infecciosa (diarrea).

Todavía las madres tienen desconocimiento sobre temas relacionados con la eliminación segura de las heces, por lo que resulta importante la vigilancia epidemiológica como un instrumento para determinar las medidas preventivas y el rol que desempeñan los padres y la familia en la salud del niño<sup>9</sup>. Por tal motivo, evaluar el nivel de conocimiento y actitud cultural sobre la EDA en madres de niños escolares en los centros de salud de las tres comunas de la zona norte del cantón Santa Elena, contribuirá a la detección temprana de enfermedades infecciosas.

## Metodología

Se realizó un estudio mixto, descriptivo, correlacional de corte transversal, en los centros de salud de tres comunas de la zona norte del cantón Santa Elena: Sinchal, Manantial de Guangala y San Pablo, en el período comprendido de mayo a diciembre de 2019. El universo de estudio estuvo representado por 108 madres de infantes de 5 a 14 años y la muestra quedó conformada por 88 binomios madres/escolares, que acudieron a consulta por presentar sintomatología de enfermedad diarreica aguda, designados por cada centro y subcentro de salud. Se utilizó el método prospectivo de recolección de los datos y post-consulta del infante, donde fueron invitados a participar en el estudio voluntariamente con previa información sobre el propósito de la investigación, considerando:

-Criterios de inclusión: Presentar diagnóstico de EDA, cumplir con el rango de edades y desear participar de manera voluntaria.

-Criterios de exclusión: Sujetos que no desearon realizar la entrevista ni la encuesta por motivos personales y estar fuera del rango de edades.

La entrevista incluyó los datos sociodemográficos y la encuesta. Se realizó en forma directa mediante la entrevista e indirecta, vía telefónica, solicitando autorización de la madre o representante legal del infante, mediante la aprobación del consentimiento informado, el cual establece como se realiza el estudio y da posibilidades de negarse o aceptar según decisión familiar, con previa consulta a los investigadores de no comprender el propósito del estudio.

En las madres se tomó en cuenta: nivel de conocimientos sobre la EDA, nivel de instrucción educativo, edad, ocupación y actitud cultural frente a la enfermedad, sin embargo, en los infantes escolares se consideró: diagnóstico de la EDA. Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta con tres bloques de preguntas con escalas descriptivas nominales y la escala de Likert descriptiva-intensidad-ordinal. El primer bloque se conformó con cuatro preguntas de datos generales a la madre, tales como: edad, nivel de formación académica, ocupación y comunas en la que recibió atención médica el infante para ser diagnosticado con la EDA; el segundo bloque con una pregunta sobre el nivel de conocimiento que poseen las madres o los representantes legales sobre la enfermedad en estudio, con siete ítems y el tercer bloque con una pregunta sobre cuál es la actitud cultural de las madres frente a la EDA, conformada por siete ítems, cabe destacar que dentro de este ítem existió una pregunta con escala nominal.

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS versión 23, el cual permitió el diseño de las tablas para el análisis de las frecuencias, Epi-Info versión 7 para la validación de la muestra y para determinar la asociación entre variables sociodemográficas, nivel de conocimiento y actitud cultural de las madres frente a la EDA, también se utilizó el análisis inferencial estadístico de Chi-Cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Se siguieron los lineamientos propuestos en la declaración de Helsinki y el Comité de los Derechos del Niño del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que se refieren a la protección de los derechos, información, bienestar y protección en la privacidad de los entrevistados. El trabajo de investigación fue autorizado y considerado como una investigación de riesgo mínimo por el Comité de Ética de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Carrera de Enfermería, Ecuador, apegado al reglamento de proyectos de investigación en salud, dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud. Se obtuvo además, aprobación del Distrito de Salud 24D01 del cantón Santa Elena, debido a que existe un convenio interinstitucional que facilita y contribuye a intervenir en estas comunidades de la zona norte costera, así como también del Comité de Investigación de la Universidad Estatal Península de Santa Elena para la realización de la investigación.

## Resultados y discusión

Del total de la población encuestada (88 binomios madres/escolares) de las tres comunas de la zona norte del cantón Santa Elena, el Centro de Salud de San Pablo fue el centro de mayor población

atendida (37,5 %), seguido del Centro de Salud Manantial de Guangala con 35,2 % y, por último, la Casa de Salud Sinchal con 25,0 %. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de comunas y Centros de Salud con atención infantil

Comunas	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sinchal	22	25,0	27,3
Manantial de Guangala	31	35,2	62,5
San Pablo	33	37,5	100,0
Total	88	100,0	

\*Fuente: Base de datos del proyecto Agentes patógenos.

Esta afluencia de atención a infantes con diferentes procesos infecciosos incluida la enfermedad diarreica aguda en el Centro de Salud de San Pablo, evidencia que mientras más inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias existan por estar la comuna anclada cerca del puerto pesquero, mayor será la probabilidad de que insectos y roedores transmitan las enfermedades, donde es la familia la que debe tomar consciencia de extremar las medidas higiénicas sanitarias con los niños, evitando que a futuro aparezcan complicaciones que limiten la progresión del desarrollo en ese infante de edad escolar, donde no solo se verá afectada su salud, sino también el desarrollo académico intelectual.

Sin embargo, algunos factores fueron evidentes en un estudio internacional en México por León et al.<sup>10</sup>. Dado por motivos de fallecimiento de infantes con EDA, los cuáles ocurren en algunas ocasiones porque el médico no evaluó adecuadamente tanto el estado general de hidratación como el estado nutricional, donde también es evidente poder considerar algunos factores de riesgo como son: madre analfabeta poco interés por los síntomas o por la falta de conocimiento para la detección temprana de los signos de alarma para acudir inmediatamente a su centro de salud más cercano. Este autor manifestó que solo un 12,5 % de las madres buscaron atención médica ante el cuadro de EDA durante las primeras 24 horas, 56,3 % tuvieron un mal manejo alimentario y solo el 42,0 % conocían como prevenir la enfermedad aguda; sin embargo, al ser capacitados meses después, las cifras mejoraron considerablemente evitando hasta un 90,0 % de los fallecimientos por esta condición de salud.

La caracterización sociodemográfica y cultural de las madres, demostró que el rango de edad fue de 22 a 46 años, con una media de 32,50 años. Según el nivel de formación académica de las madres, llamó la atención que el 61,4 % solo curso la instrucción primaria, el 33 % secundaria y solo un 3,4 % alcanzó llegar a la instrucción superior principalmente en las tres comunas de la zona norte del cantón estudiado, donde queda claro que la ubicación geográfica, las condiciones para la superación académica y el desconocimiento limita a este grupo poblacional y lo hace vulnerable ante el manejo de las enfermedades en la edad escolar como lo es las EDA.

También se evidencia en la ocupación que el 77,3 % de ellas son amas de casa, por lo que se dedican la mayor parte del tiempo, al cuidado de sus hijos, en cambio solo el 15,9 % tiene un trabajo independiente como sustento y apoyo a la familia, así como también el 6,8 % trabaja de manera dependiente y fuera del hogar, lo que resulta muy difícil participar diariamente en el control y cumplimiento de las medidas higiénicas sanitarias de sus hijos, dependiendo en ese tiempo de otro familiar cercano para el cuidado del menor (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la edad, nivel de instrucción académica y ocupación de las madres

<b>VARIABLES/madres</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Edad</b>			
< 25	9	10,2	10,2
25 a 34	47	53,4	63,6
35 a 44	31	35,2	98,9
> 45	1	1,1	100,0
<b>Nivel de formación académica</b>			
Ninguna	2	2,3	2,3
Primaria	54	61,4	63,6
Secundaria	29	33,0	96,6
Superior	3	3,4	100,0
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	68	73,3	73,3
Trabajo dependiente	6	6,8	84,1
Trabajo independiente	14	15,9	100,0
Total	88	100,0	

\*Fuente: Base de datos del proyecto Agentes patógenos.

Sin embargo, solo el estudio observacional de Lacruz-Rengel et al.<sup>11</sup> proporcionó evidencia de que son pocos los padres con nivel de conocimiento alto que ignoran las causas de la enfermedad, la frecuencia con la que se deben ofrecer los electrolitos orales, los signos de alarma y los alimentos que se deben evitar. En dicho estudio se reportó que en Los Andes el 14,4 % de madres cuenta con un conocimiento adecuado; mientras que, Ferro et al.<sup>12</sup> plantearon que en una población de 125 madres, encontraron conocimientos deficientes en la mayoría, principalmente en signos de alarma, preparación de los alimentos, donde el 95 % desconocía las complicaciones de las diarreas, concluyendo que el nivel de conocimiento medio o bajo está asociado a la edad y a la ocupación laboral, donde es necesario implementar estrategias educativas para mejorar el conocimiento de los padres sobre la EDA e incidir en un correcto desenlace de la enfermedad.

Al contrastar la asociación que existe entre el nivel de instrucción académica del binomio madres/escolares con los conocimientos existentes sobre la enfermedad diarreica aguda, más del 50 %, 54/88, reflejó estar muy mal informados y mal respectivamente, que estadísticamente fue significativo ( $p=0,000$ ), también entre la formación académica primaria de las madres y el nivel de conocimiento resultó ser deficiente, lo que llama la atención que, con la formación académica secundaria, también desconocían los signos de alarma de la enfermedad, como llevar un cuidado higiénico correcto, lo que reafirma que la misma no fue considerada grave y que pudo ser resuelta con medidas caseras. En cambio, la edad de la madre no influyó en el nivel de conocimiento (Tabla 3).

Según el nivel de conocimientos que las madres presentaron sobre los signos de alarma de la EDA, la calificación resultó ser muy baja y baja (54/88), ya que desconocían sobre qué hacer y hacia dónde llevar a sus hijos para recibir una atención personalizada, teniendo una repercusión en aquellas madres de instrucción primaria donde el porcentaje fue alto con el (61 %) y significancia estadística  $p=0,000$ , como ocurre en otros países, así lo señala un estudio en que el desconocimiento materno de las estrategias de prevención en la EDA tiene relación directa con los bajos niveles de formación en las madres y el nivel socioeconómico, debido al escaso acceso en muchas ocasiones de los servicios de salud anclados en las propias comunidades que dificulta la educación para la salud y la prevención de las enfermedades, alegando que temen lo que pueda suceder a su salud, teniendo mayor confianza en una persona de sabiduría ancestral de sus mismas comunidades<sup>10,11</sup>.

**Tabla 3.** Asociación entre el nivel de formación académica, rango de edades de las madres y conocimientos sobre la EDA

Indicador	Conocimientos sobre EDA			N	Chi-cuadrado		
	Muy mal (14-19)	Mal (20-24)	Bien (25-29)		Valor	GL	p
<b>Nivel de formación académica</b>							
Ninguno	2	0	0	2	51,495	6	0,000
Primario	34	20	0	54	56,320	6	0,000
Secundario	2	17	10	29	41,669	1	0,000
Superior	0	0	3	3			
							X <sup>2</sup> = p= 0,000
<b>Rango de edades</b>							
< a 25	4	3	2	9	3,787	6	0,705
25 a 34	17	23	7	47	4,113	6	0,661
35 a 44	16	11	4	31	1,421	1	0,233
> a 45	1	0	0	1			
							X <sup>2</sup> = p= 0,705
Total	88	100,0					

\*Fuente: Base de datos del proyecto Agentes patógenos.

La actitud cultural en estos casos todavía está presente, principalmente en las áreas rurales de la zona norte del cantón Santa Elena, donde la encuesta aplicada develó una calificación Muy mala 34/88 (38,63 %) y Mala actitud 36/88 (40,90 %); tal es así que todavía se cree en el “mal de ojo”, el “empacho”, actitud y creencia ancestral que predomina en sus pobladores, asociado además con el bajo nivel de formación académica, 53/88 primario, lo que reflejó una significancia estadística p=0,000, no obstante, está relacionado con lo que ocurre en algunos países como China, que durante siglos han venido desarrollando estas disciplinas no invasivas para acortar el período de la enfermedad y actuar positivamente en la prevención de padecerla<sup>13,14</sup> (Tabla 4).

**Tabla 4.** Distribución del nivel de instrucción académica, edad y actitud cultural del binomio madres/escolares frente a la EDA

Indicador	Actitud ante la EDA				N	Chi-cuadrado		
	Muy mala actitud	Mala actitud	Buena actitud	Muy buena actitud		Valor	GL	Significancia
<b>Nivel de formación académica</b>								
Ninguno	2	0	0	0	2	72,876	9	0,000
Primario	29	24	1	0	54	53,208	9	0,000
Secundario	3	12	13	1	29	40,091	1	0,000
Superior	0	0	1	2	3			
								X <sup>2</sup> = p= 0,000
<b>Rango de edades</b>								
< a 25	3	4	2	0	9	4,593	9	0,868
25 a 34	17	19	8	3	47	6,008	9	0,739
35 a 44	13	13	5	0	31	1,170	1	0,279
> a 45	1	0	0	0	1			
								X <sup>2</sup> = p= 0,868
Total	88	100,0						

\*Fuente: Base de datos del proyecto Agentes patógenos.

Se evidenció, además que la edad de las madres de 37/88 del rango de 25 a 34 años acudieron primero a la farmacia para solicitar el tratamiento medicamentoso para la EDA, donde se estableció una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre la edad y la deficiente actitud cultural, debido al arraigo ancestral sobre costumbre y actitud ante la higiene. De igual forma, el bajo nivel de formación académica influyó en las actitudes de las madres y se obtuvo: Muy mal 29/88 y Mala actitud 24/88 con significancia estadística ( $p=0,000$ ), mientras que la edad no influyó en la actitud de las madres ante la enfermedad estudiada.

Otro dato interesante recae en la actitud que adoptaron las madres cuando sus hijos se enfermaron, acudiendo primero a la farmacia por voluntad propia 50/88 (56,81 %); 16/88 (18,18 %) a una unidad de salud y 22/88 (25 %) eligió la automedicación, con una significancia estadística de  $p=0,000$ . Boithias<sup>13</sup> indica como un simple hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares, tanto en Latinoamérica, como en diversos países del mundo, la utilización por voluntad propia de comprar medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto que puede ocasionar perjuicios al paciente, por lo que el uso indebido o excesivo de los antimicrobianos en los niños, son los principales factores que impulsan al desarrollo de infecciones resistentes a los medicamentos, como ocurre con la automedicación<sup>15,16</sup> (Tabla 5).

**Tabla 5.** Distribución del rango de edad y la actitud de las madres sobre la EDA

Rango de edades	Preferencias de tratamientos sobre la EDA			N	Chi-cuadrado		
	Farmacia	Automedicación	Unidad de salud		Valor	GL	Significancia
< a 25	2	3	4	9	26,093a	6	0,000
25 a 34	37	8	2	47	26,473	6	0,000
35 a 44	11	11	9	31	2,324	1	0,000
> a 45	0	0	1	1			
Total				88			$X^2= p= 0,000$

\*Fuente: Base de datos del proyecto Agentes patógenos.

## Conclusiones

Se concluye que prevalece el nivel educativo primario en el binomio madres/escolares, con asociación entre el nivel de conocimiento, la enfermedad y el nivel de instrucción académico, por lo que la actitud cultural y las decisiones tomadas no fueron las más adecuadas, lo cual llevó a proponer estrategias de promoción para la salud y prevención sobre la enfermedad, desconociendo en su mayoría los signos de alarma de la enfermedad y el seguimiento desde un centro de salud, lo que reafirma que esta no fue considerada como un problema grave de salud y que pudo ser resuelta con medidas caseras, por lo que alcanzó una alta significancia estadística. Así mismo, el nivel de conocimiento en las madres sobre la enfermedad diarreica aguda fue insuficiente ya que persiste aún la actitud cultural de creencias ancestrales, dejando de hacer el tratamiento con antibióticos y teniendo como primera elección acercarse a las farmacias a conseguir medicamentos de su preferencia para acortar la sintomatología. Por lo que la acción sobre las determinantes sociales de la salud expuestas, serían más eficaces si se dispone de sistemas de datos básicos y mecanismos que aseguren que estos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas con mejores resultados para la comunidad infantil, donde se logre fomentar la realización de campañas en la comunidad, con participación activa con las poblaciones en extrema pobreza, con necesidades básicas insatisfechas (vivienda, servicios sanitarios, educación e ingreso mínimo), indispensable para la supervivencia individual y colectiva de cualquier nación con el liderazgo desde la atención primaria de salud.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

1. Abreu P, Ochoa V, Baracaldo H, Robles M, Naranjo A. Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014-2015. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander [Internet]. 2017;30(1):27-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v30n1-2017002>
2. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el crecimiento infantil [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
3. Herrera I, Comas A, Mascareña A. Impacto de las enfermedades diarreicas agudas en América Latina. Justificación del establecimiento de un Comité de Enfermedades Diarreicas en SLIPE. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica [Internet]. 2018;31(1):8-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2018/lip181c.pdf>
4. Liu J, Platts-Mills JA, Juma J, Kabir F, Nkeze J, Okoi C et al. Use of quantitative molecular diagnostic methods to identify causes of diarrhoea in children: a reanalysis of the GEMS case-control study. Lancet [Internet]. 2016;388(10051):1291-1301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27673470/>
5. Boucourt E, Izquierdo A, Jiménez E, Águila E. Estudio comparativo de parasitosis intestinales en niños de dos instituciones educativas rurales de las provincias Los Ríos y Bolívar. Ecuador. CINIINGEC. [Internet]. 2020;5(1):1-18. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/1019/718>
6. MSP. Enfermedades transmitidas por el agua y alimentos. Subsistema de vigilancia SIVE-ALERTA [Internet]. 2019;38(1):1-38. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/10/ETAS-SE-38\\_2019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/10/ETAS-SE-38_2019.pdf)
7. Smieja M, Goldfarb DM. Molecular detection of diarrheal pathogens. Clin Microbiol Newslett [Internet]. 2016;38(17):137-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clinmicnews.2016.08.001>
8. Arévalo A, Arévalo R, Salazar DE, Villarroel CJ, Fernández I, Espinoza G. Enfermedad intestinal infecciosa (diarrea). Rev Méd La Paz [Internet]. 2019;25(1):73-85. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582019000100011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000100011&lng=es)
9. Murillo-Zavala AM, Rodríguez ZC, Bracho-Mora AM. Parasitosis intestinales y factores de riesgo de enteroparasitosis en escolares de la zona urbana del cantón Jipijapa, Ecuador. Ksamera [Internet]. 2020;48(1):e48130858. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/kamera/article/view/30858>
10. León BA, de los Ángeles SJM, Juanico MG, et al. Conocimiento de padres sobre enfermedad diarreica aguda y su asociación con deshidratación en niños menores de cinco años. Aten Fam [Internet]. 2018;25(3):108-113. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af183e.pdf>
11. Lacruz-Rengel M, Calderón J, Angulo F, Mata A, Quintero Y. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Internet]. 2012;75(4):113-117. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v75n4/art05.pdf>
12. Ferro F, Ferró P, Ferró AL. Distribución temporal de las enfermedades diarreicas agudas, su relación con la temperatura y cloro residual del agua potable en la ciudad de Puno, Perú. Rev Investig Altoandin [Internet]. 2019;21(1):69-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18271/ria.2019.446>
13. Boithias L, Choisy M, Souliyaseng N, Jourden M, Quet F, Buisson Y, Thammahacksa C, Silvera N, Latsachack K, Sengtaheuanghoung O, Pierret A, Rochelle-Newall E, Becerra S, Ribolzi O. Hydrological Regime and Water Shortage as Drivers of the Seasonal Incidence of Diarrheal Diseases in a Tropical Montane Environment. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2016;10(12):e0005195. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0005195>

14. Chin, J. Control of Communicable Diseases Manual (17 ed.). Estados Unidos: American Public Health Association [Internet]. 2020;1(2):1-30. Disponible en: <https://www.ciphi.ca/hamilton/Content/documents/ccdm.pdf>
15. Gáldos A, Gómez S. Evaluación cuantitativa del riesgo microbiológico por consumo de agua en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Tecnología y Ciencias del Agua [Internet]. 2017;8(1):133-53. Disponible en: <http://www.revistatyca.org.mx/ojs/index.php/tyca/article/view/1300>
16. Assandri E. Anemia, estado nutricional y parasitosis intestinales en niños pertenecientes a hogares vulnerables en Montevideo. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2018;89(2):1-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31134/ap.89.2.3>
17. Gómez U. Enfermedad diarreica aguda en niños. Salud Quintana Roo [Internet]. 2018;11(40):34-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92483>