

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños/as menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en comunidades indígenas.  
Una revisión narrativa

Yuri Alejandra Blanco Iza  
Yojana Andrea Valencia Pachongo

Universidad Antonio Nariño  
Facultad de Enfermería  
Sede Circunvalar  
Bogotá D.C 2020

Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños/as menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda en las comunidades indígenas.  
Una revisión narrativa

Trabajo de grado presentado para obtener el título de Enfermera

Yuri Alejandra Blanco Iza  
Yojana Andrea Valencia Pachongo

Asesora  
Claudia Isabel Córdoba Sánchez  
Enfermera  
Especialista en Política Social,  
Magíster en Enfermería Pediátrica,  
Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Universidad Antonio Nariño  
Facultad de Enfermería  
Sede Circunvalar  
Bogotá D.C., 2020

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, queremos agradecer a Dios, a nuestras familias y especialmente a nuestros padres, porque gracias a sus esfuerzos, dedicación y cariño, hoy estamos por culminar nuestra formación profesional.*

*Queremos agradecer también a nuestros profesores quienes a lo largo de este camino, nos ayudaron en nuestra formación profesional y en especial a nuestra tutora Dra. Claudia Isabel Córdoba Sánchez, a quien le ofrecemos infinitos agradecimientos por su dedicación, paciencia y por compartir sus conocimientos y guiarnos en este camino.*

*También expresamos nuestro agradecimiento a la Universidad Antonio Nariño y su Facultad de Enfermería, por habernos abierto las puertas para nuestra formación académica.*

*“Seas quien seas, hagas lo que hagas, cuando deseas con firmeza alguna cosa, es porque este deseo nació en el alma del universo. Es tu misión en la tierra”*

*Paulo Coelho*

## DEDICATORIA

*De parte de Alejandra*

*Este trabajo se lo dedico a mi hijo Dylan, a mis padres María y Álvaro, a mis hermanos Carlos, Ximena y Edwin quienes me han acompañado en todo mi proceso de formación, gracias por brindarme su apoyo incondicional, confianza y amor para poder llegar hasta donde estoy .*

*De parte de Yojana*

*Esta trabajo lo dedico especialmente a mi madre María porque es mi ejemplo a seguir, la mujer más valiente que conozco, gracias a su esfuerzo hoy estoy a punto de culminar mis estudios profesionales; a mi padre José quien ya no está en esta vida pero aún siento que me acompaña y me guía todos los días; a mis dos hermanos Cristhian y Alejandra por estar a mi lado, por brindarme ese cariño tan especial y por apoyarme para que hoy en día sea lo que soy. Para todos ellos y por ellos.*

## Resumen

La enfermedad diarreica aguda es una enfermedad que por lo general es de tipo infecciosa en los niños y niñas y se presenta con un aumento en el número de deposiciones y una disminución en la consistencia de las mismas. Esta enfermedad causa altas tasas de morbi-mortalidad infantil, especialmente en comunidades indígenas, en las que los determinantes sociales de la salud no son favorables. Desde este contexto este trabajo plantea como objetivo la identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños/as menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, en comunidades indígenas con el propósito de conocer lo que ocurre al interior de esas comunidades frente a la enfermedad. La ruta metodológica fue una revisión narrativa de la literatura para indagar, desde la experiencia de otros investigadores, sobre esos conocimientos, actitudes y prácticas. Los resultados de esta revisión señalan que en efecto, existen determinantes sociales desfavorables que incluyen la pobreza, los bajos niveles educativos, la ausencia de servicios básicos y unos hábitos higiénicos deficientes. De igual manera se encontró que los conocimientos, actitudes y prácticas para el manejo de la diarrea de los niños y niñas cada vez más incorporan elementos de la medicina clásica y la medicina tradicional. Se concluye que las políticas públicas gubernamentales resultan insuficientes para combatir la enfermedad.

**Palabras clave:** enfermedad diarreica aguda, niños indígenas, prácticas maternas, manejo de la diarrea, comunidades indígenas, plantas medicinales, conocimientos, actitudes y prácticas.

## Abstract

Acute diarrheal disease is a disease that is generally infectious in boys and girls and presents with an increase in the number of stools and a decrease in their consistency. This disease causes high rates of infant morbidity and mortality, especially in indigenous communities, where the social determinants of health are not favorable. From this context, this work aims to identify the knowledge, attitudes and practices of caregivers of children under 5 years of age with acute diarrheal disease, in indigenous communities with the purpose of knowing what is happening inside those communities. against disease. The methodological route was a narrative review of the literature to investigate, from the experience of other researchers, about this knowledge, attitudes and practices. The results of this review indicate that there are indeed unfavorable social determinants that include poverty, low educational levels, the absence of basic services and poor hygiene habits. In the same way, the knowledge, attitudes and practices for the management of children's diarrhea will increasingly be found, incorporating elements of classical medicine and traditional medicine. It is concluded that government public policies are insufficient to combat the disease.

**Key words:** acute diarrheal disease, indigenous children, maternal practices, management of diarrhea, indigenous communities, medicinal plants, knowledge, attitudes and practices.

## Índice de contenido

### CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
DEDICATORIA.....	4
Resumen .....	5
I. INTRODUCCIÓN .....	9
CAPITULO I. Descripción del Problema .....	11
1. Situación Problema.....	11
2. Justificación .....	14
3. Pregunta de Investigación .....	15
4. Objetivos .....	15
4.1 Objetivo General .....	15
4.2 Objetivos Específicos .....	15
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL .....	16
1. Marco Conceptual .....	16
1.1 Conocimientos, actitudes y prácticas .....	16
1.2 Enfermedad diarreica aguda .....	17
1.3 Niños y niñas .....	17
1.4 Cuidadores .....	18
1.5. Población indígena .....	18
2. Marco Teórico .....	19
2.1 Determinantes Sociales de la Salud .....	19
2.1.1 Determinantes Estructurales .....	20
2.1.2. Determinantes intermedios .....	22
2.2 Enfermedad Diarreica Aguda.....	22
2.3. Comunidades Indígenas.....	24
2.3.1. Sistema Político de las Comunidades Indígenas.....	24
2.3.2 Sistema Médico de las Comunidades Indígenas.....	25
3. Marco normativo .....	26
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO .....	28

1. Método y diseño.....	28
2. Población y Muestra .....	29
3. Criterios de selección .....	29
4. Instrumento de recolección.....	29
5. Organización de la información.....	29
6. Análisis de la información.....	29
7. Consideraciones éticas .....	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....	31
1. La búsqueda y recuperación de la literatura.....	31
1.1. Normalización de Términos .....	31
1.2. Ecuaciones de Búsqueda .....	33
1.3. Términos Booleanos .....	34
1.4. Filtros .....	34
1.5. Bases de datos.....	34
1.6. Artículos según país de publicación .....	35
1.7 Artículos según idioma.....	36
1.8 Artículos según diseño metodológico .....	37
1.9 Artículos según año de publicación.....	38
2. Categorías de análisis.....	38
2.1. Los determinantes sociales de la EDA .....	38
2.1.1. Determinantes estructurales.....	39
2.1.2. Determinantes intermedios .....	39
2.2. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores .....	40
2.2.1. Conocimientos .....	40
2.2.2. Actitudes .....	41
2.2.3. Prácticas .....	41
V. DISCUSIÓN .....	43
VI. CONCLUSIONES .....	49
VII. RECOMENDACIONES .....	50
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXOS .....	57
Anexo 1 .....	57
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud.....	20
Tabla normalización de términos.....	31
Figura 2. Búsqueda y selección de artículos.....	34
Figura 3. Distribución de artículos según el país de publicación.....	35
Figura 4. Distribución de artículos según su idioma.....	36
Figura 5. Distribución de artículos según su metodología.....	37
Figura 6. Distribución de artículos según el año de publicación.....	38

## I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Diarreica Aguda (en adelante EDA) se define como aquella enfermedad en la que se presentan tres o más deposiciones durante el día, con una pérdida de la consistencia habitual, acompañada de moco o sangre y que tiene una duración menor a 14 días. Esta condición puede ocurrir a cualquier edad, pero son los niños y niñas menores de cinco años los más propensos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como la sepsis, deshidratación y muerte (1). La EDA en niños y niñas menores de cinco años, continúa siendo una de las principales problemáticas de salud pública en los países de ingresos bajos y medianos, en donde las poblaciones en condición de vulnerabilidad son las más afectadas, especialmente, aquellas que sufren discriminación como las comunidades indígenas. (1)

Los actuales indicadores de salud/enfermedad (tasa de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida al nacer) revelan una situación preocupante para los niños y niñas indígenas, debido a las condiciones socio-sanitarias en las que viven, lo que contribuye a generar factores de riesgo que predisponen a padecer la EDA. Se sabe que las comunidades indígenas suelen presentar barreras de tipo social, económico, político, cultural y ambiental, es decir, que existe una afectación de los determinantes sociales de la salud que se expresan en la presencia de la enfermedad.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia se refiere a la población indígena como una comunidad en condición de vulnerabilidad dadas su situación de pobreza y pobreza extrema, el déficit del saneamiento básico, la presencia de otras enfermedades, una alimentación basada en carbohidratos, viviendas en condiciones deficientes y niveles educativos precarios que en conjunto, conforman las mejores condiciones para que los niños y niñas presenten EDA. (1) (5)

Por tal motivo, este trabajo pretende conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de los niños y niñas menores de 5 años con EDA en comunidades indígenas, desde una revisión narrativa, con el propósito de identificar cuáles son las formas en que estas comunidades enfrentan esta problemática de salud que tantas muertes ha causado. (1) Así, la revisión narrativa implicó la realización de una amplia documentación sobre la temática para identificar las categorías en las que los diferentes autores de artículos científicos coinciden.

El trabajo está organizado en siete capítulos: el primero se dedica a situar al lector en la descripción del problema, el vacío que se pretende llenar con el trabajo y los objetivos propuestos; el segundo se dedica a presentar el marco referencial a partir del cual se discute el estado del conocimiento actual frente al problema planteado; el tercer capítulo presenta la ruta metodológica la cual servirá de guía para alcanzar los objetivos planteados; en el cuarto capítulo se darán a conocer los resultados del estudio; el quinto capítulo presenta la discusión de la información recolectada a la luz del marco teórico; el sexto capítulo comprende las conclusiones y por último el séptimo capítulo se dedica a plantear las recomendaciones dadas por las autoras.

## **CAPITULO I. Descripción del Problema**

### **1. Situación Problema**

La EDA es una enfermedad infecciosa que se define por la presencia de un número mayor de deposiciones a las habitualmente producidas en un día y que van acompañadas de la disminución de su consistencia, con una duración no mayor a dos semanas. (1) Esta infección puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero es más frecuente en los niños y niñas menores de cinco años, quienes por lo general pueden desarrollar las complicaciones más graves como la deshidratación, sepsis y muerte (1). La deshidratación es justamente la fase que debe ser prevenida para evitar la muerte, pues la pérdida de líquidos, produce deshidratación con trastornos del equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico lo que puede generar taquicardia, hipotensión y shock, que podría terminar con riesgo vital del niño.

Esta enfermedad constituye una de las principales problemáticas en salud pública por la magnitud de enfermedades y muertes ocasionadas en los niños/as menores de cinco años y se evidencia con mayor prevalencia en los países subdesarrollados o que se encuentran en vías de desarrollo, debido a las condiciones socioeconómicas y culturales que incluyen bajo acceso al agua potable, inadecuado acueducto y alcantarillado, disposición no adecuada de eliminación de productos de desecho, baja disponibilidad de alimentos y condiciones inadecuadas de la vivienda entre otras.

La causa más frecuente de la diarrea está relacionada con la presencia de parásitos virus o bacterias que son los que causan la infección del tracto gastrointestinal. Estos organismos suelen estar presentes en el agua y en los alimentos contaminados y que se asocian con la falta de higiene. La diarrea infantil afecta el crecimiento y desarrollo de los niños debido a que coexisten con procesos de desnutrición (2) y por ello aumenta la probabilidad de mortalidad infantil, pues se produce un deterioro nutricional que se une a la deshidratación y al desequilibrio electrolítico.

En los países más pobres, los niños y niñas menores de cinco años sufren varios episodios de diarrea al año, en promedio tres, lo que ocasiona que se el niño/a no reciba los suficientes nutrientes para proceso adecuado de crecimiento y desarrollo. (3) Así, la diarrea se configura en la principal causa de desnutrición infantil, aumentando las posibilidades de enfermar por otras patologías. (3) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 780 millones de personas en el mundo no tiene acceso al agua potable y 2500 millones no cuentan con sistemas de saneamiento básico apropiados. De otra parte, existe alrededor de 2000 millones de casos de EDA en el mundo cada año y 1.9 millones de niños y niñas mueren a causa de diarrea anualmente (3).

En el continente latinoamericano, se registran grandes diferencias derivadas de la variabilidad en las densidades poblacionales, la composición multiétnica, las diversas dinámicas políticas, económicas, sociales y culturales, así como la gran

variedad de climas y geografías entre otras. Pero principalmente existen grandes diferencias entre las condiciones socio-sanitarias de las poblaciones que llevan a disparidades favoreciendo la presencia de patologías específicas como la EDA.

Según la Sociedad Latinoamericana de Infectología -SLIPE-, se pueden observar tres patrones sobre las tasas de incidencia que comparten algunos países: en el primero, cuando ambas tasas de incidencia son similares, lo que es propio de países como Argentina, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana; en el segundo, cuando la tasa de incidencia supera a la tasa de mortalidad, propio de países como Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela; en el tercero, cuando la de mortalidad es mayor a la tasa de incidencia, muy común en países como Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Panamá, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, y Uruguay (4). Estos patrones muestran que la EDA continúa siendo un gran problema de salud pública, lo que indica la necesidad de generar mayores estrategias que ayuden a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en los niños, de manera que cada país debe realizar no solo mayor inversión en salud para que a su vez se cuente con un sistema de salud eficaz que proporcione atención eficaz y de calidad, sino, intervenir en los determinantes estructurales e intermedios de las poblaciones y familias.

En Colombia, la tasa de mortalidad en el año 2018 por EDA es de 1,7 casos por 100.000 niños menores de cinco años. Así, la EDA es la segunda causa de mortalidad infantil ocasionando 525.000 niños muertos cada año en el país. Para el 2019, se ha notificado al SIVIGILA 1.505.483 de casos de EDA lo que indica que hay un aumento en el número de casos a diferencia del 2018, lo cual indica que hubo más prevalencia en la población de niños y niñas menores de 5 años de edad con 226.727 casos. La mayor incidencia en niños se observa en el grupo de menores de 1 año con 62,1 por cada 1.000 habitantes. Estas condiciones se relacionan con el informe del Instituto Nacional de Salud, que asegura que la incidencia de morbilidad por EDA para la semana epidemiológica de Colombia en el 2019 se encuentra en 4.181 (1).

En los departamentos en los que hay una mayor concentración de población indígena, según el informe del DANE, se encuentra también la mayor pobreza del país, en efecto, Chocó tiene el 61,1% de población pobre, la Guajira 53,7% de población pobre, Cauca 50,5%, Magdalena 46,6% y Córdoba 44,2%. También cabe destacar que, según el DANE, en su informe del 2018, el Cauca se encuentra en el tercer lugar de los departamentos con mayor porcentaje de personas en extrema pobreza y uno de los que más concentra población indígena (5). De igual manera, es en estos departamentos en los que existen problemas para el acceso a servicios públicos básicos como la energía eléctrica y el servicio de acueducto, pues en estos departamentos las tasas de acceso están entre 66 y 80%, respectivamente y el servicio de alcantarillado no llega siquiera a la mitad de los hogares más pobres; las mayores coberturas de estos servicios se encuentran en las capitales en las que la mayoría de hogares cuenta con estos servicios básicos, contrastando con la situación de municipios más pequeños, en donde la disponibilidad de servicios

públicos domiciliarios es mínima. (5). Otras cifras de bienestar de la población muestran un claro rezago en geografías colombianas en las que las comunidades indígenas se asientan.

Estas condiciones socioeconómicas colocan a las comunidades indígenas en alto riesgo para que sus niños y niñas presenten EDA.

## 2. Justificación

Dado que la EDA es una de las principales problemáticas a nivel latinoamericano y del país que compromete la vida de los niños y niñas menores de cinco años, resulta pertinente indagar por los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores con el propósito de comprenderlos y proponer medidas correctivas a través de acciones de promoción y prevención que ayuden a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad.

Particularmente en las comunidades indígenas, se hace necesario desarrollar acciones de promoción y prevención a través de la identificación de los determinantes sociales estructurales e intermedios para conciliar los conocimientos, actitudes y prácticas ancestrales con los saberes y prácticas del sistema médico clásico.

Aquella conciliación facilitará una comunicación intercultural del sistema médico tradicional con el sistema médico clásico, en beneficio de la salud de los niños y niñas. Esa comunicación intercultural para nada puede atropellar la cosmovisión indígena, los usos y costumbres médicas que se caracterizan por un pensamiento autóctono el cual se basa en la cultura, en el respeto por la Pacha Mama, en su medicina tradicional basada en experiencias y prácticas que los curanderos o The Wala realizan para orientar, curar y fortalecer el espíritu, mantener el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, prácticas de procedimientos curativos que utilizan las plantas, flores, frutos, ritos y rezos que invocan a los espíritus protectores benéficos. En suma, este tipo de trabajos investigativos ayudarán a fortalecer los conocimientos relacionados con el abordaje intercultural que deben incluir en sus prácticas los profesionales de enfermería, pues ello les ayudará a situarse en la realidad del país y de la región.

De otra parte, este trabajo investigativo permitirá concienciar a la comunidad en general sobre la importancia que tiene la afiliación de los diferentes miembros de la comunidad al sistema de salud indígena, construido para mejorar la salud y la calidad de vida sin desconocer el conocimiento ancestral de sus miembros.

Finalmente, el trabajo fortalecerá la línea de investigación Salud Colectiva y Ambiente y la Sub-línea Salud Colectiva y Cultura de la Facultad de Enfermería a través de la producción de nuevo conocimiento relacionado con las comunidades indígenas que habitan en Colombia y otros países latinoamericanos.

### **3. Pregunta de Investigación**

Con base en lo anterior, esta propuesta investigativa busca responder a la pregunta ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños/as menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda, en comunidades indígenas reportados por la literatura?

### **4. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo General**

Realizar una revisión narrativa relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños/as menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, en comunidades indígenas.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

4.1.1 Realizar una búsqueda bibliográfica relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los cuidadores de niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en comunidades indígenas.

4.1.2 Describir las características de la literatura científica relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños con enfermedad diarreica aguda en comunidades indígenas.

4.1.3 Categorizar los resultados relacionados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños menores de cinco años con enfermedad diarreica en comunidades indígenas.

## **CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL**

En el presente capítulo se presentan los términos que son operacionalizados para el presente trabajo.

### **1. Marco Conceptual**

#### **1.1 Conocimientos, actitudes y prácticas**

Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas son muy conocidos en el ámbito académico e investigativo como estudios tipo CAP y han sido muy utilizados en diferentes campos del conocimiento, porque constituyen una de las mejores estrategias para obtener el diagnóstico de una situación particular. Este diagnóstico resulta de gran importancia por cuanto ofrece información a las organizaciones e instituciones que deben generar, ejecutar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos. Así, los estudios CAP son muy utilizados para comprender mejor por qué la gente actúa de la forma en que lo hace y con ello, desarrollar con eficacia las acciones requeridas.

Los conocimientos son considerados como la base para los procesos de entendimiento y explicación de un fenómeno, sin embargo, se les define como el conjunto de saberes, informaciones e ideas que crean una estructura mental para evaluar e incorporar nuevas ideas, saberes y experiencias. (6)

Las actitudes se definen como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada” y resaltan cinco ideas generales: sus creencias con base a actitudes, experiencias, valores socio cultural. Las actitudes tienen características relacionadas con la dirección e intensidad las cuáles serán tenidas en cuenta para considerar las actitudes en esta investigación (6).

Con respecto a la práctica, ésta se considera como la acción o aplicación y uso de algo que se ha aprendido, en este estudio relacionado con el cuidado de niños/as con EDA, se sabe que las prácticas están mediadas por los conocimientos y las actitudes dentro de un marco contextual específico y característico de comunidades indígenas con sus propias disposiciones sociales, económicas y políticas (6).

Según la Unesco “*los conocimientos locales e indígenas hacen referencia al saber y a las habilidades y filosofías que han sido desarrolladas por sociedades de larga historia de interacción con su medio ambiente*” (7). En los pueblos indígenas, el conocimiento local es la base para la toma de decisiones en aspectos fundamentales como el cuidado de los niños y niñas, ese conocimiento forma parte integral de su sistema cultural que además combina una lengua propia, unos sistemas de clasificación, unas prácticas de utilización de recursos, unas interacciones sociales, rituales y espiritualidad.

Estos sistemas únicos de conocimiento son elementos importantes de la diversidad cultural mundial y son la base de un desarrollo sostenible adaptado al modo de vida local.

## **1.2 Enfermedad diarreica aguda**

La EDA es una enfermedad infecciosa en la que hay un aumento en el número de deposiciones, con una disminución en su consistencia. Esta infección puede ir acompañada de otros signos como las náuseas, el vómito, fiebre y dolor abdominal. Su proceso patológico implica una inflamación de la mucosa gastrointestinal que impide una retención adecuada de líquidos y electrolitos que, particularmente en niños/as, puede llevar a un proceso grave de deshidratación y muerte. El término agudo se refiere a que el proceso infeccioso habitualmente es de carácter autolimitado, con una duración que no supera las dos semanas (8).

Según la OMS, se habla de EDA cuando se produce una infección gastrointestinal que lleva al aumento en el número habitual de deposiciones en un día y que se acompaña de una consistencia menor. La diarrea es entonces un síntoma de un proceso infeccioso del tracto digestivo, que por lo general es ocasionada por la presencia de organismos parasitarios, bacterianos o virales que suelen entrar al organismo por la ingesta de alimentos contaminados o mal cosidos, de aguas contaminadas y no tratadas o por el manejo inadecuado de la higiene de los cuidadores y niños (3).

## **1.3 Niños y niñas**

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, proclamada en 1989, define al niño como toda persona menor de 18 años. En Colombia, la Convención es vinculante, de manera que el concepto de niño, aunque ha variado con el transcurrir de los tiempos, es el mismo. Antes de la Constitución Política de 1991 los niños eran considerados como sujetos pasivos, con dependencia total de los padres. Luego de la Constitución del 91, los niños y niñas son todos aquellos sujetos menores de 18 años con capacidades y derechos, que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo y que poseen dignidad integral.

El Código del Menor entendía al niño como la persona menor de 12 años y por adolescente a la persona entre 12 y 18 años de edad (9). La Ley 1098 del 2006 avanzó en la comprensión de los niños como sujetos titulares de derechos y los clasificó en niños a las personas entre los 0 a 12 años y en adolescentes a las personas entre 12 y 18 años. En esta misma Ley se habla de Primera Infancia como la etapa que comprende la población que va desde los 0 a los 6 años. (10)

Las Políticas Públicas del Ministerio de Salud en Colombia definen el ciclo de vida en las siguientes etapas: Primera Infancia (0-5 años), Infancia (6 - 11 años), Adolescencia (12 - 18 años), Juventud (14 - 26 años), Adulthood (27- 59 años), Persona Mayor (60 años o más) envejecimiento y vejez. (11)

Para este trabajo de investigación los niños y niñas corresponden a los sujetos menores de 18 años y dentro de ellos se toman a los menores de cinco años debido a que es el grupo poblacional con mayor afectación por la EDA. En el documento se utiliza de manera separada los conceptos de niño y niña como parte del reconocimiento de la diferencia de género.

#### **1.4 Cuidadores**

Se entiende por cuidador a aquella persona que realiza tareas relacionadas con la atención, cuidado, crianza y educación de los niños. Con frecuencia, el cuidador es comprendido también en términos de las relaciones familiares con parentesco, aunque en la actualidad un cuidador no necesariamente tiene ese tipo de relaciones sino que pueden existir lazos de amistad o vecindad en los que se han adquirido características de relaciones primarias. (12) Para la investigación los cuidadores se refieren a las personas que asumen la responsabilidad de cuidar, atender, educar y criar a los niños y niñas que hayan padecido o padezcan enfermedad diarreica aguda. Por lo general este cuidador es de sexo femenino y corresponde a la madre. De ahí que a lo largo de este documento se utiliza indistintamente los conceptos de cuidadores, cuidadoras o madres.

#### **1.5. Población indígena**

Existen comunidades indígenas en todas partes del mundo, en Asia, África, Oceanía, Europa y las Américas. Y a pesar de su existencia, no hay una única definición que esté aceptada en el contexto del derecho y las políticas internacionales, sin embargo, se asegura que los sujetos indígenas tienen el derecho a pertenecer a una comunidad, de acuerdo con sus tradiciones, mitos, creencias y costumbres, así como a determinar su propia identidad. En el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (13) se establece que los indígenas son aquellos sujetos que descienden de las poblaciones nativas que habitan zonas geográficas en la época de la colonización o que por mandato jurídico, habitan en zonas nativas delimitadas con las actuales fronteras estatales, conservando un arraigo cultural propio, una lengua nativa y una institucionalidad social, económica y política propia.

Martínez-Cobo en su estudio sobre el problema de la discriminación contra las poblaciones indígenas resalta que los pueblos indígenas tienen la “determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales”. (13)

El Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas afirma que las comunidades indígenas poseen un vínculo fuerte con su territorio <sup>8</sup>y con los

recursos naturales y que sus sistemas sociales, económicos, políticos, culturales son únicos, así como sus creencias y lenguajes. (13)

Las Naciones Unidas han definido que las comunidades indígenas son sobrevivientes herederos y practicantes de culturas únicas, con formas de relacionamiento con los otros y el entorno también únicas. Aseguran también que los pueblos indígenas han logrado conservar a través de los años conocimientos y prácticas distintas a las de las sociedades occidentales, con un valor invaluable para el mundo. Y a pesar de sus grandes diferencias culturales, los grupos indígenas de todo el mundo, comparten problemáticas comunes y tienen las mismas necesidades. (14)

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Determinantes Sociales de la Salud**

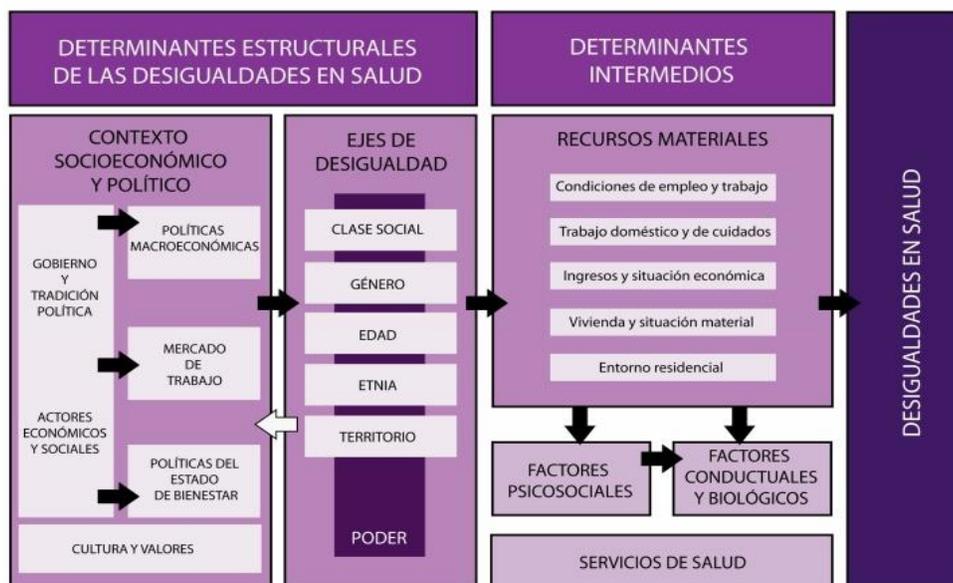
Este trabajo de investigación le apuesta a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como marco teórico para comprender la EDA en la población de niños y niñas de comunidades indígenas.

No es reciente el conocimiento que se tiene de la relación existente entre las condiciones de vida de las personas y grupos con el estado de salud de los mismos. Desde el siglo antepasado, numerosos estudios sobre el tema ya aseguraban que las enfermedades tenían una asociación directa con las deficientes condiciones sociales, económicas, ambientales e incluso políticas en las que vivían los trabajadores de las grandes fábricas en Europa. A partir de ese conocimiento, surgen la epidemiología y la salud pública como campos del saber necesarios para estudiar y controlar las enfermedades a nivel poblacional, causantes de altas tasas de morbilidad y mortalidad entre las clases obreras de esa época. (15)

Así, la carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y las principales causas de las inequidades y desigualdades en salud surgen de “las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece” (16). Esas condiciones se conocen como los determinantes sociales de la salud e incluyen los determinantes estructurales (socio-económicos y políticos, cultura y valores y ejes de desigualdad) y los determinantes intermedios (recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y biológicos y sistema de salud). Aunque todos los determinantes tienen un impacto sobre las condiciones de salud y la calidad de vida, aquellos que dan lugar a la estratificación social son los que tienen una relación directa con la discriminación, ellos incluyen el ingreso, género, etnia, clase. De otra parte, los determinantes relacionados con las estructuras políticas, económicas y de gobernanza, refuerzan las desigualdades en el poder que da lugar a las inequidades en salud. En suma, los determinantes estructurales configuran el estado de salud de los individuos y grupos repercutiendo sobre los determinantes intermedios que

incluyen las condiciones empleo y trabajo, los ingresos, el entorno residencial y el acceso a los servicios de salud. (16)

**Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud**



Fuente: Disponible en [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/). Consultado 30 de abril 2019

### 2.1.1 Determinantes Estructurales

Los determinantes estructurales son aquellos que promueven la estratificación social a través de la definición de la posición socioeconómica de un sujeto y su grupo. Estos determinantes definen la salud y calidad de vida en función del lugar que se ocupe dentro de las jerarquías de poder, prestigio y capacidad de acceso a los recursos. Los ejes de esas inequidades son:

- **Posición social:** está claramente demostrado que el ingreso y la educación tienen una relación positiva con los niveles de salud. Así mismo, la ocupación tiene grandes implicaciones en la salud, no solo porque de ella depende el grado de exposición a riesgos específicos en el ámbito laboral, sino porque coloca a las personas dentro de la estratificación social.
- **Género:** éste también es un determinante estructural porque tiene una influencia en el establecimiento de jerarquías, distribución del poder, división social del trabajo, asignación de recursos y distribución de beneficios. La

división de roles según el género, asigna un valor diferencial a las funciones que se desempeñan según ese género. Estas diferencias se traducen en asimetrías persistentes que limitan el acceso al control de recursos y a derechos relacionados con la seguridad social: educación, salud, empleo y pensión.

- Raza y grupo étnico: por cuenta de este determinante, sujetos y poblaciones han sido discriminados y excluidos, afectando las oportunidades para el desarrollo, incluidas las oportunidades para obtener un nivel adecuado de educación y salud. Según informe publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en nueve países latinoamericanos existe “un retraso generalizado en la escolaridad entre los niños indígenas y afrodescendientes, en comparación con la población en general” (17). Algunos estudios señalan que las inequidades se expresan en obstáculos que provienen de la pobreza y que coexiste con situaciones como la baja disponibilidad de médicos, las características geográficas, las prioridades de esos pobres para la supervivencia, la presencia de co-morbilidades, la falta de seguros médicos, el bajo conocimiento, los modos y estilos de vida riesgosos, las creencias y actitudes culturales.
- Acceso a la educación: la Región de las Américas, a pesar de elevar el acceso universal a la educación primaria, mantiene grandes diferencias entre países y muestra pronunciadas desigualdades entre las zonas urbanas y rurales, y entre los grupos indígenas y afrodescendientes. Estas condiciones educativas refuerzan el ciclo de pobreza y mantienen problemas como la desnutrición infantil y los embarazos adolescentes. La educación es también un determinante para el empleo, los ingresos y la vinculación en programas de protección social, todos ellos definitivos para el acceso a los servicios de salud, así, los sujetos, familias y comunidades que tienen menos nivel educativo son más vulnerables y presentan más factores de riesgo, lo que favorece que esta población se enferme más.
- Acceso al empleo: en América Latina y el Caribe últimamente se ha evidenciado un periodo llamado bonificación demográfica gracias al cual la economía ha cambiado, así como también ha aumentado la urbanización, la globalización y la crisis económica con repercusiones en las dinámicas económicas y en el mercado de trabajo. Así, los sectores que se habían mantenido fuertes, como el agrícola, textil y manufacturero, empezaron a decaer en la región, generando una disminución del empleo en estos sectores y la creación de trabajos en sectores de servicios. En casi todos los países de la región se registra un aumento de las tasas de desempleo y del trabajo informal, que mantiene a gruesos sectores de la población por fuera de los sistemas de seguridad social y en consecuencia a limitar el acceso a beneficios de la protección social como las afiliaciones a la salud, la pensión, la protección ante riesgos profesionales y los beneficios relacionados con las

protecciones en situaciones de calamidad e incapacidad. Los estudios han demostrado que el trabajo en el sector informal predispone a inadecuadas condiciones de salud, debido a que la inseguridad laboral tiene efectos negativos sobre la salud. (17)

### **2.1.2. Determinantes intermedios**

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Estos se pueden dividir en categorías como “*las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud*” (17). Como determinantes intermedios podemos encontrar a los siguientes:

- “*Circunstancias materiales*” (17): calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de acceso a alimentación y el entorno dentro del cual la persona desempeña su rol social.
- “*Circunstancias psicosociales*” (17): son los factores sociales y mentales que rodean a la persona y a sus redes de apoyo más cercanas, como por ejemplo su familia y amigos.
- “*Factores conductuales y biológicos*” (17): los cuales hacen referencia a los estilos de vida que lleve la persona y dentro de los cuales también entra la genética de cada ser humano.
- “*Cohesión social*” (17): se refiere al nivel de tolerancia que las personas tengan respecto a otros grupos sociales, así como la manera en que las personas traten de cuidarse y de disminuir factores que puedan llevarlos a presentar algún problema de salud.
- “*Sistema de salud*” (17): es el nivel de acceso que puede tener una persona a los servicios y programas de salud ofrecidos por el sistema.

### **2.2 Enfermedad Diarreica Aguda**

La enfermedad diarreica aguda es el aumento en el número de deposiciones durante veinticuatro horas. Los signos y síntomas que tiene la EDA incluyen las náuseas, vómitos y fiebre alta. La principal causa es la presencia de organismos del tipo parasitario, bacteriano o viral que producen una infección gastrointestinal, generando inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. La diarrea aumenta la pérdida de electrolitos y agua a través de las heces. El término agudo viene dado por ser habitualmente un proceso de carácter autolimitado, con una duración menor de 14 días. (2)

Según la OMS, la EDA suele ser un síntoma de la infección situada en el tracto digestivo y el contagio se da por la mala higienización de alimentos o por el consumo de agua contaminado. (3).

Existen tres tipos de enfermedad diarreica: diarrea acuosa aguda que se presenta por varias horas o días; la segunda que comprende el cólera y es la presencia de diarrea con moco o sangre y que se conoce como la disentería; y la diarrea persistente, que tiene una duración mayor a 14 días o más. (2)

Los niños y niñas menores de cinco años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año, lo que les genera pérdidas de los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo adecuado. Una diarrea no intervenida adecuadamente puede llevar al infante a una malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por otro tipo de enfermedades o padecer la misma diarrea. (8)

La amenaza más grave que se presenta en las enfermedades diarreicas en los niños es la deshidratación ya que durante un episodio de diarrea, se puede perder grandes cantidades de agua y electrolitos como el sodio, cloruro, potasio y bicarbonato, que son eliminados a través de las heces líquidas, pero que se pueden perder también a causa del vómito, sudor por fiebre y el aumento de la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación. (8)

Cuando el niño presenta algún grado de deshidratación, ésta se evalúa a través de una escala que indica cuál es el nivel de acuerdo con una serie de signos y síntomas presentes:

Deshidratación grave (presencia de al menos dos signos)

- letargo o pérdida de conocimiento
- ojos hundidos
- no bebe o bebe poco
- retorno lento de la piel al plegada (2 segundos o más)
- Deshidratación moderada (presencia de al menos dos signos)
- desorientación, somnolencia o irritabilidad
- ojos hundidos
- bebe con ganas o tiene sed.
- Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes)

Las acciones destinadas a la prevención de las enfermedades diarreicas en niños y niñas, en particular la disponibilidad de agua potable, el acceso a adecuados sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón, en conjunto, permiten reducir el riesgo de enfermedad.

El tratamiento de la diarrea incluye la prevención de los procesos de deshidratación que se realiza con el uso de soluciones de sales de rehidratación oral (SRO), es decir, una mezcla de agua limpia, sal y azúcar debidamente balanceadas. Además, el tratamiento incluye la suplementación con Zinc en tabletas de 20 miligramos. (8)

### **2.3. Comunidades Indígenas**

Las comunidades indígenas son grupos de persona que pertenecen a una misma etnia, también se denominan comunidades indígenas a los grupos que presentan características de tradiciones organizativas distintas al Estado moderno, su religión, costumbres, organización social, visión del mundo, aspectos físicos y la ubicación geográfica que permiten definir las diferentes comunidades que conforman parte de un pueblo, región o nación de los territorios (18). Un pueblo indígena regularmente está dividido en varias comunidades y a su vez una comunidad se puede organizar en cabildos. (19) Así, un resguardo está conformado por una o más comunidades indígenas de carácter privado, cuya función principal es la de garantizar la propiedad privada. El resguardo tiene una organización política y cuenta con un sistema normativo propio (20).

Para complementar, las comunidades indígenas tienen una cultura propia basada en creencias, formas de pensamiento, valores, prácticas, comunicaciones y lenguas y comportamientos únicos. Las diferentes culturas indígenas a lo largo de la historia, se han tenido que adaptar a los cambios que cada época trae lo que ha garantizado su supervivencia, aunque otras culturas se han extinguido. Estas adaptaciones al medio las han logrado gracias al sincretismo realizado entre sus conocimientos y prácticas con los conocimientos y prácticas de la cultura occidental. Un ejemplo de ese sincretismo es la mezcla que hacen entre la medicina tradicional y la medicina clásica para el manejo de las enfermedades (21).

En adición, las comunidades indígenas tienen su propia cosmovisión, de manera que interpretan el mundo mediante una visión filosófica única. Los elementos que obtienen de la naturaleza son ubicados en la historia, tiempo y espacio, lo que les permite neutralizar las fuerzas que sustentan cada elemento que los rodea. Las cosmovisiones indígenas se caracterizan por la fuerte unión con su ambiente que busca la coexistencia de todos los seres que los rodean, con el fin de formar un equilibrio armónico entre la persona y la naturaleza como parte de su entorno. (22)

#### **2.3.1. Sistema Político de las Comunidades Indígenas**

Los pueblos indígenas habitan en territorios que son reconocidos por la Constitución Política colombiana. Esos territorios cuentan con un régimen sociopolítico y legal de carácter especial, están habitados por una o más comunidades indígenas quienes cuentan con títulos de propiedad colectiva. Los pueblos indígenas tienen una organización interna y autónoma, regida por un sistema político propio que se caracteriza por elegir y reconocer a sus dirigentes, quienes hacen parte de la comunidad indígena. La organización política tiene un carácter tradicional en el que los dirigentes son los encargados de representar a la comunidad, ejercer autoridad, luchar por los derechos de los miembros de su comunidad y hacer respetar las reglas mediante los usos de correctivos propios. (21)

En resumen, las comunidades indígenas se caracterizan por ser grupos que comparten costumbres, usos, identidades, valores, así como por valorar ampliamente sus costumbres que implican el cuidado de la *Pacha Mama*. (21).

### 2.3.2 Sistema Médico de las Comunidades Indígenas

El sistema médico indígena es “*un entramado de ideas y prácticas relacionadas con las causas y curación de las enfermedades, determinado por aspectos socioculturales, económicos, religiosos, educativos y familiares*” (23). Este sistema está ligado profundamente con las creencias y conocimientos que tienen las personas de la comunidad sobre salud. Los sistemas médicos indígenas consideran las características de la enfermedad, así como el cuidado específico y los mecanismos terapéuticos utilizados para tratar cualquier enfermedad. Además, tienen claridad sobre los sujetos que asumen el diagnóstico y tratamiento. Todas estas características están integradas para una concepción única de sistema médico.

Teniendo en cuenta la literatura relacionada con el tema, los autores definen tres sistemas de salud: “*el profesional o medicina occidental, el popular que incluye creencias individuales, familiares y grupales y el folclórico conformado por modalidades curativas mágico-religiosas y naturales, que para algunos autores corresponde a la medicina tradicional indígena*”. (23).

En cualquiera de esos sistemas de salud, se da importancia a los problemas relacionados con la prestación de los servicios, a la seguridad, eficacia y calidad de los recursos, a la disponibilidad y acceso de esos recursos, a la eficiencia en términos económicos y de menores daños producidos. (23)

Ahora bien, teniendo en cuenta el proceso salud-enfermedad, surgen diferencias conceptuales desde los diferentes sistemas médicos. Para el sistema médico indígena la sanación tiene un significado diferente a la curación, en efecto, la sanación es el tratamiento físico y espiritual para equilibrar un cuerpo afectado por la enfermedad, para ello, se utilizan recursos provenientes de la etnobotánica de dominio del médico tradicional, quien también actúa como guía espiritual; por su lado, la curación se refiere al tratamiento exclusivamente físico, intervención en la dimensión espiritual. Así, los indígenas consideran que la medicina tradicional se encarga del tratamiento espiritual, mientras que la medicina clásica se encarga del tratamiento físico. (23) De ese modo, la sanación utiliza recursos tradicionales como las plantas medicinales, los rezos o rituales que buscan equilibrar las energías de las personas enfermas, mientras que la curación utiliza recursos farmacológicos. En este sentido, las comunidades indígenas creen que no existen impedimentos para recurrir a los dos tipos de medicinas, pues antes que ser obstáculos entre sí son complementos.

La medicina tradicional como sistema médico propio de las comunidades indígenas, es reconocida en muchas culturas occidentales, de manera que “*su uso se ha reglamentado en más de 100 países que han comprobado su importancia, principalmente en comunidades no urbanas*” (23).

En la medicina tradicional el papel del médico se relaciona con el agente encargado de restablecer las conexiones del hombre con el mundo espiritual, de manera que

no se limita solamente a la eliminación de dolencias. En ocasiones, el re-establecimiento de esas energías requiere estar en un sitio sagrado.

Los autores sobre el tema resaltan la permanencia de los antepasados en la cotidianidad de las comunidades indígenas, sin embargo, muchas comunidades han perdido los conocimientos ancestrales por presión de fenómenos como la globalización o por voluntad propia y ello implica una lamentable pérdida de tradiciones, prácticas y recursos que a través de la historia de la humanidad han demostrado su eficacia.

En consecuencia, las comunidades indígenas comprenden la salud como la armonía de los elementos, es decir, el equilibrio que le permite a una persona o comunidad tener el control sobre su propia vida, disfrutar del derecho a la convivencia concordante con la naturaleza y los demás miembros del grupo, lo que generará el bienestar integral, espiritual, individual y social. En otras palabras, la salud incorpora los equilibrios entre los componentes individuales (físico, mental, emocional y espiritual) y los equilibrios con el entorno (ecológico, político, económico, cultural, social). Por su lado, la comprensión de la enfermedad está dada por las causas sobrenaturales como los encantos, vientos y espíritus que actúan al ser evocadas por medio de operaciones mágicas y que pertenecen al mundo mítico indígena. Sus tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales con las que se busca sanar a la persona, a través de la generación del equilibrio necesario al interior del cuerpo y con el ambiente que le rodea. (21)

La transmisión de esos conocimientos, prácticas, valores, principios y formas únicas de comprender la vida y la salud se transmiten de generación en generación, gracias a la tradición oral y a algunos pocos escritos en lenguaje indígena.

### **3. Marco normativo**

Colombia cuenta con leyes, normas, decretos y políticas que han sido creadas para reconocer y proteger a la población indígena de todo el territorio nacional. Esas herramientas jurídicas derivan de lo establecido en la *Constitución Política de 1991*, en la que se reconoce al país como un “*Estado Social de Derecho que tiene como fin social el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población buscando el interés general sobre el individual*” .(24)

Particularmente para las comunidades indígenas se generó el decreto 1718 del 2001 que define a los resguardos indígenas como beneficiarios de las transferencias de la nación. Por su lado, el decreto 1973 de 2013 crea “*la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas*” (24), que según lo dispuesto por los artículos 6 y 25 de la Ley 21 de 1991, el Estado está en la obligación de consultar a las comunidades indígenas y particularmente a sus representantes políticos, sobre las medidas legislativas y administrativas, bajo la garantía del derecho a la participación libre.

Así mismo, el Gobierno debe velar porque cada miembro de las comunidades indígenas reciba los servicios de salud, adecuados a su cultura. Igual, el decreto 1397 de 1996 creó la *Mesa Permanente de los Pueblos y Organizaciones Indígenas* para tratar temas y asuntos específicos mediante la organización de comisiones de trabajo que deben tener la participación activa de los delegados de los pueblos, autoridades y organizaciones indígenas que se encuentren interesados o afectados cuando se traten temas específicos de sus comunidades o regiones (24).

## CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

### 1. Método y diseño

Se plantea una investigación con diseño de revisión narrativa, la cual tiene como propósito facilitar la comprensión sobre un tema determinado con base en una exploración y descripción amplia. (25) La revisión narrativa además ayuda a consolidar conocimientos sobre el tema a través de la definición, el detalle de los conceptos, los estudios realizados, los avances en el área y los vacíos que deberán ser atendidos con otras investigaciones.

Por sus características, los diseños narrativos, al estar orientados desde los fundamentos de la hermenéutica, requieren una gran capacidad analítica, reflexiva y crítica de los investigadores debido a que se procede de manera inductiva, es decir, que partiendo del conocimiento hallado en los documentos analizados, se definen unas categorías y a partir de ellas se construye una narrativa final.

De igual forma, las revisiones narrativas parten de una pregunta de investigación para iniciar el proceso de búsquedas específicas que deben ser rastreadas a partir de unos términos que permiten obtener las investigaciones. (25)

Este tipo de revisión se define entonces como la selección de los documentos disponibles sobre un tema, en los que hay información, ideas, datos y evidencias científicas. Son además escritos sobre un punto de vista de un tema específico según sea el interés del investigador, en particular para cumplir ciertos objetivos o expresar determinadas opiniones sobre la naturaleza del tema y la forma en que se va a investigar, así como la evaluación eficaz de la revisión. Estas investigaciones son de gran importancia porque permiten identificar prácticas de la sociedad a las que se les asigna evidencias para argumentar el trabajo realizado. La revisión narrativa es una herramienta que sirve para informar y desarrollar la práctica logrando obtener una discusión de acuerdo con cada investigación encontrada. (28) En esta revisión se debe tener en cuenta los criterios a la hora de recopilar información, por eso es importante que las investigaciones revisadas sean actuales para a su vez presentar estudios actualizados, frente a una problemática. (26)

En esta investigación la revisión narrativa se centra en los CAP de los cuidadores. Los CAP son considerados un tipo de estudio que ayudan, a través de los diagnósticos situacionales, a comprender por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los estudios CAP pueden ser de corte cuantitativo o cualitativo, la diferencia radica en la forma en que se procede y en el tipo de herramientas que se desarrollan para capturar la información. La OMS (28) a este respecto afirma que para iniciar un proyecto es conveniente realizar una investigación acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en las comunidades, particularmente de las indígenas, con el propósito de diseñar campañas de educación que se ajusten fielmente a las características/necesidades de la comunidad. Este tipo de investigaciones permite

identificar conceptos errados, creencias y actitudes que atenten contra la salud poblacional (27)

## **2. Población y Muestra**

La población del estudio estuvo conformada por artículos de investigación que respondiera a los términos conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños y niñas menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en las comunidades indígenas y que cumplieran con los demás criterios de inclusión. En principio fueron obtenidos 43 artículos que al ser sometidos a la fase de lectura crítica e interpretación, finalmente se tomaron en cuenta 24 artículos, los cuales se incluyeron porque cumplían con los criterios de selección mencionados específicamente en el siguiente apartado.

## **3. Criterios de selección**

Los criterios de inclusión consideraron artículos de investigación en texto completo, que respondieron a la pregunta de investigación, publicados en los últimos 22 años, en idioma inglés, español y portugués. Los criterios de exclusión no consideraron artículos que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión sus resultados no aportaran al interés del presente trabajo.

## **4. Instrumento de recolección**

Para la recolección de la información se diseñó una matriz en Excel que contemplaba los siguientes aspectos: descriptor de búsqueda, título, autores, año de publicación, país, idioma, nombre de la fuente, base de datos, palabras claves, objetivo de la investigación, tipo de estudio, diseño metodológico, muestra, instrumentos utilizados, resultados, conclusión, URL/DOI, resumen y categorías centrales. (Anexo 2)

## **5. Organización de la información**

Al filtrar la información relevante y definir los artículos que finalmente se incluyeron en el trabajo, se realizó la organización de la información en la matriz de Excel.

## **6. Análisis de la información**

El análisis de la información se inició con la lectura crítica de los artículos, la valoración de la calidad y validez del documento, así como el aporte que los resultados del estudio tendrían para resolver la pregunta de este trabajo de investigación. Luego se procede a descomponer y recomponer la información para

identificar las categorías de análisis que permitirían la construcción de la narrativa final a la luz del marco teórico.

## **7. Consideraciones éticas**

El presente trabajo se acoge a la Ley 1915 del 2018 que establece disposiciones relativas a los derechos de autor y los derechos conexos que establecen la autoría de los artículos, respetando así la propiedad intelectual de los documentos de los autores. (29)

Adicionalmente, se plantea que esta no presenta ningún riesgo en tanto no se trabaja con seres vivos que actúen sobre variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 1. La búsqueda y recuperación de la literatura

#### 1.1. Normalización de Términos

Los términos clave de la investigación fueron normalizados en el lenguaje estructurado y multilingüe DeCS para lograr recuperar los artículos indizados en las revistas científicas de ciencias de la salud. De igual manera, los términos fueron normalizados a través de la consulta del vocabulario del Tesouro de Clacso.

**Tabla 1. Normalización de términos**

<b>Término</b>	<b>DeCS</b>	<b>Mesh</b>	<b>Clacso</b>
Comunidades Indígenas	Español: Pueblos Indígenas Inglés: Indigenous Peoples Portugués: Povos Indígenas	Español: Indígena Inglés: Indigenous portugués: Indígenas	Español: Comunidades Indígenas  Inglés: indigenous communities  Portugués: Comunidades indígenas
Enfermedad diarreica aguda	Español: Diarrea Inglés: Diarrhea Portugués: Diarreia	Español: Diarrea Inglés: Diarrhea Portugués: Diarreia	Español: Enfermedades diarreicas  Inglés: diarrheal diseases  Portugués: doenças diarréicas
Cuidadores	Español: cuidadores Inglés: caregivers Portugués: cuidadores	Español: Cuidadores Inglés: Caregivers Portugués: Cuidadores	Español: Cuidado infantil  Inglés: Childcare Portugués: Puericultura

Conocimientos, actitudes y prácticas	<p>Español: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud</p> <p>Inglés: Health Knowledge, Attitudes, Practice</p> <p>Portugués: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde</p>	<p>Español: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud</p> <p>Inglés: Health Knowledge, Attitudes, Practice</p> <p>Portugués: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde</p>	<p>Español: Conocimientos y Actitudes</p> <p>Inglés: Health Knowledge, Attitudes</p> <p>Portugués: Conhecimentos, Atitudes</p>
Niños y niñas menores de cinco años	<p>Español: Preescolar, Infantes</p> <p>Inglés: Child, Preschool, Infant</p> <p>Portugués: Pré-Escolar</p>	<p>Español: Preescolar, Infantes</p> <p>Inglés: Preschool infant</p> <p>Portugués: Pré-Escolar</p>	<p>Español: Niñas, Niños</p> <p>Inglés: boys girls</p> <p>Portugués: meninos meninas</p>
Tratamiento de diarrea	<p>Español: Tratamiento diarrea</p> <p>Inglés: Diarrhea treatment</p> <p>Portugués: Tratamento de diarreia</p>	<p>Español: Tratamiento diarrea</p> <p>Inglés: Diarrhea treatment</p> <p>Portugués: Tratamento de diarreia</p>	No registra
Plantas medicinales	<p>Español: plantas medicinales</p> <p>Inglés: medicinal plants</p> <p>Portugués: Plantas medicinais</p>	<p>Español: plantas medicinales</p> <p>Inglés: medicinal plants</p> <p>Portugués: Plantas medicinais</p>	No registra

**Fuente: elaboración propia**

## 1.2. Ecuaciones de Búsqueda

Una vez normalizados los términos Decs, MeSH y Clacso se definieron las siguientes ecuaciones de búsqueda:

Español: Conocimientos, actitudes y prácticas AND cuidadores AND niños OR preescolares OR infantes AND comunidades indígenas OR pueblos indígenas OR indígenas

Ingles: Health Knowledge, Attitudes, Practice AND caregivers AND Child OR Preschool OR Infant AND Indigenous Peoples OR Indigenous

Portugués: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde AND cuidadores AND Pré-Escolar AND Povos Indígenas

Español: Diarrea AND niños OR infantes OR preescolares AND poblaciones indígenas

Ingles: Diarrhea AND Child OR Infant OR Preschool, AND Indigenous Peoples

Portugués: Diarreia AND Pré-Escolar AND Povos Indígenas

Español: Tratamiento AND diarrea AND niños OR infantes OR preescolares AND comunidades Indígenas OR pueblos indígenas

Ingles: Treatment AND diarrhea AND children OR infants OR preschoolers AND Indigenous communities OR indigenous peoples

Portugués: Tratamento AND diarréia AND pré-escolares AND comunidades indígenas OR povos indígenas

Español: Plantas medicinales AND diarrhea AND comunidades indígenas OR pueblos indígenas

Ingles: Medicinal plants AND diarrhea AND indigenous communities OR indigenous peoples

Portugués: Plantas medicinais AND diarréia AND comunidades indígenas OR povos indígenas

### 1.3. Términos Booleanos

Los términos booleanos más utilizados fueron AND y OR intentando recuperar términos que aparecieran como sinónimos.

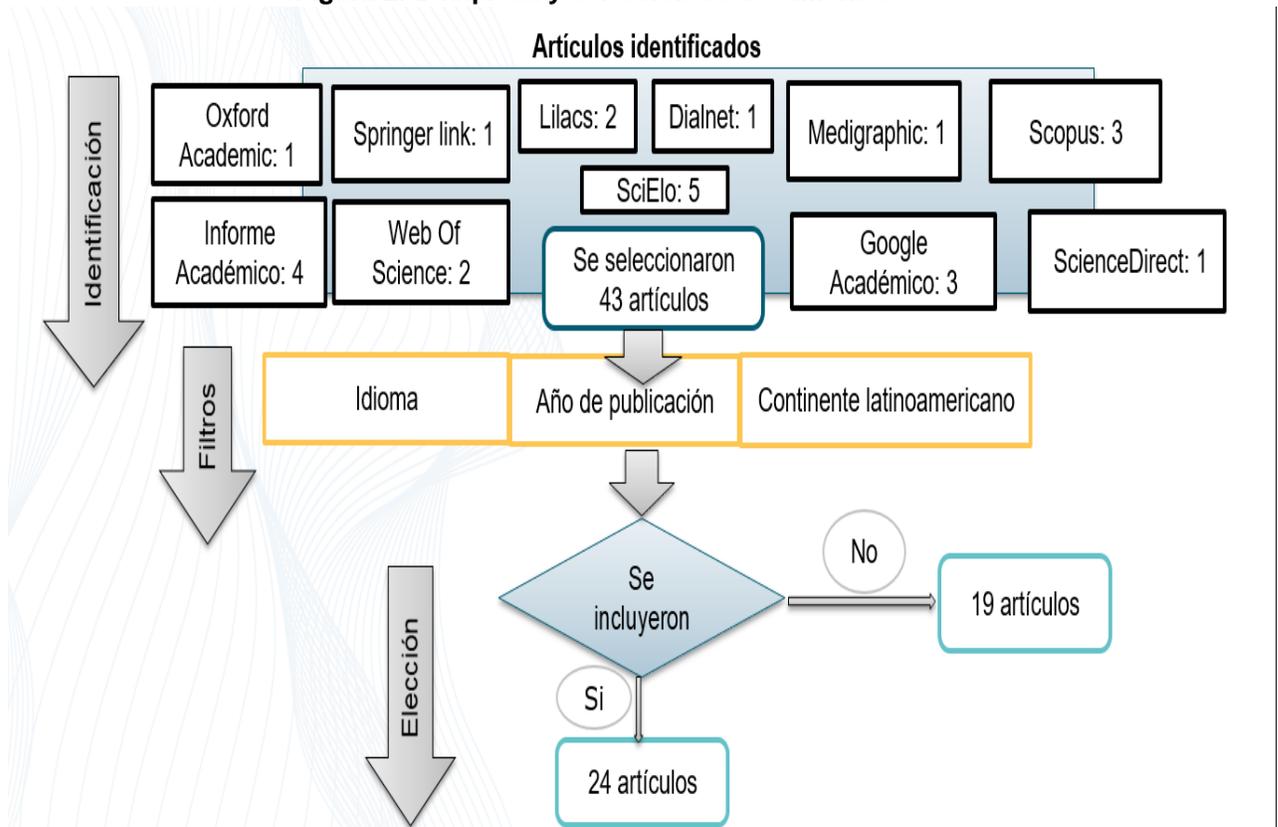
### 1.4. Filtros

Los filtros utilizados fueron el idioma en español, inglés y portugués; los años comprendidos entre los últimos 22 años de publicación y que fueran publicados en Latinoamérica.

### 1.5. Bases de datos

Las bases de datos y meta buscadores utilizados en la búsqueda fueron Nursing Ovid, Oxford Academic, Informe Académico, ScienceDirect, Scopus, Springerlink, Web Of Science, Scielo, LILACS, Información en Salud de América Latina y el Caribe, PubMed, Medigraphic, Google Academic, Dialnet, Med UPB.

Figura 2. Búsqueda y selección de documentos

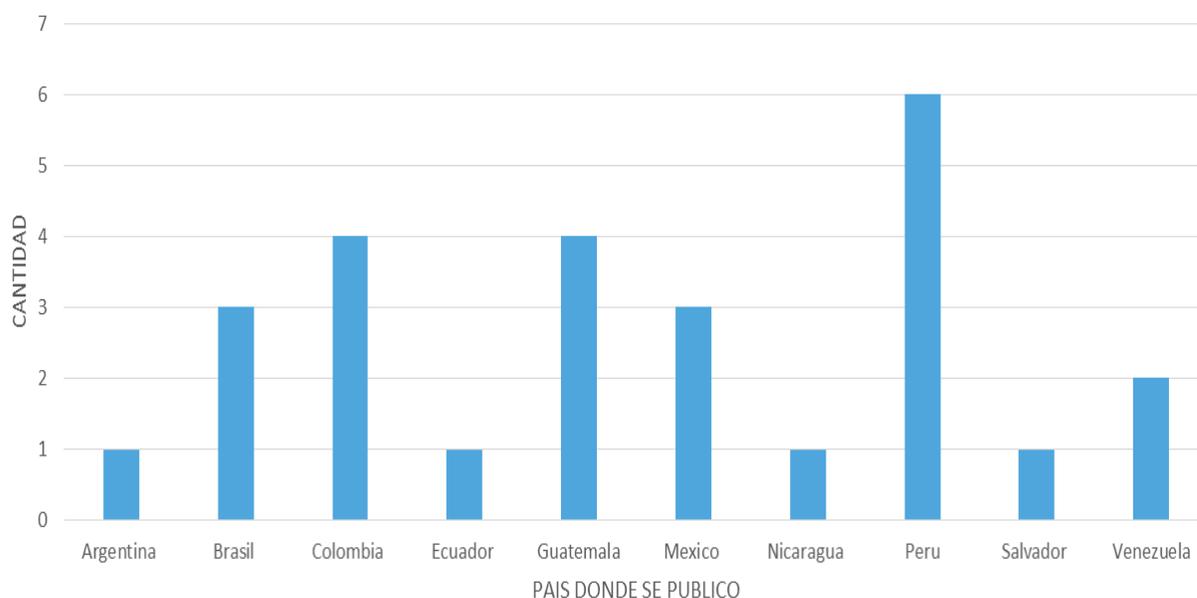


Fuente: elaboración propia

Luego de la búsqueda fueron seleccionados artículos de investigación en texto completo que trataran el tema relacionado con conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de niños y niñas menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda en comunidades indígenas. Como se dijo, los años de publicación fueron ampliados porque durante los últimos 5 años se ha publicado un número reducido de artículos relacionados con el tema. Inicialmente se seleccionaron 43 artículos que luego de ser sometidos a lectura crítica, revisión de metodología y resultados no cumplieron con los requisitos de selección. Los artículos seleccionados se obtuvieron de las bases.

### 1.6. Artículos según país de publicación

Figura 3. Distribución de artículos según el país de publicación

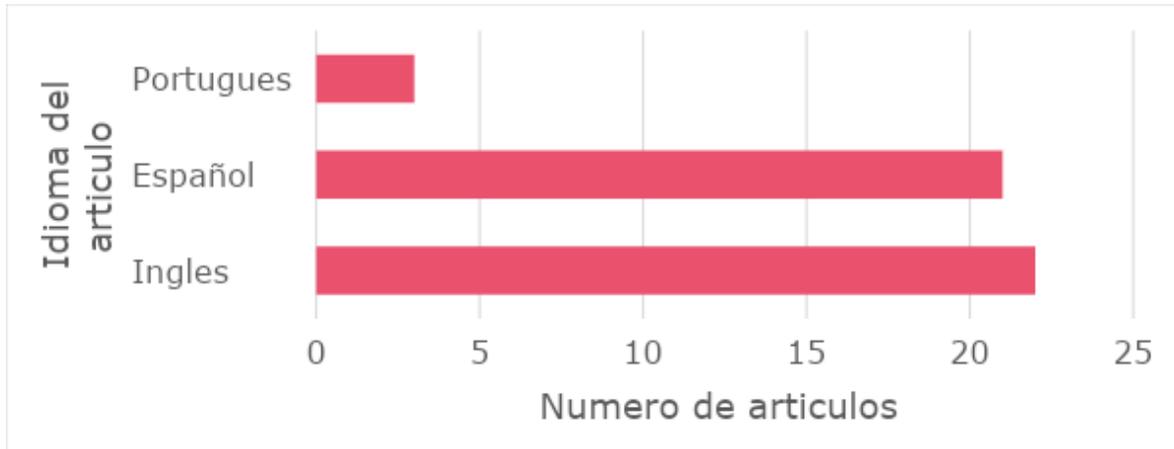


Fuente: elaboración propia

Los artículos fueron publicados en países latinoamericanos, teniendo mayor número de publicaciones en Perú, seguido de Colombia y Guatemala. Este hallazgo puede corresponder a que en estos países hay un mayor número de comunidades indígenas, de ahí parte la preocupación por investigar más sobre estos temas.

## 1.7 Artículos según idioma

Figura 4. Distribución de artículos según su idioma

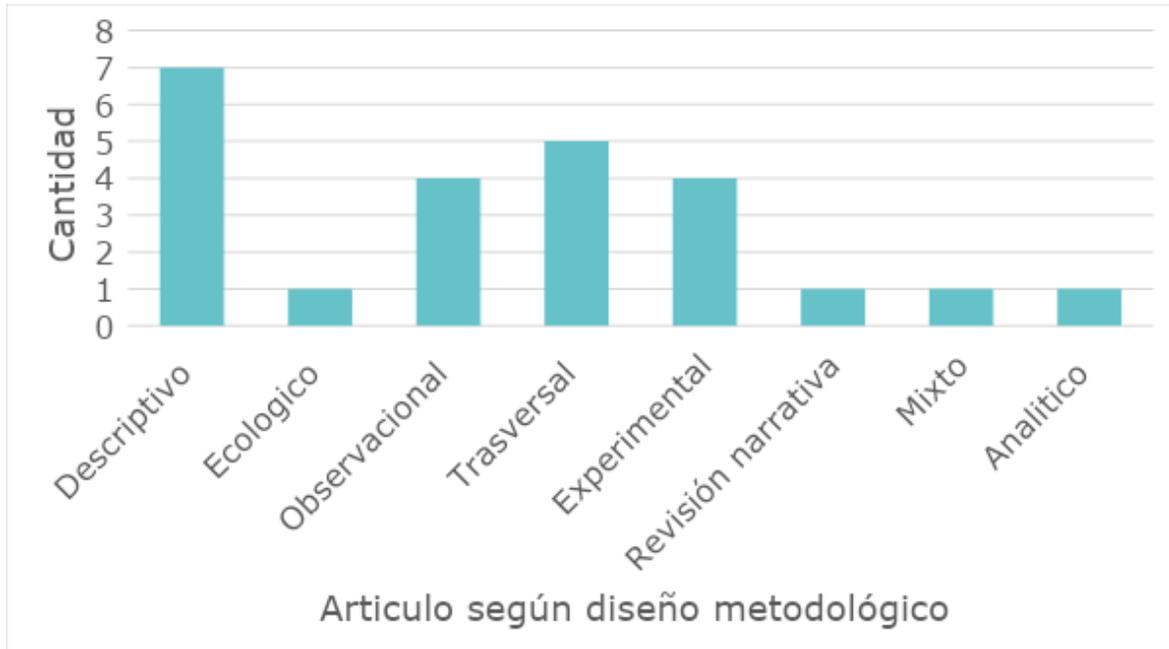


Fuente: elaboración propia

La mayor parte de la literatura científica está escrita en idioma inglés y como se muestra en la tabla No. fueron hallados 23 artículos en inglés, seguidos por 21 en español y 3 en portugués. Esto puede señalar que dado que en Latinoamérica el idioma predominante es el español el número de publicaciones en ese idioma sea mayor, en portugués también se encontraron tres artículos lo cual se puede analizar porque solo en un país de Latinoamérica se habla dicho idioma, además cabe destacar que la mayoría de artículos se encontraron en inglés y español respectivamente y un par más en los tres idiomas manejados en la investigación.

## 1.8 Artículos según diseño metodológico

Figura 5. Distribución de artículos según su metodología



Fuente: elaboración propia

Con la revisión se encontraron artículos, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo y mixto. Dentro de esos enfoques prevalecieron los diseños descriptivos, ecológicos, observacionales, transversales, experimentales, revisión de la literatura y analíticos.

## 1.9 Artículos según año de publicación

Figura 6. Distribución de artículos según el año de publicación



Fuente: elaboración propia

Para el tema de este trabajo, no fue encontrado un número importante de artículos por ese motivo la búsqueda se extendió hasta el año 1998, tomando como referencia los artículos publicados durante los últimos 22 años; además es importante mencionar que dado que la literatura publicada sobre este tema es poca, se requiere seguir investigando sobre este tema con el fin de aumentar la publicación de artículos de esta categoría y por ende obtener más conocimiento acerca de este tema en particular.

## 2. Categorías de análisis

Con los artículos finalmente seleccionados se inició un proceso de lectura completa de los documentos para identificar las diferentes categorías desde donde los autores plantean su argumentación. En ese ejercicio fueron identificadas las siguientes categorías: etiología de la diarrea en niños indígenas, causas sociales de la diarrea en niños indígenas, causas ambientales de la diarrea en niños indígenas que fueron interpretadas en este trabajo como los determinantes sociales de la salud; adicionalmente se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la diarrea.

### 2.1. Los determinantes sociales de la EDA

Se identificaron 5 artículos que plantean los determinantes sociales de la EDA en los niños y niñas de las comunidades indígenas y su impacto sobre la salud y calidad de vida.

### **2.1.1. Determinantes estructurales**

Las comunidades indígenas en general se caracterizan por presentar diferentes problemáticas que se constituyen en determinantes para la presencia de la EDA en los niños/as. Un estudio demostró que los jefes de familia tenían un bajo nivel de educación y que la mayoría de esas familias vivían en extrema pobreza. Los bajos niveles educativos predisponen a la pobreza y en consecuencia a la presencia de enfermedades, pues los cuidadores no buscan atención médica por la baja capacidad para identificar los factores de riesgo relacionados con la EDA (30). Los estudios son claros al señalar que las mayores tasas de mortalidad por EDA se presentan en las comunidades indígenas (31) (32) por cuenta de la pobreza y la baja educación en la que viven (33).

Otro estudio señala que otra de las principales razones por las cuales los cuidadores indígenas no llevan a sus hijos a los centros de atención médica cuando están enfermos es por la falta de recursos económicos que les impide pagar el transporte para el desplazamiento, pues aquellos centros de salud se encuentran muy lejos de las zonas en que los indígenas residen.

### **2.1.2. Determinantes intermedios**

Dentro de los determinantes intermedios los artículos permitieron evidenciar que las poblaciones indígenas no suelen contar con servicios efectivos para el saneamiento básico (36). La vida de estas comunidades suele desarrollarse a orillas de fuentes hídricas como ríos, lagos o lagunas en las que se arrojan los productos deshechos y a causa de los que sufren problemas de inundaciones continuas. Esta situación afecta la disponibilidad de agua potable, el cultivo de alimentos, el mantenimiento de animales y la presencia de enfermedades y muerte de los habitantes. La difícil situación de las comunidades indígenas motiva los desplazamientos masivos que generan a su vez aglomeraciones en los refugios y condiciones de proliferación de enfermedades transmisibles. Uno de los estudios señala que preocupan las condiciones precarias de vida como “el destino del agua y alcantarillado porque la mayoría de los aldeanos respondieron que defecaban directamente en el suelo o cerca de la residencia y que en los hogares había basura en las regiones peri domiciliarias” (30), de igual forma, en otro estudio se encontró que “las condiciones ambientales son favorables para la transmisión de parásitos y microorganismos que se transmiten por el agua y los alimentos contaminados” (35).

Dentro de los comportamientos encontrados un estudio muestra que los indígenas no acostumbran a hervir el agua para su consumo, ni lavar los vegetales, por lo que aumenta el riesgo de adquirir infecciones de transmisión fecal-oral (31), especialmente diarreas infantiles porque los niños indígenas están en desventaja social al vivir en inadecuadas condiciones higiénicas y de saneamiento básico.

En términos de la etiología los estudios señalan al rotavirus como el causante del 28% de las diarreas severas, que terminan siendo más o menos diez millones de episodios severos y más de 193.000 muertes a escala global. Además, el rotavirus ocasiona anualmente 114 millones de episodios de diarreas, 23 millones de visitas ambulatorias, más de 2,4 millones de niños hospitalizados, gastroenteritis grave en niños menores de 5 años, contagio de más del 70% de este tipo de infecciones en un 33,7% en menores de 6 a 11 meses y 30,9% en niños y niñas entre 12 y 23 meses. También se sabe que son los niños y niñas menores de 2 años los más susceptibles y que el porcentaje de infección disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, llegando a ser solo del 6,5% en niños de 48 a 59 meses. (36)

## **2.2. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores**

En la revisión narrativa fueron encontrados estudios con diferentes enfoques sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con EDA en niños y niñas (37) (38) (39).

### **2.2.1. Conocimientos**

Aunque en algunas poblaciones indígenas los cuidadores saben qué es la diarrea al referirse a ella como la presencia de heces líquidas y el aumento del número de deposiciones (36) (40), al indagar por otros conocimientos se encontró que los cuidadores indígenas no tienen claridad sobre algunos aspectos importantes relacionados con la EDA (39).

Con respecto a las causas, algunos autores reportan que un reducido grupo de madres indígenas aseguran que la EDA en los niños/as suele coincidir con el invierno, época en la cual el rotavirus parece tener mayor circulación por el frío. Estas cuidadoras reconocen el rotavirus como causa al escuchar al personal de salud hablar de ese microorganismo. Dado que las madres saben que el virus se encuentra en las heces de las personas infectadas, ellas tienen precauciones cuando deben desechar pañales, realizan el lavado de las manos, la desinfección de objetos como juguetes y mesas para cambiar pañales o la desinfección de perillas de puertas que pueden resultar contaminadas con pequeñas cantidades de heces (36). Las madres reconocen como otras causas la ingesta de alimentos contaminados, el empacho por alimentos, el consumo de agua no procesada o purifica, la colecta de agua lluvia para lavar los alimentos, la convivencia con animales, la no disposición adecuada de las basuras, el susto, el mal viento, el descuaje y la lastimadura (42). Y aunque la práctica de la lactancia materna está muy arraigada en estas comunidades, las madres no conocen la importancia de limpiar los senos luego de amamantar.

Otros estudios muestran el conocimiento de las cuidadoras indígenas sobre los signos y síntomas que acompañan la EDA como cambios en la consistencia de las

heces, aumento en el número y frecuencia de las deposiciones y duración de los síntomas (41). Sin embargo, no parece existir un buen conocimiento sobre los signos de alarma y los signos de deshidratación.

Las madres indígenas no parecen reconocer con claridad la importancia de la administración y preparación correcta de líquidos y electrolitos orales, así como la alimentación adecuada en esa etapa de infección, pues muchas de ellas ofrecían alimentos enlatados, bebidas gaseosas o alimentos de alto contenido graso (43).

### **2.2.2. Actitudes**

Los artículos revisados muestran que, en términos del manejo de la EDA, los cuidadores mostraron un cambio de actitud frente al sistema médico clásico al advertir que la administración de las sales de rehidratación oral tenía un efecto benéfico sobre la salud del niño/a. Con esta experiencia adquirida, las madres también modificaban sus actitudes al asistir con mayor regularidad a los centros de salud para recibir educación por parte de los profesionales de la salud e indicaciones de parte del médico tratante. (38)

Aunque se revelan nuevas actitudes frente al manejo de la medicina clásica, muchas madres suelen mantener la creencia de que la EDA tiene origen en situaciones sobrenaturales por lo que prefieren tratar al niño en casa con la ayuda del médico tradicional quien, cuando no resuelve el problema, las obliga a acudir al médico clásico (41)

### **2.2.3. Prácticas**

Con respecto a las prácticas, la literatura refiere que las madres utilizan como primer recurso los tratamientos sugeridos por los familiares cercanos, luego los sugeridos por personas con mayor conocimiento como los curanderos y como última opción los médicos de los centros de salud. Es frecuente el uso de preparados derivados de la guayaba, las cuidadoras realizan su preparación partiendo la guayaba en cruz luego procedían a cocinarla en medio litro de agua dejándola hervir por cinco minutos, las cuidadoras también afirman realizar infusiones de manzanilla, la infusión se realizaba de la siguiente manera en medio litro de agua hirviendo agregar las hojas de manzanilla. Tapar y dejar reposar alrededor de 10 minutos y colar antes de beber, otra práctica realizada por la cuidadoras es el agua de arroz , cuya preparación es Colocar una taza de arroz en un litro de agua dejándolo hervir por 5 minutos ,colar y dejar reposar orégano, coco y miel de abeja con limón, (38) (44). Usualmente suspenden la lactancia materna mientras ofrecen estos preparados.

Además de los preparados, existen ritos relacionados con su preparación. Algunos estudios (33, 38, 45) reportan que por ejemplo la guayaba es partida en cruz y se debe dejar hervir por cinco minutos. Los investigadores pudieron establecer que los productos utilizados tienen una gran variedad de agentes curativos que pertenecen a diferentes clases fitoquímicas como flavonoides, saponinas, terpenoides, esteroides, compuestos fenólicos y alcaloides. Los flavonoides y las saponinas inhiben la liberación de prostaglandinas mientras que las saponinas pueden prevenir la liberación de histamina.

## V. DISCUSIÓN

Para la OMS los determinantes sociales de la salud son todas aquellas condiciones que logran “explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias, las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (16). Los determinantes sociales de la salud evidencian la relación entre las condiciones de vida de las personas y comunidades y su estado de salud, ya que las enfermedades suelen asociarse a las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación (15).

Estos determinantes están claramente identificados en la EDA, de manera que al ser la segunda enfermedad que causa más muertes en los niños/as en el mundo (31) y a que su tasa de mortalidad aumenta si se trata de niños indígenas (30), es que la OMS y el Unicef consideran de gran importancia la modificación de esos determinantes.

La literatura reporta que la EDA es una enfermedad con causas sociales. Particularmente en las comunidades indígenas, las tasas de mortalidad por cuenta de la enfermedad diarreica en niños y niñas son altas, debido a las condiciones desfavorables en las que viven en términos de saneamiento básico, agua potable, control de plagas y vectores e higiene. Aunque los estudios revelan que se han realizado estrategias de prevención, las investigaciones también concluyen que la falta de educación en salud (39) y la pobreza, es decir, no contar con el discernimiento apropiado para tener unos hábitos adecuados que puedan prevenir la diarrea y la falta de recursos materiales, constituyen otros determinantes para la presencia de la EDA. En las comunidades pobres y con baja educación confluyen múltiples factores como la carencia de servicios básicos y el escaso acceso a servicios de salud, lo que ubica a estas poblaciones en una preocupante situación de riesgo de adquirir enfermedades e infecciones. Además, las poblaciones indígenas que viven en ambientes tropicales, cerca de los ríos y que laboran en la agricultura, tienen mayor vulnerabilidad para adquirir infecciones parasitarias (46) causando además afectación en el estado nutricional del niño/a.

Desde la literatura clásica se afirma que el rotavirus, que suele circular en condiciones sociales deplorables y en épocas específicas del año, es el causante del 28% de las diarreas severas, es decir, de más o menos diez millones de episodios severos y más de 193.000 muertes a escala global, esto implica 114 millones de episodios de diarreas anuales, 23 millones de visitas ambulatorias, más de 2,4 millones de niños hospitalizados, gastroenteritis graves en niños menores de 5 años, contagio de más del 70% de este tipo de infecciones en el 33,7% de los niños/as menores de 6 a 11 meses y en el 30,9% de niños/as entre 12 y 23 meses. (36) (41)

Estos datos indican que las acciones educativas pueden tener una alta importancia para romper con el círculo de transmisión. Se conoce además que son los niños y niñas menores de 2 años los más susceptibles y que el porcentaje de infección disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, llegando a ser solo del 6,5% en niños de 48 a 59 meses (36) (41)(46).

Con respecto a la circulación del rotavirus, las madres indígenas afirman que la EDA en niños/as es más frecuente en los meses de invierno, época en la que se sabe hay mayor circulación del virus. Así, dentro de las causas, las madres indígenas que además de la medicina tradicional siguen a la medicina clásica, reconocen el rotavirus porque cuando asisten a los servicios de vacunación, el personal de salud les educa frente a este microorganismo.

Durante la investigación se pudo establecer que los diagnósticos de EDA los realizan principalmente las madres indígenas a partir de elementos específicos como las características de las deposiciones, frecuencias, algunas situaciones contextuales como los incidentes ambientales (clima, frío), sociales (mal de ojo) y culturales (descuaje). El hecho de que las madres indígenas sean las primeras en diagnosticar la infección, está relacionado con el hecho que ellas constituyen el primer recurso con el que se cuenta para el cuidado de los niños, antes de asistir a otros apoyos familiares, médicos tradicionales o médicos clásicos. Una vez se toma la decisión de asistir a algún proveedor de salud, las madres indígenas suelen incluir la visita a los dos tipos de medicina como lo hacen las mujeres de la comunidad indígena Nahuas de Texcoco (47).

Las principales causas que las cuidadoras indígenas logran reconocer para la presencia de la EDA son los aspectos relacionados con el manejo del agua, los desechos, la presencia de parásitos y la malnutrición. Las madres indígenas también incluyen como causas los síndromes de filiación cultural como el susto, el mal viento, el descuaje o la lastimadura. La literatura reporta que además del manejo inadecuado del agua, la inexistencia de un sistema de purificación del agua que ayude a superar las dificultades de acceso a la potabilización del agua constituye el peor de los males (48).

Con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la EDA en las poblaciones indígenas, se sabe que existe una mixtura proveniente del cuidado médico tradicional y el clásico. Los estudios reportan un alto porcentaje de cuidadores de niños de las comunidades indígenas que prefieren acudir al médico tradicional (The wala-sobandero) para que trate la EDA en los niños. En otros casos, se ha comprobado que las comunidades indígenas mezclan tratamientos clásicos (sales de rehidratación) con tratamientos tradicionales (infusiones de plantas, caldos de algún tipo de carne, jugos de frutas) (49). Estas mezclas de medicinas buscan obtener un tratamiento potente, rápido, al alcance, económico y en muchas ocasiones exitoso (50).

Sobre el conocimiento de las comunidades indígenas, la Unesco señaló que éstos “hacen referencia al saber y a las habilidades y filosofías que han sido desarrolladas por sociedades de larga historia de interacción con su medio ambiente. Para los pueblos indígenas, el conocimiento establece la base para la toma de decisiones en aspectos fundamentales de la vida cotidiana. Este conocimiento forma parte integral de un sistema cultural que combina la lengua, los sistemas de clasificación, las prácticas de utilización de recursos, las interacciones sociales, los rituales y la espiritualidad. Estos sistemas únicos de conocimiento son elementos importantes de la diversidad cultural mundial y son la base de un desarrollo sostenible adaptado al modo de vida local”. (48)

En ese sentido, el conocimiento de los cuidadores o madres indígenas es variable en tanto se modifica según el nivel de escolaridad. En efecto, si el nivel educativo es alto, suelen existir más conocimientos relacionados con los signos y síntomas, etiología, manejo y tratamiento con recursos que se deben emplear en estos casos; por el contrario, si el nivel educativo es bajo, los conocimientos básicos direccionan hacia los tratamientos caseros.

El conocimiento de las madres indígenas es susceptible de ser modificado, pues cuando ellas comprenden la lógica de la atención médica clásica, procuran apropiarse esos nuevos conocimientos para el bienestar de sus hijos. Ejemplo de esta situación es el estudio realizado en un centro de salud de la ciudad de Cuenca en (Ecuador), en el que se encontró que el 90% de las madres tenía un buen conocimiento sobre la EDA, luego de haber entrado en contacto con el saber del personal de salud. Estas mujeres aprenden por ejemplo a reconocer la presencia de la enfermedad en familias, resguardos y comunidades que tienen niños (36) (44). Estos hallazgos no son consecuentes con lo reportado por una investigación realizada en la población indígena Guna de la comarca de Madugandí en Panamá sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores según el cual, una de las principales problemáticas relacionadas con la infección gastrointestinal fue el elevado porcentaje de analfabetismo sobre todo en las mujeres (51). Sin embargo, el estudio refuerza la idea de que una madre bien informada es capaz de darle solución a cualquier problema de salud.

Otros estudios señalan que el limitado conocimiento no les permite a los cuidadores tener claridad sobre las implicaciones que esta enfermedad puede tener en la salud de los niños y niñas. En un estudio (46) se encontró que los cuidadores, en este caso el 75,6% de las madres indígenas, tenían una clara definición de la diarrea, mientras que la mitad de ellas creía que la principal causa de la diarrea era por el contagio con parásitos. Otro estudio (41) encontró que el 50 % de los cuidadores con un nivel de conocimientos medio, tenía mayor probabilidad de que sus hijos presentaran deshidratación, en comparación con aquellos hijos de cuidadores con un nivel de conocimiento alto. Lo anterior permite inferir que la falta de conocimientos en los cuidadores de los niños influye en el deterioro del estado de salud del niño. Ese desconocimiento puede estar ligado a varios factores como el

analfabetismo, las creencias de la comunidad y/o cuidadora y la falta de educación. Al mismo tiempo, los estudios revelan que en muchas comunidades no parece existir un buen nivel de conocimiento sobre el tratamiento inicial que se debe desplegar en el hogar frente a los cuidados y a las medidas preventivas que se debe tener presente en la enfermedad diarreica de los niños (39).

Las mujeres indígenas han aprendido además que es importante no suspender la lactancia materna para proteger y curar la EDA en los niños y empiezan a reconocer cada vez más los beneficios de las sales de rehidratación oral y su forma de preparación. De igual manera, ha resultado beneficioso para la salud de los niños la identificación de los signos de deshidratación, el tipo de alimentación que se debe ofrecer al niño (44). Inclusive las mujeres indígenas han logrado entender la afectación que la EDA puede tener sobre el estado nutricional de los niño/as indígenas al generar carencia de hierro, vitamina A y anemia, debido a la afección directa de la mucosa intestinal y sus funciones de absorción y digestión, lo que lleva además a disminuir la capacidad de aprendizaje y cognición, y daño sobre el estado general de salud del niño/a. Con todo, las cuidadoras indígenas aprenden que la desnutrición, la anemia y las parasitosis intestinales tienen convergencias clínicas (49).

Iguales resultados fueron encontrados en un estudio realizado a indígenas que asistían con regularidad a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, pues se logró evidenciar que la mayoría de las cuidadoras tenía buenos conocimientos a pesar de que una parte de la población refirió no poder determinar causa, complicaciones, establecer un tratamiento o tomar medidas preventivas.

En cuanto a las actitudes de los cuidadores se evidenció un cambio positivo de actitud cuando experimentaban un buen resultado de la medicina clásica, de manera que la mayoría refirió preocuparse ahora cuando su niño se enferma y acuden lo más pronto posible al hospital o centro de salud. Los conocimientos son la fuente primaria en el cambio de actitud frente a la enfermedad y ese cambio beneficia de manera importante la salud de los niños y niñas en las comunidades indígenas.

Con relación a las prácticas, los estudios (49) (52) señalan que un 85% de las madres cuidadoras reconocían la importancia de iniciar rehidratación oral, mientras que el 48% de ellas consideraba que la primera medida era disminuir la ingesta de alimentos grasos o legumbres. Las prácticas curativas incluían en el 25% de los casos el uso de recursos tradicionales como las infusiones de manzanilla, arándanos, papillas de guayaba, agua de arroz tostado, agua de coco, fideos blancos, caldos de pollo, queso cremoso, puré de zapallo, sopas de verduras, manzana rallada los cuales son alimentos nutritivos, livianos y astringentes, recomendados frecuentemente por los profesionales de la salud en caso de EDA. A esas preparaciones caseras algunas madres incorporan el uso del suero de rehidratación oral, aunque la mayoría de ellas no tiene un conocimiento sólido en

cuanto a preparación y administración, independientemente del nivel educativo que se tuviera (39).

En adición, los cuidadores al reconocer el rotavirus como causa principal han aprendido que la enfermedad se transmite fácilmente por el contacto con heces de niños/as enfermos, de ahí que algunas madres procuran tener medidas sanitarias adecuadas para evitar o mitigar el contagio. Dado que saben que el virus se transmite con facilidad, las madres tienen mayor cuidado al desechar pañales, con el lavado de las manos, la desinfección de objetos como juguetes y mesas para cambiar pañales o la desinfección de perillas de puertas que pueden resultar contaminadas con pequeñas cantidades de heces.

En suma, algunos gobiernos han diseñado políticas y programas de prevención de la EDA para las comunidades indígenas. Esas políticas y programas han incorporado el fortalecimiento de la lactancia materna motivando el amamantamiento en la primera hora de vida y el mantenimiento de la lactancia hasta los dos años de edad del niño/a sobre todo por cuenta de la disminución del tiempo entre gestación y parto poniendo en riesgo al niño/a, a la madre y al hijo por venir, la suplementación de la dieta con zinc y vitaminas, la vacunación contra el rotavirus, la instrucción para la preparación adecuada de soluciones de rehidratación oral, la educación en alimentación y nutrición infantil, la administración de antimicrobianos bajo prescripción médica, la concienciación de la reposición de líquidos y electrolitos.

Sin embargo, un grupo de autores plantea la necesidad de mejorar el acceso al agua potable a través del uso de estrategias sencillas como el uso de botellas con agua corriente, construcción de letrinas, prácticas de eliminación de desechos y tener al alcance el tratamiento apropiado para esta enfermedad.

Finalmente, por cuenta del conocimiento, tradición y cosmovisión diferentes entre las comunidades indígenas y los ciudadanos de occidente, es posible que surjan confrontaciones entre los dos tipos de medicina, lo que debe llevar a que los profesionales de la salud y específicamente los profesionales de enfermería comprendan que el uso de la medicina tradicional deriva de un conocimiento ancestral en el que los indígenas confían porque les ha funcionado a través de los siglos. En un estudio titulado *El problema de la discriminación contra las poblaciones indígenas* se afirma que los pueblos indígenas conservan su propia identidad étnica de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales (13), por eso, es vital valorar su conocimiento y las prácticas que poseen los cuidadores indígenas de los niños con EDA, ya que ese cuidado empírico ha sido transmitido de generación en generación y ha funcionado desde hace miles de años, de manera que en lugar de acabarlos, se precisa fortalecerlos.

De ahí que no se pueda percibir la medicina tradicional como un obstáculo para la salud de los niños y niñas, pues ésta es un recurso adicional que puede potenciar la medicina clásica. Esta comprensión por parte del personal de salud puede ayudar

a eliminar la percepción que tienen las mujeres indígenas cuando aseguran que cuando asisten a la medicina clásica lo único que encuentran es el regaño de los médicos y enfermeras.

## VI. CONCLUSIONES

1. Las comunidades indígenas conforman un sector poblacional en el que existe una alta morbilidad y mortalidad a causa de la enfermedad diarreica aguda, debido a que la mayor parte de esta población presenta inequidades sociales, es decir, condiciones de vida inadecuadas que derivan de bajo saneamiento básico, limitación al acceso de agua potable, pobre salud y educación, ingresos bajos y gobiernos con limitada oferta de políticas y programas.
2. Los principales determinantes que contribuyen a que se presente la enfermedad diarreica aguda en los niños/as de estas comunidades, se relacionan con determinantes estructurales e intermedios, es decir, determinantes que se encuentran en los contextos lejanos y cercanos de las comunidades.
3. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores, en su mayoría madres, son variados y dependen de sus experiencias positivas con la medicina tradicional y la medicina clásica.
4. Las madres son las principales cuidadoras en el grupo familiar y juegan un fundamental en el cuidado de los hijos ya que a través del aprendizaje logran enfrentar la enfermedad. Estos aprendizajes son transmitidos de generación en generación fortaleciendo los sistemas de salud.
5. En medio del pensamiento hegemónico occidental, las comunidades indígenas permanecen en situación de minoridad y discriminación lo que disminuye sus oportunidades sociales, políticas y económicas para lograr el desarrollo humano que merecen.
6. Se requiere formar a los estudiantes de las carreras de salud en comunicación intercultural y sistemas de salud para reconocer, respetar y proteger las diferentes tradiciones culturales existentes en el país y en Latinoamérica. Solo en el reconocimiento de los otros será posible garantizar los derechos de estas poblaciones.
7. Los gobiernos deben desarrollar políticas, planes y programas en beneficio de las comunidades indígenas para mejorar la salud y calidad de vida de todos y cada uno de sus miembros.
8. Las diferentes instituciones gubernamentales deben trabajar intersectorialmente por las comunidades indígenas de manera que se mantengan sus tradiciones culturales en las que se incluya la lengua nativa y su sistema de salud.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a las entidades gubernamentales, centrar su atención en las comunidades indígenas para que a través de políticas y programas protejan los saberes y prácticas ancestrales en salud.
2. Incorporar en los currículos de las carreras de la salud contenidos relacionados con comunicación intercultural.
3. Vincular a las madres cuidadoras de las comunidades indígenas en las sesiones educativas en salud, teniendo especial cuidado de producir las ayudas y recursos educativos en lengua nativa.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedad diarreica aguda. [internet]. instituto nacional de la salud.(2019 [internet] [Accessed 4 Mar. 2019]Available at: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%201.pdf>
2. Diarrea infecciosa [Internet].Rchsd.org.[Accessed 4 March 2019] Available At :<https://www.rchsd.org/health-articles/la-diarrea-infecciosa>
3. Enfermedades diarreicas [Internet]. OMS. 2017 [cited 6 March 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
4. Mitchell C. Salud en las Américas 2012 - Sistemas de salud y protección social en salud [Internet]. Paho.org. 2017 [cited 6 March 2019]. Available from: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59:health-systems-and-social-protection-in-health&Itemid=164&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=59:health-systems-and-social-protection-in-health&Itemid=164&lang=es)
5. Boletín Técnico Pobreza Monetaria Departamental [Internet]. Dane.gov.co. 2019 [cited 6 March 2019]. Available from: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2018/bt\\_pobreza\\_monetaria\\_18\\_departamentos.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf)
6. Fajardo A. conocimientos, actitudes y prácticas [Internet]. Bdigital.unal.edu.co. 2014 [cited 12 April 2019]. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/40943/1/561369.2014.pdf>
7. Sistemas de conocimientos locales e indígenas. [Internet].UNESCO. 2019 [cited 12 April 2019].Available from :<http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/priority-areas/links/related-information/what-is-local-and-indigenous-knowledge/#topPage>
8. Riechmann E, Torres J, Rodríguez M. Diarrea Aguda [Internet]. Asociación Española de Pediatría. [cited 13 May 2019]. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf)
9. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. Unicef. [cited 7 June 2019]. Available from: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
10. Fuentes C. Derecho de los niños [Internet]. Portal ICBF – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. [cited 19 August2019]. Available from: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica\\_nacional\\_de\\_infancia\\_y\\_adolescencia\\_2018\\_-\\_2030\\_0.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia_2018_-_2030_0.pdf)
11. .Ciclo de Vida [Internet]. Minsalud.gov.co. [cited 18 August 2019]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

12. Bergero T., Gómez M, Herrera A, Mayoral F., Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2000; 20(73): 127-35.
13. Naciones Unidas derechos humanos [Internet]. Ohchr.org. 2013 [cited 20 August 2019]. Available from: [https://www.ohchr.org/documents/publications/fs9rev.2\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/documents/publications/fs9rev.2_sp.pdf)
14. Naciones Unidas. [Internet]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. [cited 30 August 2019] Available from: de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales: <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/historia.html>
15. Álvarez, Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo; Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8, núm. 17, junio-diciembre, 2009, pp. 69-79; Pontificia Universidad Javeriana; disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
16. Conferencia mundial sobre los determinantes de la salud [Internet] Organización Mundial de la Salud. (2011).[cited 30 October 2019] Available from : [https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf?ua=1)
17. Determinantes e inequidades en salud [Internet] Organización Panamericana de la Salud. (2012).[cited 30 October 2019] Available from [https://www.paho.org/salud-en-las-americas2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en)
18. sistemas de conocimientos locales e indígenas c UNESCO. (2019)...[cited 30 October 2019] Available from : <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/priority-areas/links/related-information/what-is-local-and-indigenous-knowledge/#topPage>
19. La salud de los pueblos indígenas de las américas [Internet] OPS.[cited 03 October 2019] Available from <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
20. Semper F. Los derechos de los pueblos indígenas en Colombia [Internet]. Corteidh.or.cr. 2006 [cited 17 September 2019]. Available from: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R21731.pdf>
21. Pueblos Indígenas. [Internet]. Min salud. [cited 19 August 2019] Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>
22. Salud indígena y derechos humanos [Internet]. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2006 [cited 17 September 2019]. Available from:

<https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>

23. Cardona J. [Internet]. sistema médico tradicional de comunidades indígenas.[2012] [cited 18 September 2019]. Available from : <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08.pdf>
24. Comisión Interamericana de Derechos humanos. [Internet]. OEA. Los derechos de los indígenas en Colombia. [cited 20 September 2019]. Available from : <http://www.cidh.org/countryrep/Colombia93sp/cap.11.htm>
25. Zillmer, Juliana y Díaz-Medina, Blanca. Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. Journal of Nursing and Health. Vol. 8. 2018/05/14 [cited 22 January 2020]
26. Hernández S, Fernández C, Baptista L. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .México: McGraw Hill ;2014.[citado 28 NOVEMBER 2019]
27. Guirao J. Utilidad y tipos de revisión de literatura. [Internet]. 2015 [citado 2020 Mayo 06]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988348X201500020002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X201500020002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>.
28. Sánchez J. | Educación en inocuidad de alimentos: Investigación de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [cited 2 May 2020]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10493:educacion-inocuidad-alimentos-investigacion-conocimientos-actitudes-practicas-cap&Itemid=41279&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10493:educacion-inocuidad-alimentos-investigacion-conocimientos-actitudes-practicas-cap&Itemid=41279&lang=es)
29. Disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos [Internet]. Es.presidencia.gov.co. [cited 30 April 2020]. Available from: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201915%20DEL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>
30. Simoes B, Machado G, De freita .Condiciones ambientales y prevalencia de infección parasitaria en indígenas Xukuru-Kariri [internet], Revista Panamericana de Salud Pública, 2015, [cited 05 february 2020]. Available from: <https://ezproxy.uan.edu.co:2320/apps/doc/A435637252/IFME?u=uanna&sid=IFME&xid=381ce3c7>
31. Brito s, Carmo j.vila v.souza a. Características y estrategias epidemiológicas para la prevención de la enfermedad diarreica; en niños indígenas [internet] rev.enfermería clínica 2020. . [cited 05 march 2020]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.08.007>

32. Volpicelli, K., Buttenheim, AM [Internet] Los factores sociales predicen el tratamiento apropiado de la enfermedad diarreica infantil en el Perú. *Matern Child Health J* 2016.[cited 05 April 2020]. Available from: <https://ezproxy.uan.edu.co:2072/10.1007/s10995-016-2049-2>
33. Colombara D, Khalil I, Rao C, Troeger C, Forouzanfar H .Consecuencias crónicas en la salud de las infecciones entéricas agudas en el mundo en desarrollo. [internet] *The American Journal of Gastroenterology Supplements* 2016,.[cited 20 April 2020]. Available from:<https://doi.org/10.1038/ajgsup.2016.9>
34. Duarte J, Díaz F, Batista A, Duarte A, Kohara L, Giatti L; Variabilidad climática y hospitalizaciones por enfermedades diarreicas infecciosas en un municipio de la Amazonía occidental brasileña [internet] Agosto de 2019 [consultado el 24 de abril 2020]: Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802959&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802959&lng=en). Epub 05 de agosto de 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.21232017>
35. Rivero Z, Bracho A, Huerta K, González J, Uribe I. Prevalencia de coccidios y microsporidios intestinales en una comunidad indígena del estado Zulia, Venezuela. *Kasmera* [Internet]. 2013 Dic [citado 2020 Mayo 17]; 41(2): 136-144. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0075-52222013000200006&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222013000200006&lng=es).
36. Alarco J, Aguirre E, Álvarez E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2013 Feb [citado 2020 Mayo 17]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2013000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100005&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100005>.
37. León a, Ángeles m. Conocimiento de padres sobre enfermedad diarreica aguda y su asociación con deshidratación en niños menores de cinco años [Internet]. *Medigraphic.com*. 2018 [cited 1 May 2020]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af183e.pdf>
38. Díaz S, Arrieta K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afro descendientes del caribe colombiano [Internet]. *Scielo.org.co*. 2012 [cited 1 May 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a06.pdf>
39. Matta W, Ortega T. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas [Internet]. *Pesquisa.bvsalud.org*. 2014 [cited 16 February 2020]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-703852>

40. Alvarez S. Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral [Internet]. Saludpublica.mx. 2018 [cited 1 May 2020]. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6084/7113>
41. Abreu P, Ochoa M, Baracaldo H, Robles M, Naranjo A. Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico aplicado durante el periodo 2014-2015.. MÉD Fam [Internet]. 2013 Feb [citado 2020 FEB 04.] DISPONIBLE EN <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/6305/6526>
42. Colina P. Conocimientos, Actitudes y Prácticas, maternas frente a diarrea aguda [Internet]. Redi.ufasta.edu.ar. 2014 [cited 1 May 2020]. Available from: [http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/683/2014\\_n\\_011.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/683/2014_n_011.pdf?sequence=1)
43. Ospina E. Epidemiología sociocultural de los padecimientos gastrointestinales en niños y niñas del pueblo Nasa, Colombia [Internet]. Pesquisa.bvsalud.org. [cited 1 May 2020]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1003144>
44. Vizhco J, conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de cinco años que acuden al subcentro de salud barrial blanco sobre la enfermedad diarreica aguda, según la estrategia aiepi, CUENCA [internet] cobue /bibec 2016 [cited 1 March 2020]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25668/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
45. Mishra A, Seth A. Therapeutic significance and pharmacological activities of antidiarrheal medicinal plants mention in Ayurveda: A review [Internet]. Bibliomed.org. 2016 [cited 1 May 2020]. Available from: <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/55/55-1454564296.pdf?1586324610>
46. Gaviria L, Soscue D, Campo L, Cardona J, Galván-Díaz AL. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca. Rev. Fac. Nac. Salud Pública,[Internet] 2017. [cited 25 March 2020]. Available from: DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n3a09
47. Contreras O. Rascón, M. Amieva -conocimiento y prácticas en diarrea infantil [internet] Revista de Gastroenterología de México 2018 [ citado 23 de enero 2020] Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300435>
48. López F, Gil A, Carmona D, Moreno A, Jaramillo E. Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia. Med

- U.P.B.[internet]2017. [cited 29 March 2020]. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/7485>
49. Aténecio R, Perozo I, Rivero Z, Bracho A, Villalobos R, Osorio S . Detección de rotavirus y parásitos intestinales infantes menores de 5 años de edad de comunidades indígenas del Estado Zulia, Venezuela. Kasmara [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 feb23. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0075-52222016000100002&Ing=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222016000100002&Ing=es).
50. Lizarazo M. Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años [Internet]. Dialnet. 2015 [cited 23 February 2020]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5434596>
51. Griffith M, Rovira j. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en la población indígena guna de la comarca de Madungandí, Panamá [Internet]. scielo.org. 2015 [cited 23 January 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n4/v35n4a06.pdf>
52. Mites D. Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres con niños/as menores de 5 años de edad del centro de desarrollo infantil simón bolívar, ibarra [Internet]. Repositorio.utn.edu.ec. 2019 [cited 23 February 2020]. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10099/2/06%20ENF%201144%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

# ANEXOS

## Anexo 1

### Cronograma Actividades Trabajo de Grado

Actividades	Trimestres																	
	1			2			3			1			2			3		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Revisión de la literatura disponible para construcción de marco conceptual, teórico, metodológico y normativo.	█																	
Búsqueda de artículos para la revisión narrativa.		█	█	█	█													
Selección artículos para revisión narrativa a través de lectura crítica y análisis						█	█	█	█									
Construcción de matriz para organización de la información.												█	█	█	█			
Inicio fase de análisis de la información																	█	
Construcción capítulo de resultados relacionados con características de los artículos.																	█	
Construcción capítulo de resultados relacionados con determinantes sociales y conocimientos, prácticas y actitudes.																	█	█
Construcción capítulo de conclusiones																		█
Construcción capítulo recomendaciones.																		█
Revisión y entrega final del trabajo de grado.																		█



