

1113689

T117
A 939
1999

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA

*TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN
SALUD PUBLICA*

*PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS
UNIDADES DE REHIDRATACION ORAL
COMUNITARIAS EN RIO SAN JUAN.
JUNIO - AGOSTO 1998*

Autoras:

Dra. Rosa Zulema Auat
Dra. Nancy Cano Collado

Tutor:

Dr. Guillermo González

The block contains several handwritten signatures and official stamps. At the top, there is a signature that appears to be 'Rosa Zulema Auat'. Below it, there is a circular official stamp from the 'CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD' (CIES) of the 'ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA'. The stamp is partially obscured by a signature. To the right of the stamp, there is another signature. At the bottom, there is a signature that appears to be 'Guillermo González'.

MANAGUA, 7 DE ENERO 1999

RESUMEN

El estudio realizado es de tipo transversal con abordaje mayoritariamente descriptivo, cuyo objetivo general es: Conocer la percepción de las madres de niños menores de cinco años usuarias y los brigadistas responsables de las UROC's, acerca del funcionamiento de las mismas en Río San Juan en el período Junio- Agosto 1998.

Se realizó en quince Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROC) de tres municipios de Río San Juan (San Miguelito, San Carlos y El Castillo). Se entrevistaron cientooun madres de niños menores de cinco años que fueron atendidos en las unidades de rehidratación oral comunitarias, en el período Junio- Agosto de 1998 y dieciocho voluntarios responsables de UROC de las mismas comunidades,

Las diferentes variables estudiadas estuvieron relacionadas conl a caracterización socioeconómica de las madres, factores asociados al acceso, percepción de la atención recibida, relación entre voluntario y madre, actividades de promoción realizadas y percepción del voluntario.

Los principales hallazgos de este estudio fueron: todas las madres se encontraron satisfechas por los servicios brindados por la UROC en general .

La mayoría de las madres son alfabetas, cuidan a sus niños, visitan la unidad de salud y no trabajan fuera de casa.

El principal motivo de demanda de todas las madres fue el acceder gratuitamente a las SRO. La cortesía, seguridad, confianza y lenguaje utilizado por el voluntario, fueron los elementos que tuvieron más relevancia en la generación de la satisfacción expresada por las madres en el orden mencionado.

*Dejar en una SRO
página*

La mayoría de los voluntarios responsables de la UROC considera⁴ que soluciona los problemas de los niños con diarrea, que obtiene ventajas tales como respeto y mejor comunicación con la comunidad y se sienten personalmente satisfechos por el trabajo que realizan.

Mantener la labor de los auxiliares de campo y personal de salud en el abastecimiento de sales de rehidratación oral a las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, es vital para el funcionamiento de las mismas.

Agradecimientos:

Nuestra más sincera gratitud al Dr. Guillermo González por su apoyo incondicional a nuestro trabajo.

A la Lic. Aura Aragón por no escatimar de su tiempo para colaborar con el documento final.

Al equipo docente del CIES por el apoyo y rapidez en la revisión de todo el proceso de esta tesis en condiciones extraordinarias.

Karla Arosteguí en MSF- Ocotlán por su ayuda en la fase inicial de nuestro trabajo.

Emelina Espinales, Clara Maradiaga y Albertina Alvarez por su valiosa ayuda en la recolección de la información.

Dedicatoria:

A todas las madres de las comunidades que colaboraron con su testimonio en esta investigación.

Rosa Auat.

Al que sustenta con vida nuestra alma y no permite que nuestros pies resbalen.

Salmos 66- 9

A los niños nicaragüenses, en especial los de Río San Juan, mi principal motivación laboral.

A los voluntarios de salud del proyecto " SI-A- PAZ", que con su trabajo mejoran la salud de madres y niños en Río San Juan y la RAAS.

A mi Vita, mis tías: Carmen, Mercedes, Mayra, Sandra y Tita, por todo su apoyo en mi vida.

A mis hermanos Tanya y en especial Oscar, donde estén.

A mi madre, quién hubiera deseado vivir este momento.

Nancy Cano.

INDICE

Contenido	Páginas
I- INTRODUCCION	1
II- ANTECEDENTES	3
III- JUSTIFICACION	8
IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V- OBJETIVOS	10
VI- MARCO DE REFERENCIA	11
VII- DISEÑO METODOLOGICO	28
VIII- RESULTADOS	44
IX- ANALISIS DE RESULTADOS	57
X- CONCLUSIONES	61
XI- RECOMENDACIONES	64
XII- BIBLIOGRAFIA	66
XIII- ANEXOS	68

I. INTRODUCCION

En los países de Centro América con excepción de Costa Rica y como la mayoría de países en desarrollo, las enfermedades diarreicas constituyen una de las causas mas frecuentes de enfermedad y muerte en niños pequeños. Su impacto de carácter biológico, económico y social se manifiesta a través de indicadores negativos, que contribuyen a un deficiente desarrollo humano.

En Nicaragua, la enfermedad diarreica continúa siendo un problema de Salud Pública. Representando en 1996 el 23% de las muertes infantiles y un tercio de las causas de egresos pediátricos hospitalarios imponiendo una carga muy pesada sobre los servicios y el presupuesto nacional de Salud.¹

Aproximadamente el 50% de los niños con diarrea son atendidos en los establecimientos de salud, muchos casos son tratados en el hogar o bien curan sin ningún tratamiento.²

El adecuado saneamiento ambiental y la higiene personal reducen substancialmente el riesgo de transmitir patógenos entéricos. Por ello es prioritario la aplicación de los principios fundamentales del saneamiento relacionados con la disposición de heces humanas, la higiene y seguridad de los alimentos, la lactancia materna, y la disponibilidad de suministros de agua seguros.³

Uno de los elementos más importantes para evitar la mortalidad de enfermedades diarreicas es la atención oportuna y el uso de sales orales y TRO.⁴

Gracias a la simplificación del tratamiento (terapia de rehidratación oral) se puede

¹ Nicaragua, Ministerio de Salud - UNICEF, Encuesta Nacional sobre el manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar. s.c., 1996.

² Loc. Cit.

³ OPS/OMS. Pautas para el control del cólera, diálogo sobre la diarrea (35): 4-5, Londres, Marzo, 1993.

⁴ Ministerio de Salud, UNICEF, Loc. Cit.

proporcionar un tratamiento eficaz, al alcance inmediato de la mayoría de los pacientes, evitando así numerosas muertes.⁵

La Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC), es una casa de la comunidad donde un voluntario de la salud capacitado, con disponibilidad de sales de rehidratación oral (SRO), atiende gratuitamente a los niños y adultos cuando presentan diarrea y los orienta en las medidas de higiene y saneamiento para evitarla.⁶

El principal objetivo de la UROC es evitar que las personas que presentan diarrea se deshidraten y mueran.⁷

Durante el primer semestre de este año la ONG Auxilio Mundial implementó Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias en Río San Juan; para brindar a la comunidad herramientas que le permitieran tratar los casos de diarrea tempranamente. Aún no hay datos que muestren cual es la percepción de las madres y de los voluntarios responsables de las UROCs hacia esta nueva estrategia implementada.

⁵ OPS/OMS. Pautas para el control del cólera. diálogo sobre la diarrea (35): 4-5, Londres. Marzo 1993

⁶ OPS/OMS. Manual para el voluntario de salud responsable de la Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria y Saneamiento (UROCS). WA, 1992. 56 p.

⁷ Loc. Cit.

II. ANTECEDENTES

A pesar que la mortalidad infantil se logró disminuir drásticamente durante los años 80, el deterioro de las condiciones socioeconómicas a nivel familiar, el analfabetismo y las dificultades de acceso a los servicios de salud son factores que han incidido en el deterioro de los indicadores de Morbi-mortalidad infantil.

La incidencia de casos de diarrea reportados por la Encuesta Nacional de 1996 sobre el Manejo Efectivo de Casos en el Hogar fue de 19.6% y la prevalencia en las últimas 24 horas fue de 13.5%, variando considerablemente estos porcentajes en los diferentes SILAIS encuestados.⁸

La tasa de uso de Sales de Rehidratación Oral (S.R.O.) es de 48%. El uso de líquidos caseros recomendados como (L.C.R.) por el personal de salud alcanza el 24%; la tasa de uso de terapia de rehidratación oral (TRO) es de 62%; la tasa de alimentación con pecho materno continuo es 30% en el menor de 1 año de 65% y en el menor de 2 años de 42%.⁹

El 84% de los tutores respondieron que aumentaban la ingesta de líquidos durante la diarrea. Las razones por la que los tutores llevan al niño a la unidad de salud, fueron las siguientes: cuando las evacuaciones son abundantes y frecuentes (55%), cuando tienen fiebre (26%), cuando no come ni bebe (23%), cuando tiene mucha sed (13%).¹⁰

Uso de Suero de Rehidratación Oral.

Durante la encuesta se pidió a los tutores cuyos niños presentaron diarrea en las últimas 24 horas, que demostrarán los procedimientos para preparar el S.R.O

⁸ Nicaragua, Ministerio de Salud, UNICEF, Encuesta Nacional sobre el Manejo Efectivo de casos de diarrea en el hogar, s.e. 1996

⁹ Loc. Cit. s.p.

¹⁰ Loc. Cit. s.p.

encontrando que el 67% lo realiza correctamente

E95/6

Líquidos usados además de leche mater

Las infusiones representan el 50% de los líquidos que se dan a los niños en las últimas 24 horas, la lista de líquidos registrados incluye jugos de frutas, atoles, té, sopas, leche, jugos enlatados, kola shaler.¹²

En un estudio realizado en Octubre de 1996 en Río San Juan, a madres de niños menores de dos años, se encontró que el 30.1% habían tenido diarrea en las dos últimas semanas.¹³

Con respecto a la alimentación del niño durante la diarrea: el 75.6% de las madres que estaban amamantando siguieron haciéndolo con la misma frecuencia acostumbrada o más de lo usual, 67.2% le dieron al niño líquidos además de la leche materna con la misma frecuencia acostumbrada o más de lo usual y 41.4% le dieron comida sólida o blanda con la misma frecuencia acostumbrada o más que lo usual. Es interesante notar que las madres estaban más dispuestas a alimentar con igual o mayor cantidad de líquidos que con alimentos sólidos o blandos.¹⁴

Para el tratamiento del niño con diarrea, 35.9% de las mujeres encuestadas usaron por lo menos una terapia de rehidratación oral.

La primera estrategia utilizada por el Ministerio de Salud, fue la creación de las Unidades de Rehidratación Oral (URO), a través de ellas fue posible inculcar a la madre un elemento que no existía en la cotidianeidad del manejo de los casos de diarrea en general.

A pesar que las URO no eran en su inicio de satisfacción para la madre, por el

¹¹ Nicaragua, Ministerio de Salud, UNICEF, Encuesta Nacional sobre el Manejo Efectivo de casos de diarrea en el hogar, s.c. 1996

¹² Loc. Cit. s.p.

¹³ Auxilio Mundial, Nicaragua, Encuesta de base, Proyecto de Supervivencia Infantil, Octubre, 1996

¹⁴ Loc. Cit.

tiempo que implica permanecer en ella hasta la rehidratación del niño, fue con la llegada del Cólera al país que tomó mayor auge el uso del suero oral.

Según la Encuesta Nacional de 1996, sólo el 53% de los niños con diarrea tuvieron relación con el sistema de salud. De los cuales el 60% fue captado en las URO. Esto refleja que casi la mitad de los niños con diarrea no son manejados institucionalmente, lo que refuerza la estrategia de fortalecer las UROs comunitarias.¹⁵

Una estrategia más reciente utilizada por el Ministerio de Salud es la creación y fortalecimiento de las Casas Base a nivel comunitario, donde la madre puede contar en su comunidad con sales de rehidratación oral disponibles en la casa base, para administrarlas tempranamente en caso de presentar diarrea.

Entre febrero de 1991 y mayo de 1992 se realizó una intervención en siete municipios del occidente del país que tuvo por fin mejorar el uso de las sales de rehidratación oral y reducir la mortalidad por diarrea en niños menores de un año, el método utilizado fue el de un estudio experimental entre dos poblaciones separadas predominantemente rurales.

La intervención se orientó a familias con niños menores de un año y consistió en:

- a) educación casa por casa, acompañado de entrega de material impreso.
- b) entrega casa por casa de sobres de sales de rehidratación oral.
- c) Establecimiento de Unidades de Rehidratación Oral comunales.

Todas estas actividades fueron desarrolladas fundamentalmente por personal voluntario.¹⁶

¹⁵ Nicaragua. Ministerio de Salud, UNICEF. Encuesta Nacional sobre el manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar. s.c. 1996

¹⁶ Nicaragua. UNAN, LEON, Ministerio de Salud, Movimiento Comunal. Valoración de una intervención destinada a mejorar el uso de las sales de rehidratación oral al reducir la mortalidad infantil por diarrea, s.c. 1993.

La mortalidad por Enfermedad Diarréica Aguda, ocupa el primer lugar en el SILAIS Río San Juan, entre los más afectados están los niños menores de dos años, siendo la principal causa de muerte la deshidratación, ésto causado por el insuficiente e inadecuado uso de la terapia de rehidratación oral.¹⁷

Río San Juan se caracteriza por tener una red de servicios de salud que cuenta con un hospital departamental, siete centros de salud, veintiséis puestos de salud para atender a una población de cincuenta y seis mil habitantes.¹⁸

La mayoría de la población vive en áreas consideradas extremadamente rurales y más del cincuenta por ciento de la población tiene dificultades para acceder a una unidad de salud, presentándose comunidades que distan hasta seis horas a pie de la unidad de salud más cercana.¹⁹

Por las dificultades de accesibilidad a las unidades de salud, la organización no gubernamental Auxilio Mundial decidió iniciar la estrategia de implementar Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias en las comunidades de más difícil acceso y capacitar a los voluntarios de salud para el manejo de las mismas.²⁰

La capacitación incluyó la evaluación del paciente con diarrea, tratamiento en la UROC de los casos de deshidratación, o su transferencia si fuese necesario.²¹

Se equipó a cada UROC del siguiente material: un pichel plástico, una ollita de aluminio, cuchara para remover las SRO, dos tazas plásticas, jabones, toallas, un afiche para evaluar el estado de deshidratación del paciente y hojas de expediente para registrar los casos atendidos.²²

El criterio más importante para establecer una unidad de rehidratación oral

¹⁷ Nicaragua, Ministerio de Salud - SILAIS RSJ, Informe Nonestral Vigilancia Epidemiológica. 1998

¹⁸ Auxilio Mundial Nicaragua, Plan Detallado de Implementación, Febrero, 1997.

¹⁹ Loc. Cit.

²⁰ Loc. Cit.

²¹ Loc. Cit.

²² Loc. Cit.

comunitaria fue la inaccesibilidad geográfica a las unidades de salud.²³

Los brigadistas de salud o la persona encargada de la UROC, debe registrar a cada paciente que solicita los servicios de la UROC, cada niño en este caso tiene una hoja de expediente en donde se registra el número de veces que ha solicitado atención del voluntario y el diagnóstico que presentó en cada ocasión de acuerdo a la evaluación realizada por el brigadista según el afiche.²⁴

El voluntario de salud reporta cada mes el número de casos atendidos al promotor de salud y al puesto de salud más cercano, cada trimestre se realiza una discusión en los puestos de salud, entre los voluntarios, el personal del Ministerio de Salud y personal de la ONG, para discutir los casos que se han presentado en la comunidad y tomar medidas pertinentes para disminuirlos.²⁵

Esta información es anexada a los reportes de vigilancia epidemiológica de la unidad de salud y posteriormente reportados al SILAIS.

La evaluación de los cambios o impacto que esta estrategia ha tenido en la comunidad, madres, en los voluntarios responsables de las UROCs y en la mortalidad por diarrea aún no ha sido evaluada.

²³ Auxilio Mundial Nicaragua. Plan Detallado de Implementación. Febrero. 1997.

²⁴ Loc. Cit.

²⁵ Loc. Cit.

III. JUSTIFICACION

Las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias son necesarias principalmente en las regiones donde las comunidades por las mismas condiciones geográficas tienen acceso limitado a ellas y al personal de salud, siendo en este caso un recurso prioritario de los voluntarios de salud para el manejo temprano de los niños con diarrea, prevenir la deshidratación o evitar las complicaciones de ella.

La experiencia internacional demuestra que esta experiencia enfrenta diversos problemas de accesibilidad cultural y geográfica como dispersión de la población, condiciones ambientales adversas y a pesar de tratarse de una buena estrategia es necesario saber que sucede en la población cuando la misma se implementa.

Conocer la percepción de las madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROCs y la de los voluntarios responsables de las mismas, nos permitirá mejorar las dificultades que actualmente se estén presentando en el desarrollo de esta estrategia, potenciar su efecto y brindar a la comunidad herramientas sostenibles para disminuir los efectos de la enfermedad diarreica en los infantes de Río San Juan.

Río San Juan se caracteriza por ser una zona tropical, húmeda y calurosa, cuenta con numerosos ríos que en el período de lluvias interrumpen la comunicación entre las aldeas dificultando el acceso a las unidades de salud del Ministerio de Salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CUAL ES LA PERCEPCION DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS USUARIAS DE LAS UNIDADES DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIAS (UROC) Y DE LOS BRIGADISTAS RESPONSABLES DE LAS MISMAS ACERCA DEL ROL QUE CUMPLEN ESTAS EN LAS ZONAS RURALES DE RIO SAN JUAN , EN EL PERIODO EN QUE SE MANIFIESTAN LOS BROTES DE DIARREA.?

V.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de las madres de niños menores de cinco años usuarias y los brigadistas responsables de las UROCs, acerca del funcionamiento de las mismas en Río San Juan en el período Junio - Agosto 1998.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a las usuarias por sus condiciones socioeconómicas.
- Identificar los factores asociados al acceso de las usuarias a las UROCs.
- Conocer la percepción de las usuarias en relación a la atención recibida en las UROCs.
- Determinar el tipo de relación existente entre los proveedores y las usuarias de las UROCs.
- Identificar las actividades de promoción que se realizan desde las UROCs
- Conocer la percepción de los voluntarios responsables de las UROCs sobre el uso que hacen las madres.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Una de las características del hombre es su capacidad de cuestionar su saber, duda de sus percepciones y sobre todo, de la certeza de sus nociones y conceptos. No se trata de la posición cartesiana, sino de una actitud totalmente existencial que le mueve a ir constantemente mas allá de las apariencias, de esas apariencias que, con demasiada frecuencia no hace más que ocultar lo que en verdad es en sí misma la cosa.

EL SABER Y LO CUALITATIVO

Existen muchos niveles de conocimiento tanto en extensión como en comprensión. Desde el saber común, vulgar, hasta aquel que pretende llegar a la comprensión del objeto en sí mismo, en lo que realmente es y lo compone, que caracteriza al conocimiento científico.

Pero aún cuando se trate del saber común y superficial siempre hará falta un tipo de estrategia, de forma que permita el abordaje del objeto de conocimiento. Se trata de la metodología que está en relación tanto con el modo de conocer, como con el objeto mismo del conocimiento.

La metodología cualitativa se presenta de manera organizada y como una auténtica metodología del conocimiento con los trabajos de la escuela sociológica de Chicago ya en la primera década del siglo y sobre todo a partir de 1940.

La metodología designa dos aspectos del conocimiento: a) el modo en que enfocamos las diferentes circunstancias y problemas de la cotidianidad, b) la manera de acceder al conocimiento de ese saber por parte de un tercero denominado investigador.

En general para los investigadores la metodología cualitativa resulta ser la mejor, y a veces la única alternativa válida para abordar los fenómenos sociales.

LA METODOLOGIA CUALITATIVA

Se entiende por cualitativa a aquella investigación que provee un conocimiento descriptivo del objeto logrado mediante a) el análisis de los discursos originados a través de las propias palabras de las personas investigadas ya sean habladas o escritas y b) de la observación de sus actividades.

Por lo mismo es algo más que una serie de técnicas para recoger datos y presentarlos. Antes que nada, es un modo de encarar el mundo empírico.

CARACTERISTICAS GENERALES

1. Es Inductiva.

El investigador desarrolla conceptos y nociones que permiten la intelección del fenómeno partiendo de los datos obtenidos. Por esta razón el diseño que es un instrumento indispensable, no es rígido sino flexible en el cual no cuentan más las hipótesis que lo obtenido, cuanto que éstas no suelen plantearse.

2. Es Holística.

Para el investigador las personas, los escenarios, los grupos, etc. conforman un todo interrelacionado. Cada sujeto esta formando parte de una estructura eminentemente móvil, cambiante. La persona cuenta también con su pasado en las situaciones en las que se encuentra en el presente igual que su posición frente al futuro.

El espacio y el tiempo representan categorías definitorias de los acontecimientos, pero también la historicidad que construye el sujeto en la relación con los otros y los fenómenos. Si hay un cambio constante, éste se da en un fondo de permanencia que sostiene la identidad.

3. El investigador no es intrusivo.

Desde esta perspectiva, no pueden menos de ser tomados en cuenta aquellos cambios que puedan producirse en la interrelación entre el investigador y el investigado. Es decir el investigador actúa de forma natural y no intrusiva. Porque trata de no desentonar con lo que acontece en el escenario que investiga.

4. Se comprende a las personas dentro de su medio.

Para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan. Se produce una especie de identificación con las personas que se estudia para así tratar de comprender como ven las cosas y los fenómenos. De esta manera se evita “subjetivismo” que con frecuencia aparece en el proceso de interpretación de los investigadores llamados objetivos, es decir, aquellos que ponen distancia entre ellos y lo que investigan.

5. Las investigaciones cualitativas son humanistas

Se pretende conocer a los sujetos en lo personal, lo que ellos sienten y experimentan en la lucha frente a la cotidianidad. El investigador aprehende y aprende los nuevos conceptos de belleza, de bondad, de mal, de pobreza, de frustración que circulan en un medio determinado y que puede diferir con las categorías personales.

6. Se insiste en la validez de la investigación.

Mientras que los investigadores cualitativos insisten en la validez, los cuantitativos se preocupan en la confiabilidad, como dice Dutschler, a la confiabilidad se le ha atribuido una importancia excesiva en la investigación social.

“ Nos concentramos en la coherencia sin preocuparnos mucho si estamos en lo correcto o no. Como consecuencia, tal vez hallamos aprendido una enormidad sobre la manera de seguir un curso incorrecto con un máximo de precisión.

Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista e informal. Todo lo contrario, es una investigación sistemática, ejecutada con procedimientos metódicos, aunque no necesariamente estandarizados o inflexibles.

REFERENCIA TEORICA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA

1- La interacción simbólica.

En términos generales, la visión fenomenológica de lo social soporta el ejercicio de la investigación cualitativa. Es decir todo lo que las personas piensan, dicen o hacen depende del modo como definen su mundo personal y el que les rodea. En otras palabras, las personas y los grupos realizan una interpretación de su mundo con el que se relacionan en base a un sistema de representaciones. La investigación cualitativa se dedica a aprehender este proceso de interpretación y sus representaciones.

Se da, pues una interacción simbólica entre el sujeto y el mundo que se fundamenta en los siguientes principios:

a-. Las personas actúan sobre las cosas en base a los significados que estas tienen para ellos.

b-. Estos significados surgen de la interacción social que cada uno tiene con los demás.

Esto es, una persona aprende de las otras personas a ver el mundo.

c-. Estos significados se organizan y modifican por medio de un proceso de interpretación que realizan las personas al tratar con las cosas.

2.- El código de las representaciones.

Las definiciones e interpretaciones conforman en cada sujeto un sistema de representaciones mentales de las cosas, del mundo que le rodea y de las personas tanto como de los valores y creencias que circulan en el medio.

Las representaciones son, pues, las ideas que las personas poseen de los objetos, las formas de conocimiento que poseen, tanto desde lo subjetivo como desde lo colectivo.

La metodología cualitativa consiste, primero en captar, registrar estas representaciones y luego en analizarlas.

3.- Una consideración básica.

Una consideración básica guía el trabajo en la investigación cualitativa:

Los significados de las acciones son siempre problemáticos a causa de su ambigüedad. La tarea del investigador consiste, pues, en examinar cómo las personas aplican las reglas culturales (que son abstractas) y su sentido común en una situación concreta de tal manera que las acciones parezcan rutinarias comunes y carentes de ambigüedad.²⁶

LA OBSERVACION CIENTIFICA SOCIOLOGICA

En el campo de la sociología, al igual que en cualquier otro campo científico, las observaciones científicas están sometidas a una serie de condicionamientos. Galtung ha señalado tres principios que ha de satisfacer toda observación científica:

- a) el principio de la intrasubjetividad o fiabilidad, que hace referencia a que la observación repetida de las mismas respuesta por el mismo observador debe producir los mismos datos.
- b) el principio de la intersubjetividad, que se refiere a que la observación repetida de las mismas respuestas por parte de diferentes observadores debe producir los mismos datos.
- c) el principio de la validez que destaca el hecho de que los datos deben obtenerse de tal manera que se puedan realizar inferencias legítimas desde el nivel manifiesto al nivel latente. En realidad, los principios de fiabilidad y validez son de aplicación universal a toda actividad científica que implique operacionalización de conceptos y medidas de atributos.

²⁶ Tenorio Ambrossi, R. La Investigación Cualitativa. Managua, Nicaragua. FENUAP, 1993.

La existencia de realidades sociales más allá de la voluntad individual, es lo que permite que siga vigente otra regla relacionada con la relación de los hechos sociales que enunciara hace casi un siglo Durkheim: “Cuando el sociólogo se propone explorar un orden cualquiera de hechos sociales, debe esforzarse por abórdalos desde un ángulo en que se presenten aislados de sus manifestaciones individuales.”²⁷

NECESIDADES DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS CUALITATIVO

La profundidad y la inversión en el análisis cualitativo deberán ser ajustadas según las necesidades de información.

Las informaciones que se refieren a los recursos, la administración o los procesos del programa:

- Podrán provenir de entrevistas realizadas de un número relativamente limitado de gerentes o actores - claves.
- Podrán exigir un análisis más rápido, menos intenso.

Informaciones referidas a los efectos del programa o las experiencias de los clientes del programa:

- Podrán provenir de entrevistas o de otras fuentes de datos dirigida a un número relativamente grande de clientes del programa.
- Podrán exigir un análisis más intenso, más profundo.²⁸

CONCEPTOS DE ACCESO:

La posibilidad de acceso al sistema depende de las características de la población (por ejemplo, el nivel de ingreso familiar, la cobertura de seguro médico, actitudes respecto a la atención médica) o bien de las características del sistema de prestación (por ejemplo, la distribución y organización de los

²⁷ García Fernando. M.; San Martín, R., La Observación Científica y la obtención de datos sociológicos. s.n.t.

recursos humanos y de los servicios), tasas de utilización y los niveles de conformidad con el mismo.²⁹

“Acceso” a los servicios también puede significar que éstos se encuentran disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y que la forma de ingreso al sistema resulta clara.³⁰

INDICADORES DEL ACCESO.

Según Donabedian y otros, “acceso” significa ingreso al sistema de atención de salud. Las distintas características del sistema y de la población pueden determinar la posibilidad de ingreso al mismo o no, pero la prueba del acceso entre sí no consiste en la disponibilidad de los servicios y recursos sino el hecho de que los servicios sean utilizados por quienes los necesitan.³¹

DIARREA Y TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL.

Las enfermedades prevalentes de la infancia son responsables del 60% de las muertes infantiles en los países de América Latina. Dentro de este grupo de enfermedades las que producen mayor mortalidad son: las neumonías y la enfermedad diarreica.³²

En Nicaragua el grupo de enfermedades prevalentes son responsables del 80% de la mortalidad infantil y dentro de ellas la enfermedad diarreica es responsable del 55% de las muertes infantiles.³³

La mitad de las muertes causadas por diarrea se deben a deshidratación. En

²⁸ CIES/UNAN, Método de Análisis de Datos Cualitativos en Salud, Managua, 1997.

²⁹ Aday y Andersen, R. Marco Teórico-Práctico para el estudio al acceso a la atención médica, White Kerr, p.p. 604-613.

³⁰ Loc. Cit.

³¹ Loc. Cit.

³² OPS, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en las Américas. Bol. Epidemiológico .19 (1: Marzo, 1998).

³³ Loc. Cit.

la mayoría de los casos es posible prevenirla aumentando la cantidad de líquidos que se dan junto con la alimentación continúa en el hogar y tratando la deshidratación con sales de rehidratación oral.

Hace alrededor de 25 años se descubrió que una sencilla solución de agua, sales y glucosa podría salvar la vida de millones de niños en los países en desarrollo. La revista médica *The Lancet* comentó que el descubrimiento de la terapia de rehidratación oral (TRO), para el tratamiento de la deshidratación causada por diarrea era el avance médico potencialmente más importante del siglo.³⁴

A diferencia de muchas soluciones médicas a los problemas de salud, la TRO tiene la ventaja de ser de bajo costo, sencilla y de eficacia comprobada.³⁵

Se calcula que dos tercios de la población mundial tiene acceso a los sobres de SRO.³⁶

Se sabe que la atención precoz en el hogar es un elemento esencial para el tratamiento exitoso de la diarrea. El énfasis actualmente debe darse a la educación de la madre, para que ésta sepa que debe aumentar la cantidad de líquidos que el niño toma usualmente en cuanto comienza la diarrea y que debe continuar alimentándolo.³⁷

Estas dos medidas pueden asegurar que noventa por ciento de todos los casos de diarrea aguda se traten con éxito en el hogar sin necesidad de consultar un establecimiento de salud.³⁸

“Ventajas de la TRO”.

La TRO es sencilla, segura y barata.

³⁴ ARHTAG, *Terapia de Rehidratación Oral la Solución Salvadora, diálogo sobre la diarrea*, (45: I Londres, Septiembre - Diciembre, 1993.

³⁵ Loc. Cit. p. 1

³⁶ Loc. Cit. p. 1

³⁷ Loc. Cit. p. 1

³⁸ Loc. Cit. p. 1

La rehidratación oral es menos alarmante para los padres de familia y les permite participar activamente en el tratamiento.

El niño tiene mayor movilidad cuando no está conectado a un sistema de goteo endovenoso y el personal no está ansioso que pueda perderse la vena. No tiene la boca seca y puede ser estimulado a comer normalmente. Aunque este método de rehidratación exige más trabajo del personal, el tiempo necesario para la rehidratación y recuperación es mucho menor.

Además la TRO disminuye la pérdida de peso de los niños y causa menos preocupación a los padres, reduce la estadía en el hospital y reduce los costos de tratamiento.³⁹

La TRO debería comenzarse en cuanto se inicia un episodio de diarrea para prevenir la deshidratación. Cualquier demora puede empeorar la condición del niño. Un niño deshidratado generalmente está sediento y beberá el líquido de rehidratación con facilidad.

Los líquidos de rehidratación pueden darse con una cucharilla (o con una taza) o con un gotero plástico.

No deben usarse biberones debido ya que es difícil lavarlos y si beben muy rápido, pueden vomitar.

Tener paciencia y ser persistente cuando se dé el líquido. Generalmente si un niño rehusa beber es porque ya recibió una cantidad suficiente de líquido.”

La cantidad de líquido que se da a beber debe ser aproximadamente la misma cantidad que se ha perdido por los vómitos y evacuaciones diarreicas. Sin embargo, no siempre será posible medir con precisión el volumen

³⁹ Candy, C. La TRO en la práctica, punto de vista de las enfermeras, diálogo sobre la diarrea (34): 6. Londres, Diciembre, 1990.

perdido, por lo tanto, las pautas son:

- un niño menor de un año de edad debe recibir alrededor de 50 a 100 ml de líquido de rehidratación después de cada evacuación líquida.
- niños mayores necesitarán 100 a 200 ml (1/2 a 1 taza).
- niños mayores de diez años y adultos pueden beber tanto cuanto deseen.

Si un bebé está lactando, se mantiene la lactancia intercalándola con el líquido de rehidratación.

Es importante enfatizar la necesidad que los niños tomen líquido de rehidratación en mayor cantidad que los que toman usualmente. Debe advertirse a la madre que dando pocos sorbos no es suficiente, las cantidades descritas más arriba deben mantenerse hasta que el niño no tenga más diarrea.

Si el niño tiene muchas evacuaciones líquidas y vómitos repetidos, tiene mucha sed o está comiendo o bebiendo poco, debería llevarse al centro de salud más cercano. Así mismo, debe llevarse al centro de salud al niño si tiene fiebre o evacuaciones con sangre.⁴⁰

“No debe suspenderse la TRO si el niño está vomitando .Al contrario, la madre debe esperar cinco a diez minutos y reanudar la administración de la solución con mayor lentitud, una cucharilla cada minuto, si no vomitan más se aumenta la frecuencia.”⁴¹

Los líquidos a base de cereales, como el agua de arroz, figuran entre los líquidos caseros indicados para la terapia en el hogar para prevenir la deshidratación durante un episodio de diarrea. Deben usarse líquidos que no

⁴⁰ Alam, A.N. Pautas Útiles para administrar la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) en el Hogar. Diálogo sobre la diarrea. (45): 2, Londres. Septiembre - Diciembre, 1993.

⁴¹ Loc. Cit. p.2

reemplacen un alimento.⁴²

“Los niños deberían recibir cantidades suficientes de otros líquidos que no contengan sal, como ser agua pura, agua de cocos verdes, té y jugos de fruta natural sin azúcar.

Es importante que los líquidos que se recomiendan se encuentren habitualmente disponibles en los hogares y que las madres los consideren adecuados para el tratamiento de la diarrea.

Deberán evitarse las bebidas que contengan azúcar como las bebidas gaseosas o refrescos, o estimulantes como el café, debido a la osmolaridad de las mismas.

“Las madres buscan ávidamente una cura rápida, pero la TRO toma tiempo y paciencia para administrarla y en sí no suspende la diarrea. Ha sido muy útil descubrir que es más probable que las madres usen la TRO cuando los niños manifiestan síntomas graves específicos - evacuaciones frecuentes y líquidas, vómitos, desasosiego y pérdida de apetito que para una diarrea simple. Los niños con estos síntomas corren un alto riesgo de muerte por deshidratación”.⁴³

“El momento más oportuno para enseñar a una madre cómo dar la TRO es cuando lleva al niño al centro de salud para tratamiento de un episodio de diarrea. Es importante demostrarle a la madre el método correcto para preparar y administrar el líquido. Primero muestre cómo dar la TRO y estímulela a que lo haga ella misma, estando un trabajador de salud presente para aconsejarla. Tómese el tiempo necesario para explicarle la necesidad de dar líquidos en abundancia y averigüe qué líquidos podría preparar en el hogar”.

⁴² Alam, A.N. Pautas Útiles para administrar la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) en el Hogar. Diálogo sobre la diarrea. (45): 2. Londres, Septiembre - Diciembre, 1993.

Posteriormente sugiera los líquidos que son especialmente útiles para la TRO en el hogar.⁴³

“La terapia de rehidratación oral TRO debe ser siempre la primera forma de tratamiento de la diarrea aguda. La administración de líquidos preparados correctamente por vía oral en cantidad suficiente previene o cura la deshidratación causada por la diarrea .

Anualmente se salva la vida de millones de niños pequeños de las zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo, gracias a la propaganda de la práctica de la TRO por medio de programas locales, nacionales e internacionales de control de las enfermedades diarreicas.⁴⁵

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LA DIARREA EN LOS SISTEMAS DE SALUD.

“En los países en donde se están ejecutando procesos de descentralización de los servicios de salud, se han definido políticas de desarrollo de los SILOS.

En un SILO debe existir una operacionalización adecuada de los sistemas de referencia y contrarreferencia y deben consolidarse los procesos de conducción y programación local.

Bajo estas condiciones, es de prever que con la implantación de las estrategias de Control de Enfermedad Diarreica (CED), junto con las de salud materno infantil, en los SILOS se logrará un mayor impacto que cuando éstas se implantan desde el nivel central. Para tener éxito en la

⁴³ Hirschorn, N., Mirando al Futuro, diálogo sobre la diarrea (44):1 Londres, Junio, 1993.

⁴⁴ Alam, A.N., Pautas Útiles para administrar la terapia de rehidratación oral (TRO) en el Hogar, diálogo sobre la diarrea (45):2. Londres, Septiembre - Diciembre, 1993.

instrumentación de las actividades de CED se recomiendan las siguientes estrategias:

Aumentar el acceso de la población a las sales de rehidratación oral y aumentar el número de proveedores de éstas.

Organizar unidades de rehidratación oral en los establecimientos de salud y en la comunidad.

Enseñar a la población las medidas de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas.

Capacitar al personal de salud formal e informalmente en las estrategias de CED.

Unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC).

Estas últimas se instalan en hogares de la comunidad y son manejadas por madres voluntarias que aconsejan y enseñan a otras madres a tratar adecuadamente al niño con diarrea. Permiten la captación precoz de los niños enfermos para tratarlos oportunamente con el fin de prevenir la deshidratación y refieren a establecimientos de salud a los niños que necesitan ser rehidratados.⁴⁵

“La ventajas de tener una UROC en la comunidad son las siguientes:

- Las UROC trabajan en coordinación con el establecimiento de salud mas cercano.
- Las UROC son atendidas por personas capacitadas, serias, responsables y comprometidas con su comunidad.

⁴⁵ ARHTAG, La Diarrea y los niños de las zonas urbanas, diálogo sobre la diarrea (31): 2, Londres, Marzo, 1990

⁴⁶ Loc. Cit.

- Las UROC están localizadas en el mismo vecindario.
- Las UROC están **disponibles** en forma permanente (durante las 24 horas).
- Las UROC ofrecen atención gratuita al paciente con diarrea y enseñan como evitar nuevos episodios de diarrea.
- Las UROC son un recurso propio de la comunidad que todos debemos apoyar.⁴⁷

“Estas unidades han mostrado ser muy eficaces, ya que permiten no sólo dar el tratamiento inicial, si no que también logran que se establezca comunicación voluntaria - madres, que asegura el seguimiento de los casos, orienta a las madres en las medidas de prevención de la diarrea y controla el crecimiento y desarrollo de los niños. Asimismo, ayuda a las familias a usar racionalmente los recursos disponibles para la atención y prevención de las enfermedades diarreicas.”⁴⁸

OBJETIVOS DE LA UROC:

- ❖ Ofrecer a las familias un lugar seguro y cercano a sus viviendas, para la atención de los pacientes con diarrea.
- ❖ Enseñar a las madres sobre la importancia de continuar la lactancia materna cuando el niño presenta diarrea.
- ❖ Enseñar a las madres y familiares que desde que comienza la diarrea deben aumentar la cantidad de líquidos caseros, para evitar la deshidratación.

⁴⁷ OPS/OMS. Manual para el voluntario de salud responsable de la unidad de rehidratación oral comunitaria y saneamiento (UROCS). Washington. 1992. 56 p.

- ❖ Enseñar a las madres y familiares que deben seguir dando al paciente la alimentación corriente.
- ❖ Enseñar a las madres y familiares a reconocer a tiempo las señales de deshidratación y cuándo buscar ayuda fuera del hogar.
- ❖ Enseñar a las madres y familiares la preparación y uso correcto del suero oral preparado con las sales de rehidratación oral.
- ❖ Enseñar que sólo deben usar antibióticos cuando están indicados.
- ❖ Enseñar cómo evitar las enfermedades diarreicas, con medidas de saneamiento e higiene en el hogar.
- ❖ Enseñar a las madres la importancia de dar al niño lactancia materna para prevenir la diarrea.
- ❖ Enseñar a las madres la importancia de vacunar a los niños contra el sarampión por que ayuda a evitar la diarrea y la importancia de administrar las otras vacunas.
- ❖ Las UROC integran a la familia, la comunidad y los servicios de salud.⁴⁹

⁴⁸ ARHTAG. Servicios Locales de Salud: Adaptación de las intervenciones de control en las enfermedades diarreicas en servicios locales de salud. (SILOS). Diálogo sobre la diarrea (34): 7, Londres, Diciembre, 1990.

⁴⁹ OPS/OMS, Manual para el voluntario de salud responsable de la unidad de rehidratación oral comunitaria y saneamiento (UROCS), Washington, 1992. 56 p.

RED DE DISTRIBUCION DE SALES DE REHIDRATAACION ORAL (SRO).

“Una de las estrategias para evitar la deshidratación debida a diarrea en la población de niños menores de cinco años es mejorar el acceso a las SRO.

Para tal fin en una Unidad Regional de Salud de Zarzal del Departamento del Valle, Colombia, se estableció una red de distribuidores de SRO a través de dueños de tiendas, madres y hogares de la comunidad.

Las personas designadas como proveedores, fueron previamente capacitadas por el equipo del hospital y la promotora de salud, con el fin de orientar adecuadamente a la población sobre el manejo de la diarrea en el hogar y la conducta que se debe seguir en caso de que el niño empeore.

Los sitios de distribución de SRO fueron escogidos por los promotores de salud tanto urbanos como rurales.

Todos los viernes en la mañana los promotores visitan a los proveedores, recogen el informe de la semana y distribuyen las SRO.

Se establecieron 59 puestos de distribución de SRO en el área urbana y 240 puestos en el área rural. La distancia entre los puestos es de unas dos cuadras, o 5 - 10 minutos caminando. Cada promotor está a cargo de un promedio de 12 puestos que sirven a alrededor de 500 familias, los promotores son supervisados por la enfermera jefe de la unidad regional.

Gracias a esta estrategia han disminuido las complicaciones, hospitalizaciones y las muertes por enfermedades diarreicas y se garantiza el acceso a las SRO en toda la población.⁵⁰

⁵⁰ Cruz, M., Unidad Regional de Salud de Zarzal del Valle, Colombia, Hospital Regional San Rafael: Red de Distribución de (SRO) una de las estrategias para evitar la deshidratación debida a diarrea en la población de

“Es por la tanto evidente, que sólo informar a las personas sobre la simplicidad de la aplicación de la TRO y de su impacto beneficioso en la sobrevivencia infantil no es suficiente.

Tampoco es suficiente que las sales de rehidratación oral (SRO) estén ampliamente disponibles. Deben estar disponibles en el nivel operativo y usarse correctamente.⁵¹

niños menores de 5 años, es mejorar el acceso a SRO, Diálogo sobre la diarrea (34):2, Londres, Diciembre, 1990

⁵¹ ARHTAG, Informar, Demostrar y Ejecutar, Diálogo sobre la diarrea, (37):1, Londres, Septiembre, 1991.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio fue de tipo transversal, con abordaje mayoritariamente descriptivo, sobre el funcionamiento de las UROCs en Río San Juan.

Teniendo en cuenta que existen dos áreas del país donde actualmente se está desarrollando esta estrategia, una en Nueva Segovia con ADRA y otra en Río San Juan con World Relief Nicaragua, hemos tomado la zona de Río San Juan a conveniencia de las investigadoras.

UNIVERSO

El universo de este estudio, estuvo constituido por las madres de niños menores de cinco años usuarias de los servicios de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias implementadas por la ONG Auxilio Mundial durante el primer semestre de 1998 en las comunidades de los municipios de Río San Juan y los voluntarios responsables de las mismas.

Las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias suman un total de 60 ubicadas en diferentes comunidades, las cuales fueron escogidas bajo el criterio de dificultad de acceso de la comunidad a la unidad de salud más cercana (en su mayoría distan a dos horas a pie o más de la unidad de salud más cercana), según puede verse en el mapa. (anexo2.a)

El total de madres usuarias atendidas durante el período junio - agosto 1998 sumo un total de 200 y los voluntarios responsables corresponden a 60, uno por cada Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria.

Las unidades de observación fueron entonces las madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROCs en el periodo junio - agosto de 1998 y los voluntarios responsables de las mismas que brindaron servicios en ese período.

MUESTRA

Se utilizó el paquete de Epi-info versión 6.04. La muestra calculada por statcalc correspondía a 92 madres para un 99% de confianza, teniendo en cuenta 200 ingresos a las UROCs (N) y un 30% de referencia de posibles atenciones inadecuadas con un valor más alejado esperado de 10% (e).

Esta muestra fue extraída de las UROCs que atendieron casos de niños menores de cinco años con diarrea, en el período comprendido entre junio y agosto de 1998, contando con la fecha en que se realiza la entrevista debido al posible sesgo de memoria.

La muestra correspondió a ciento un (101) madres de niños menores de cinco años de edad y dieciocho (18) voluntarios responsables de Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias de las mismas comunidades donde fueron entrevistadas las madres.

Esta muestra fue seleccionada bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Madres de niños menores de cinco años que fueron atendidas en una UROC y voluntarios que residen en comunidades donde se atendieron casos de diarrea en el período Junio- Agosto de 1998.

Las madres y voluntarios que desearon colaborar respondiendo a la entrevista.

Criterios de exclusión:

Madres de niños menores de cinco años que fueron atendidas en la UROC en un período diferente a Junio- Agosto de 1998.

Madres y voluntarios que no desearon colaborar con la entrevista.

Adultos atendidos en la UROC.

FUENTES DE INFORMACION

Estuvieron constituidas por:

- Las madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROCs.
- Expedientes de niños atendidos en las UROCs para corroborar si el niño fue atendido o no y para ubicar los casos.
- Voluntarios responsables de las UROCs.

La información fue recolectada por tres encuestadoras, con nivel educativo de secundaria, con experiencia previa en recolección de información bajo la supervisión de las autoras.

METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se obtuvo la información a través de entrevistas utilizando un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas.

Se proporcionaron formularios de dos categorías:

1. Cuestionario de entrevista para madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROCs en el periodo junio - agosto 1998. (anexo 2.b).
2. Cuestionario de entrevista para el voluntario de salud responsable de la UROC. (anexo 2.c).

El estudio proporcionó información de las madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROCs a través de una entrevista, que se realizó en su casa, de las madres obtuvimos las siguientes variables:

Características socioeconómicas de la madre:

- ◆ Accesibilidad.
- ◆ Atención en la UROC.
- ◆ Relaciones de la madre con el voluntario.
- ◆ Actividades educativas desarrolladas en la UROC.

◆ Percepción del funcionamiento de la UROC.

De los voluntarios responsables de la UROCs se obtuvo información a través de una entrevista de donde obtuvimos las siguientes variables:

Caracterización de las madres usuarias, demandantes de la UROC.

Motivos de demanda.

Resolución de problemas.

Retribución.

Satisfacción por el trabajo.

La variable dependiente correspondió a la Percepción (satisfacción por la UROC en general) de la madre y del voluntario , las variables dependientes consideradas intermedias corresponden a satisfacción por el trato y satisfacción por la atención, las variables independientes correspondieron a las caracterización socioeconómica y la accesibilidad a la UROC y actividades de promoción realizadas desde las UROC.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 1

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Caracterización socio-económica	Edad	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista expresado por la entrevistada. 	Años	Joven Madura Añosa	15 - 24 25 - 34 35 - y +
	Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de la madre de haber aprendido a leer. 	Alfabetización	SI NO	
	Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Ocupación en la que la madre dedica la mayor parte del día 	Tipo de trabajo	Ama de casa Trabaja remunerado fuera de casa	
	Uso de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Haber solicitado los servicios de salud pública más cercanos en los últimos tres meses 	Uso de servicios de salud	SI NO	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 2

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Conocer el acceso de las usuarias a las UROC	Accesibilidad geográfica	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de la madre de acudir rápidamente en la UROC, utilizando la forma de transporte habitual. 	Distancia medida en minutos de la casa de la madre a la UROC	Lejos Cerca	Lejos: Más de 20 minutos a pie. Cerca: < 20 minutos a pie
	Accesibilidad económica	<ul style="list-style-type: none"> Monto en dinero proporcionado por la madre por la atención recibida. 	Pago por la consulta	SI / NO	
	Accesibilidad cultural	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de la madre de reconocer los servicios de la UROC y demandarlos 	Comprensión Actitud Aceptación	SI / NO MAS / MENOS SI / NO	
Características de la atención recibida en las UROC's	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas realizadas a la madre acerca del estado de salud del niño 	Interrogatorio	SI / NO	
	Examen físico	<ul style="list-style-type: none"> Maniobras realizadas por el voluntario para detectar señales de deshidratación 	Revisión	SI / NO	
	Preparación del suero	<ul style="list-style-type: none"> Demostración de la preparación de los SRO en la UROC 	Demostración	SI / NO	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 3

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
	Administración de SRO	<ul style="list-style-type: none"> Acción de dar las SRO en la UROC 	Administración	SI / NO	
	Indicaciones de SRO	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos a realizar con el niño en el hogar 	Indicaciones para el hogar	SI / NO	
	Tiempo de atención	Espacio de tiempo en el que transcurrió la atención percibido por la madre	Tiempo dedicado	Suficiente Insuficiente	30 m.o más < 30 m.
Atención recibida	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Contacto con el paciente posterior a la 1era consulta 	Seguimiento	SI / NO	
	Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> Lugar donde se realizó la atención del paciente 	Lugar	Dentro Fuera	
	Satisfacción por la atención	<ul style="list-style-type: none"> Agrado de la madre por la atención recibida 	Satisfacción	Insatisfecha Poca satisfecha Medianamente satisfecha. Muy satisfecha Totalmente satisfecha	
Tipo de relación que existe entre los proveedores y las usuarias de las UROC	Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> Vocabulario utilizado por el voluntario para dirigirse a la madre 	Vocabulario	Claro Confuso	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 4

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
	Confianza	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de establecer una buena comunicación del voluntario y la madre usuaria 	Confianza	Ninguna Poca Mucha	SI / NO
	Cortesía	<ul style="list-style-type: none"> Trato recibido del voluntario durante la atención desde la percepción de la madre usuaria 	Amabilidad	Ninguna Poca Mucha	SI / NO
	Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de estar en buenas manos 	Seguridad	Ninguna Poca Mucha	SI / NO
	Satisfacción por el trato recibido	<ul style="list-style-type: none"> Agrado de la madre por el trato recibido 	Satisfacción	Insatisfecha Poca satisfecha Medianamente satisfecha. Muy satisfecha Totalmente satisfecha	
Actividades educativas	Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> Mensajes educativos impartidos a la madre durante la consulta 	Mensajes educativos	SI / NO	
	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de mensaje educativo impartido a la madre por el voluntario durante la consulta 	Tipo de mensaje	Saneamiento ambiental. Nutrición Lactancia materna. Inmunizaciones Higiene personal Vitamina "A" IRA Malaria	SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 5

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Percepción materna	Necesidad	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de falta de una UROC en la comunidad 	Sentimiento	Pensado Expuesto Demandado	SI / NO
	Resolución de la situación	<ul style="list-style-type: none"> Logro de una solución 	Estado del niño	Sano Enfermo	SI / NO
	Satisfacción general en	<ul style="list-style-type: none"> Agrado de la madre usuarias por el servicio recibido 	Opinión de la madre usuaria	Positiva Negativa	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO # 6

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos del presente estudio se considerará	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Percepción del voluntario	Demandantes de la UROC	<ul style="list-style-type: none"> Características de las demandantes usuarias de la UROC según el voluntario 	Tipo de usuarias	Jóvenes/añosas Analfabetas/alfabetas. Pobres/solventes	SI/NO SI/NO SI/NO
	Motivos de demandas	<ul style="list-style-type: none"> Razones por las cuales las madres usuarias asisten a la UROC 	Motivos	Confianza Única alternativa Urgencia Otros	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO
	Resolución	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de resolver problemas 	Opinión del voluntario	Positiva Negativa	
	Retribución	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios percibidos por el voluntario al realizar las actividades de la UROC 	Beneficios percibidos	Beneficios materiales Prestigio Respeto de la comunidad Otros	SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO
	Satisfacción por el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Agrado del voluntario por el trabajo realizado 	Opinión del voluntario	Insatisfecha Poca satisfecha Medianamente satisfecha. Muy satisfecha Totalmente satisfecha	

PLAN DE ANALISIS

Una vez recolectados los datos se procedió a su análisis informatizado a través del paquete Epi-info versión 6.0.

Las variables fueron categorizadas en los siguientes grupos:

MADRES

- Caracterización socioeconómica
- Accesibilidad
- Atención
- Relaciones
- Actividades Educativas
- Percepción

VOLUNTARIOS

- Percepción.

Variables consideradas dentro de cada variable secundaria:

a) Caracterización socioeconómica

- Edad
- Nivel Educativo
- Trabajo
- Uso de servicios de Salud

b) Accesibilidad

- Accesibilidad Geográfica
- Accesibilidad económica
- Accesibilidad Cultural

c) Atención

- Entrevista
- Examen físico
- Preparación de suero
- Administración del suero
- Indicaciones del suero

- Tiempo de atención
- Seguimiento
- Ambiente
- Satisfacción por la atención

d) Relaciones

- Lenguaje
- Confianza
- Cortesía
- Seguridad
- Satisfacción por el trato

e) Actividades educativas

- Recomendaciones
- Contenidos

f) Percepción madres

- Necesidad
- Resolución de la situación
- Satisfacción general

g) Percepción del voluntario

- Demandantes
- Motivo de demanda
- Resolución
- Retribución
- Satisfacción por el trabajo

La variable principal fue la Percepción tanto de las madres como del voluntario y las variables secundarias fueron constituidas por las que se encontraron en los siguientes grupos, Caracterización Socioeconómica, Accesibilidad, Atención, Relaciones y Actividades Educativas.

ORGANIZACIÓN Y EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

1. Selección de las madres de niños menores de cinco años usuarias de las UROC en el periodo junio - agosto 1998 de las comunidades que se

ajustaron a los criterios de selección preestablecidos.

Validación de los instrumentos de encuesta en las comunidades de Yarajé, Santa Rosa y Kaulatú en Nueva Segovia que han sido beneficiadas por el mismo tipo de proyecto.

1. Entrenamiento de las encuestadoras el día 26 de Octubre en San Carlos como sede de las actividades de recolección de la información.
2. Recolección de la información del 27 al 13 de noviembre en 15 comunidades rurales del área de estudio sobre las variables de estudio.
3. Del 16 de noviembre al 8 de diciembre de 1998 tabulación y procesamiento de los datos obtenidos.

ANALISIS DE LA INFORMACION.

El análisis inicialmente fue una revisión descriptiva de las variables obteniéndose frecuencias simples y porcentajes de las variables de las madres y del voluntario de la UROC.

De las siguientes variables se obtuvieron frecuencias simples:

1. Edad
2. Nivel educativo
3. Trabajo
4. Uso de servicios de salud
5. Accesibilidad geográfica
6. Accesibilidad económica
7. Aceptación de la UROC.
8. Accesibilidad cultural
9. Entrevista
10. Examen físico
11. Preparación del suero
12. Administración del suero
13. Indicaciones del suero

14. Tiempo de atención
15. Seguimiento
16. Ambiente
17. Lenguaje
18. Confianza
19. Cortesía
20. Seguridad
21. Recomendaciones
22. Contenido
23. Necesidad
24. Resolución
25. Satisfacción
26. Demandantes de la UROC
27. Motivos de demanda
28. Resolución
29. Retribución
30. Satisfacción por el trabajo

Etapa de cruces de variables: se realizaron todos los cruces posibles a través de Epi-info.

Además obtuvimos los siguientes cruces de variables:

Del objetivo caracterización de las usuarias:

- Edad/nivel educativo.
- Edad/ trabajo.
- Edad/ uso de servicios de salud.
- Nivel educativo/ trabajo.
- Nivel educativo/uso de servicios de salud.
- Trabajo/ uso de servicios de salud.

Del objetivo Factores asociados al acceso de las usuarias:

- Accesibilidad geográfica/ accesibilidad económica.
- Accesibilidad geográfica/ accesibilidad cultural.
- Accesibilidad económica/ accesibilidad cultural.
- Accesibilidad cultural/ Edad.
- Accesibilidad cultural/ nivel educativo.
- Accesibilidad cultural/ trabajo.
- Accesibilidad cultural/ uso de servicios de salud.
- Accesibilidad económica/ trabajo.
- Accesibilidad cultural/ Satisfacción de la madre.

Del objetivo percepción de las usuarias por la atención:

Necesidad/ Satisfacción por la atención.
Resolución/ Satisfacción por la atención.
Resolución/ Tiempo de atención.
Resolución/ Administración de SRO.
Resolución/ Examen físico.
Satisfacción en general/ Satisfacción por la atención.

Del objetivo relación entre proveedores y usuarias:

Lenguaje/ Confianza.
Lenguaje/ Cortesía.
Lenguaje/ Seguridad.
Confianza/ Cortesía.
Confianza/ Seguridad.
Cortesía/ Seguridad.
Satisfacción por el trato/ Lenguaje.
Satisfacción por el trato/ Confianza.
Satisfacción por el trato/ Cortesía.
Satisfacción por el trato/ Seguridad.
Satisfacción por el trato/ Satisfacción por la atención.
Satisfacción por el trato/ Satisfacción en general.

Del objetivo actividades de promoción realizadas en las UROC.

Mensajes educativos/ Contenido.
Mensajes educativos / Satisfacción por la atención.
Mensajes educativos/ Satisfacción en general.
Contenido/ Satisfacción por la atención.
Contenido/ Satisfacción en general.

Del objetivo Percepción del voluntario de la UROC:

Demandantes/ Motivos de demanda.
Demandantes/ Retribución.
Demandantes/ Satisfacción por el trabajo.
Retribución / Satisfacción por el trabajo.
Motivos de demanda/ Satisfacción por el trabajo.
Motivos de demanda/ Resolución.
Motivos de demanda/ Retribución.
Satisfacción por el trabajo/ Satisfacción de la madre.

Otros cruces de variables de la encuesta de madres:

Satisfacción madre general/nivel educativo
Satisfacción madre general/trabajo
Satisfacción madre gral./uso de servicios de salud
Satisfacción madre gral./accesibilidad geográfica
Satisfacción madre gral./accesibilidad económica
Satisfacción madre gral./accesibilidad cultural
Satisfacción madre gral./satisfacción por la atención
Satisfacción madre gral./satisfacción por el trato
Satisfacción madre gral./actividades educativas
Satisfacción madre gral./resolución de la situación

Otros cruces de variables:

Percepción del voluntario/condiciones socioeconómicas de la madre.
Motivos de demanda/nivel educativo.
Motivos de demanda/trabajo de la madre.
Satisfacción del voluntario/retribución.
Satisfacción del voluntario/resolución de problemas.
Satisfacción del voluntario/satisfacción madre gral.
Resolución de problemas/nivel educativo.
Resolución de problemas/trabajo.
Resolución de problemas/edad.
Satisfacción por la atención/entrevista.
Satisfacción por la atención/examen físico
Satisfacción por la atención/preparación suero
Satisfacción por la atención/administración del suero
Satisfacción por la atención/indicaciones
Satisfacción por la atención/tiempo de atención
Satisfacción por la atención/seguimiento
Satisfacción por el trato/lenguaje
Satisfacción por el trato/confianza
Satisfacción por el trato/cortesía
Satisfacción por el trato/seguridad.

Para analizar la validez y consistencia de los cruces de variables se procedió a utilizar valor de p para determinar si las diferencias o similitudes encontradas son estadísticamente significativas.

Para conocer la incidencia en el comportamiento de las variables dependiente e intermedias, se agruparon en tablas de dos por dos con todas las variables relacionadas con ellas para conocer la diferenciación de los porcentajes para el valor positivo de satisfacción, debido a que todas las

madres expresaron estar satisfechas, las diferencias obtenidas las utilizamos para jerarquizar los elementos determinantes de la satisfacción.

Igualmente se hizo con la cualificación de la satisfacción procedimos a agrupar bajo dos criterios para realizar la diferenciación, los valores correspondientes a poco satisfecho y medianamente satisfecho se transformaron en poco satisfecho o negativo y los correspondientes a muy satisfecho y totalmente satisfecho se agruparon como muy satisfecho o positivo; con el fin de poder determinar cuales elementos influyeron más en la satisfacción y poder jerarquizarlos.

VIII.- RESULTADOS

El área de estudio correspondió a tres de los cinco municipios (San Miguelito, San Carlos y El Castillo) pertenecientes al territorio del SILAIS Río San Juan, excluyendo San Juan del Norte por no contar con dicha estrategia y el municipio de Morrito por no haber registrados casos de diarrea en niños menores de cinco años atendidos en la UROC.

De las variables investigadas en las madres obtuvimos las siguientes frecuencias simples:

Caracterización socioeconómica de las madres usuarias:

La mayoría de las madres correspondieron al grupo de 25 a 34 años de edad con 45.5% (46), el segundo grupo correspondió a madres jóvenes 14 a 24 años con 29.7% (30), el tercer grupo lo constituyó el grupo de madres añosas de 35 a más con 24.8% (25), dentro de las cuales encontramos 4 con 50 o más años que correspondieron a abuelas responsables del cuidado de los niños 4% (4). La edad promedio de las madres entrevistadas fue de 30 años.

El 67.32% (68) de las madres confirmaron leer y 32.7% (33) expresaron no saber leer.

En relación al trabajo fuera del hogar, la mayoría de las madres 77.2% (78) refirió no realizar ningún trabajo fuera del hogar y sólo el 22.8% (23) refirieron trabajar fuera de casa.

En lo referente al uso de servicios de salud, el 56.4% (57) de las madres entrevistadas refirió haber visitado la unidad de salud más cercana en los últimos tres meses y el 43.6% (44) dijo no haber demandado los servicios de salud durante ese período. (Ver cuadro No 1).

Cruce de variables.

Las madres entrevistadas en un 30.6% (31) saben leer y corresponden al grupo clasificado como edad maduro, le siguen el grupo de madres jóvenes con el 25.7% (26) y el 10.8% (11) correspondió al grupo de madres añosas. Dentro del grupo que no saben leer el mayor porcentaje correspondió a las madres maduras 14.8% (15) seguido del grupo de madres añosas 13.8% (14) y finalmente las madres más jóvenes con 4% (4). (Ver cuadro No 9).

Los siguientes cruces de variables:

Edad/ trabajo, Edad/ Uso de servicios de salud, Trabajo/ Uso de servicios de salud. (NSE).

Factores asociados al acceso de las madres usuarias de la UROC:

Con respecto a la accesibilidad el 52.5%(53) de madres refirieron que demoran de 0 a 20 minutos llegar a la UROC más cercana y el 47.5%(48) refirieron demorar de 21 a 120 minutos el acudir a la UROC más cercana. El medio de acceso más utilizado es a pie 91.1% (92), sólo el 5.9% (6) usan bestias y un 3% (3) viven en la UROC. El 98% (99), refirió no haber pagado nada por el servicio y sólo un 2% (2) refirieron haber pagado por el mismo. Referente a la aceptación el 100% de las madres refirió que regresaría a la UROC para un 100% de aceptación. (Ver cuadro No 2).

El principal motivo de demanda es la adquisición de SRO con 59.4%(60), el segundo motivo de demanda correspondió a curación con 15.8% (16); el tercer motivo correspondió a encontrarse enfermo de diarrea con 11.9% (12); el cuarto motivo fue la búsqueda de medicamentos(no especificado) con 9.9% (10). (Ver cuadro No 10).

El 36.6% (37) de las madres piensan en relación a la UROC que es algo bueno, el 31.7%(32), piensan que es bueno porque está cerca. El 14.9% (15) piensa que es buena porque curan a los niños; el 9.9% (10) piensan que es buena porque ahí se accede a las SRO 4% (4) refieren que es bueno porque es el único lugar donde se puede ir con los niños enfermos. El 2% (2) piensan que es necesario ampliarla y el 1% (1) no obtuvo datos. (ver cuadro No 11)

Algunas expresiones de las madres respecto al pensamiento de la UROC fueron:

" Es buena idea, por que además de no tener suerito en la casa uno viene rápido y lo consigue".

"Porque allí nomasito uno puede ir a ver que le dan al niño"

"Que está bien, porque esta más cerca que el centro de salud"

" Es bueno porque no hay otro lugar "

" Esta bien plantada porque en cualquier enfermedad aquí no más"

Cruce de variables:

Del 100% de madres entrevistadas en todos los grupos de edades el principal motivo de demanda de la UROC fue el poder acceder a las SRO con el 59.4% (60), para las madres jóvenes 20.5% (21), para las madres maduras 22.7% (23) y 15.8% (16) para las madres ancianas. En el grupo de madres consideradas maduras el segundo motivo más importante fue llevar a sus niños para que fueran curados con un 11.8% (12) (ver cuadro No 10).

Las madres que trabajan piensan que la UROC es buena sin otra especificación en un 12.87% (13), en el grupo de madres que no trabajan consideran que la UROC es buena porque está cerca 28.7% (29), en segundo lugar que es buena sin otra especificación en un 23.9% (24) y en tercer lugar que es buena porque ahí pueden curar a su hijos en un 14.8% (15) (ver cuadro No 11).

Para las madres que acuden a la unidad de salud el principal motivo de demanda de la UROC es el acceso a las SRO en un 37.6% (38) y el segundo motivo para curar a sus hijos con un 9.9% (10). Para las madres que no acuden a la unidad de salud el principal motivo es el acceso a las SRO 21.8% (22) y el segundo motivo para obtener medicinas 8.9% (9).
(ver cuadro No 12)

Los siguientes cruces de variables:

Accesibilidad geográfica/ Accesibilidad económica, Accesibilidad geográfica/ accesibilidad cultural. , Accesibilidad cultural/ edad, Accesibilidad cultural/ nivel educativo, Accesibilidad cultural/ Uso de servicios de salud. , Accesibilidad económica/ trabajo. Accesibilidad cultural/ satisfacción de la madre. (NSE).

Percepción de las usuarias por la atención recibida:

Con respecto a la variables relacionadas con la atención, en el interrogatorio el 92.1% (93) de las madres refirieron haber sido interrogadas sobre el estado de salud de su hijo y sólo 7.9% (8) no fueron interrogadas. El examen físico fue realizado a los hijos del 69.3% (70) de las madres entrevistadas y 30.7% (31) no fueron examinados. El voluntario preparó el suero para dar de beber en el 66.3% (67) de los pacientes atendidos y un 33.7% (34) refirieron que el voluntario no preparó las SRO. También administró el suero a los niños atendidos en un 57.4% (58) de los casos y fue administrado por la madre en el 42.6% (43) de los casos. El 98% (99) de las madres recibieron indicaciones para la administración de las SRO y sólo el 2% (2) no recibió indicaciones. Referente al seguimiento el 64.4% (65) refirió haber recibido una segunda visita posterior a la visita a la UROC y 35.6% (36) no recibió seguimiento. En relación al ambiente de atención el 96% (97) fueron atendidas dentro de la UROC y sólo un 4% (4) fueron atendidas fuera de la UROC. El 100% de las madres refirió estar satisfechas con la atención recibida sin embargo, al cualificar la satisfacción un 97% de las madres refirieron estar muy satisfechas y sólo un 3% (3) refirió estar poco satisfecha. (ver cuadro No 3)

En relación al tiempo de atención el 53.5% (54) madres refirieron ser atendidas durante un lapso comprendido entre 2 y 15 minutos, 11.9% (12) fueron atendidas en un lapso de 1 a 12 horas como tiempo máximo de atención.

Cruce de variables:

Las madres con alto nivel de satisfacción pensaron que la UROC es necesaria porque es cerca en un 46.5% (47) y porque se accede a las SRO en un 11.8% (12). Las madres con bajo nivel de satisfacción pensaron que la UROC es necesaria porque es el único lugar donde ir en 0.99% (1), porque es buena sin otra especificación en un 0.99% (1) y porque hay medicamentos en un 0.99% (1). (Ver cuadro No 13).

De las madres que refirieron un alto nivel de satisfacción por la atención 97.8% (91) fueron interrogadas por el voluntario y 87.5% (7) no fueron interrogadas. De las madres que refirieron bajo nivel de satisfacción por la atención 21.5% (2) fueron interrogadas y 12.05% (1) no fue interrogada. (Ver cuadro No 22A).

Los siguientes cruces de variables: Resolución/ Satisfacción por la atención,
Resolución/ Tiempo de atención, Resolución/ Administración de SRO.
Resolución/ Examen físico. (NSE).

Relación existente entre los proveedores y las usuarias de las UROCs:

Referente al lenguaje utilizado por el voluntario el 93.1% (94) de las madres recibieron explicaciones claras y sólo un 6.9% (7) expresaron no haber recibido explicaciones. En relación a la confianza de la madre al ser atendida por el voluntario el 96% (97) expresaron sentirse confiadas para haber con el voluntario y sólo un 4% (4) expresaron no haber sentido confianza. Cuando se calificó la confianza el 95% (96) refirieron tener mucha confianza y 5% (5) poca confianza con el voluntario. Con respecto a la cortesía el 98% (99) de las madres refirieron haber sido tratadas con amabilidad y sólo un 2% (2) refirieron no haber sido tratadas amablemente, cuando se calificó la cortesía el 98% (99) dijo haber sido tratada con mucha amabilidad y el 2% dijo haber sido tratada con poca amabilidad.

En relación a la seguridad el 99% (100) refirió tener seguridad acerca de la capacidad del voluntario para cuidar de su niño y sólo un 1% (1) refirió no sentir seguridad acerca de la capacidad del voluntario. Al cualificar la seguridad el 96%(97) de las madres expresaron sentir mucha seguridad y sólo un 4% (4) expresaron sentir poca seguridad.

El 99% (100) de las madres expresaron estar satisfechas con el trato recibido y sólo un 1% (1) expreso insatisfacción. Al cualificar la satisfacción el 94.1% (95) refirió sentirse muy satisfecho y el 5.9% (6) refirió poca satisfacción. (ver cuadro No 4).

Cruce de variables:

Del grupo de madres que expresaron sentir confianza durante la consulta con el voluntario 92.07% (93) dijo que el voluntario usó un lenguaje claro al darle las explicaciones y 3.96% (4) no recibió explicación. Del grupo de madres que no sintieron confianza durante la consulta con el voluntario 0.99% (1) expresó haber recibido explicaciones claras del voluntario y 2.97% (3) dijo no haber recibido ninguna explicación. (Ver cuadro No 14).

Del grupo de madres que dijo haber sido tratada con cortesía durante la consulta con el voluntario 93% (94) expresó haber recibido explicaciones por parte de él. Del grupo de madres que no fueron tratadas con cortesía por el voluntario 1.98% (2) expresaron también no haber recibido explicaciones del voluntario. (Ver cuadro No 15).

Las madres que expresaron haber sido tratados con mucha confianza durante la consulta con el voluntario el 91%(92) expreso haber recibido explicaciones por parte del voluntario y el 3.9% (4) dijo no haber recibido explicaciones del voluntario. De las madres que expresaron poca confianza durante la consulta 1.9% (2) refirió haber recibido explicaciones claras del voluntario y un 2.9% (3) no recibió explicaciones. (ver cuadro No 16)

Las madres que refirieron haber sido tratadas con mucha cortesía durante la consulta el 93.1% (94) dijo haber recibido explicaciones claras por parte del voluntario y el 4.95% (5) no recibió ninguna explicación. De las madres que expresaron haber recibido un trato poco cortes el 1.9% (2) también expreso no haber recibido ninguna explicación del voluntario (ver cuadro No 17)

Del grupo de madres que expresaron haber sentido seguridad de que su hijo iba a ser curado por el voluntario 93% (94) dijeron haber recibido explicaciones en un lenguaje claro y 5.9% (6) dijo no haber recibido explicaciones del voluntario. El 0.99% (1) de madres que no sintieron seguridad de que el voluntario curaría a su hijo, tampoco recibió explicaciones del voluntario. (Ver cuadro No 18).

Las madres que dijeron sentir seguridad de que el voluntario curaría a su niño 92.07% (93) recibió explicaciones claras por parte del voluntario y 3.96% (4) no recibió explicaciones. Del grupo de madres que dijeron no sentir seguridad el 0.99% (1) recibió explicaciones en un lenguaje claro y el 2.9% (3) no recibió ninguna explicación. (Ver cuadro No 19).

Del grupo de madres que dijeron haber sido tratadas con mucha cortesía por el voluntario durante la consulta 96.03% (97) expresó haber sentido confianza durante la consulta y 1.98% (2) no sintieron confianza. El 1.9% (2) de madres que expresaron haber sido tratadas con poca cortesía también expresaron no haber sentido confianza con el voluntario durante la consulta. (Ver cuadro No 20).

De las madres que se encuentran satisfechas con el trato 96.8% (91) recibieron explicaciones por parte del voluntario y 57.1% (4) no recibió explicaciones; de las madres que expresaron un bajo nivel de satisfacción 3.19% (3) recibieron explicaciones y 42.8% (3) no recibieron explicaciones. (Ver cuadro No 24 A).

De las madres que se encontraron satisfechas por el trato 96.9% (94) dijeron haber sentido confianza durante la consulta con el voluntario y 25% (1) no sintió confianza durante la consulta, de las madres con bajo nivel de satisfacción por el trato 3.09%(3) sintieron confianza con el voluntario y 75% (3) no sintieron confianza. (Ver cuadro No 24 B).

Todas las madres que fueron tratadas con cortesía se sintieron satisfechas con el trato. De las madres que se encontraron con bajo nivel de satisfacción 4%(4) dijeron haber sido tratadas con cortesía. (Ver cuadro No 24C).

De las madres que se encontraron satisfechas por el trato 96.8% (93) expresaron haber sentido mucha confianza durante la consulta con el voluntario y 40% (2) expresaron poca confianza durante la consulta. De las madres que se encontraron con bajo nivel de satisfacción por el trato 3.1% (3) expresaron mucha confianza durante la consulta con el voluntario y 60% (3) expresaron poca confianza durante la consulta con el voluntario. (Ver cuadro No 24D).

Todas las madres que se encontraron con alto nivel de satisfacción con el trato 95% (95) expresaron sentir seguridad sobre la capacidad del voluntario durante la consulta y de las madres con bajo nivel de satisfacción 5% (5) sintió seguridad de la capacidad del voluntario durante la consulta. (Ver cuadro No 24E).

De las madres que refirieron mucha satisfacción por el trato el 94% (95) refirió mucha satisfacción por la atención, de las madres que se encontraban poco satisfechas con el trato 2.9% (3) se encontraron muy satisfechas con la atención y 2.9% (3) se encontraron poco satisfechas con la atención (ver cuadro No 21)

De las madres con alto nivel de satisfacción por los servicios brindados en la UROC 98.9% (94) refirieron un alto nivel de satisfacción con el trato y 83.3% (5) refirieron un bajo nivel de satisfacción. De las madres con bajo nivel de satisfacción con la UROC 1.05% (1) refirió alto nivel de satisfacción con el trato y 16.6% (1) refirió bajo nivel de satisfacción con el trato. (Ver cuadro No 26A).

De las madres con alto nivel de satisfacción con la UROC el 98.9% (97) expresó estar satisfecha con la atención y 66%(2) tuvieron bajo nivel de satisfacción con la atención, de las madres con bajo nivel de satisfacción con la atención y 33%(1) tuvo bajo nivel de satisfacción por la atención. (Ver cuadro No 26d).

Los elementos que determinaron la satisfacción por la atención en las madres usuarias de UROC, fueron jerarquizados por medio de la diferencia obtenida entre la presencia (+) o ausencia (-) de los mismos, la diferencia encontrada para el interrogatorio fue de 10.3%, para el recibir mensajes educativos de lactancia materna - 17.9% y para los mensajes educativos de Nutrición -90.5% (ver cuadro No 23)

Los elementos que determinaron la satisfacción por el trato en las madres usuarias de UROC, fueron jerarquizados por medio de la diferencia obtenida entre la presencia (+) o ausencia (-) de las mismas, la diferencia encontrada para la cortesía fue de 95.9%, para la

seguridad 95% para la confianza 71.9%, para la cualificación de la confianza 56.8% y el lenguaje (explicaciones) 39.7%.

Siendo por tanto los elementos más relevantes en la satisfacción de las usuarias la cortesía y la seguridad. (ver cuadro No 25)

Los elementos que determinaron la satisfacción por los servicios en general brindados por la UROC, fueron jerarquizados por medio de la diferencia obtenida entre la presencia (+) o ausencia (-) de los mismos, encontrando cualificación de la satisfacción por la atención un valor de 32.3%, satisfacción por el trato 15.6%, mensajes educativos en general 8.7% y mensajes educativos en Nutrición 2.9% (ver cuadro No 27)

Actividades de promoción realizadas en la UROC:

El 77.2% (78) de las madres recibieron mensajes educativos durante la visita a la UROC y el 22.8% (23) no recibieron mensajes educativos durante su visita a la UROC. El 57.4% (58) recibieron mensajes educativos referente a la importancia del aseo personal; el 45.5% (46) recibió mensajes sobre agua y letrinas; el 29.7% (30) refirió haber recibido mensajes acerca de la nutrición del niño, el 26.7% (27) aseveró haber recibido mensajes sobre vacunas; el 20.8% (21) recibió mensajes acerca de Planificación Familiar; el 18.8% (19) recibió mensajes acerca de Malaria; el 5% (5) recibió mensajes acerca de Lactancia Materna; el 3% (3) recibió mensajes sobre vitamina A y solamente el 1% (1) acerca de Infecciones Respiratorias Agudas. (ver cuadro No 5)

De las madres con alto nivel de satisfacción por la atención 6.6% (2) recibió mensajes educativos de nutrición y 97.1% (69) no recibió dicho mensaje, de las madres con bajo nivel de satisfacción por la atención 3.3% (1) recibieron mensajes educativos de nutrición y 2.8% (2) no los recibió. (Ver cuadro No 22B).

De las madres que tuvieron un alto nivel de satisfacción por la atención 80%(4) recibió mensajes educativos de lactancia materna y 97.9% (94) no recibió dicho mensaje, de las madres que refirieron un bajo nivel de satisfacción por la atención 20% (1) recibió

mensajes educativos de lactancia materna y 2.08% (2) no recibió dicho mensaje. (Ver cuadro No22C).

De las madres que refirieron alto nivel de satisfacción con la UROC 100% (78) recibieron mensajes educativos y 91.3% (21) no recibieron dicho mensaje, de las madres que expresaron bajo nivel de satisfacción con la UROC 8.69% (2) no recibieron mensajes educativos. (Ver cuadro No26B).

De las madres con alto nivel de satisfacción con la UROC 100% (30) recibieron mensajes educativos referentes a Nutrición y 97.1% (69) no recibieron dicho mensaje. De las madres con bajo nivel de satisfacción con la UROC 2.8% (2) no recibieron mensajes educativos de nutrición y de las que no estuvieron satisfechas ninguna los recibió. (Ver cuadro No26C).

Los siguientes cruces de variables: Recomendaciones/ Contenido.

Recomendaciones/ Satisfacción por la atención. (NSE).

Percepción materna:

El 100% de las madres manifestaron que la UROC es necesaria o que tienen necesidad de la existencia de una UROC. Las razones principales por las que las madres consideran necesaria la UROC son las siguientes: Está cerca 46.5% (47), se tiene acceso a las sales de rehidratación oral 11.9% (12), no podemos ir a otro lado 10.9% (11) para que no se mueran los niños 5% (5) y otras razones 11% (11). (Ver cuadro No. 6)

Algunas expresiones de las madres acerca de la necesidad de la UROC:

"Porque así los niños no se nos mueren de diarrea"

" Porque no vamos más largo, porque diaquí a que queramos llegar ya se nos a muerto el chiguin"

" Porque en cualquier emergencia uno pega carrera para acá"

" No tenemos adonde más recurrir"

La percepción de las madres acerca de la posibilidad de cerrar la UROC fue la siguiente: el 28.7% (29) de las madres pensaron que estaría mal sin ninguna otra especificación, el 18.8% (19) penso que estaría mal porque es cerca, el 15.8% (16) pienso que estaría mal porque es el único lugar, el 6.9% (7) penso que estaría mal porque debería buscar otro sitio que tenga sales de rehidratación oral, el 5.9% (6) sintió que estaría mal porque los niños morirían, otros pensamientos fueron: que estaría mal porque la necesitamos, es buena aquí, la ocupamos, accesible a cualquier hora con 24% (24). (Ver cuadro No 7).

Algunos expresiones de las madres acerca de la posibilidad de cerrar la UROC fueron:

" Estarían haciéndolos un daño porque es lo que tenemos más cerca"

" No deberían hacerlo por que si no nosotros nos quedaríamos sin nada"

" Quedaríamos sin ninguna esperanza porque no tendríamos adonde llevar los niños enfermos"

" Nos sentiríamos que quedamos en el aire al no tener donde ir que nos atiendan"

"Donde iríamos, cuando llegemos al centro de salud de San Miguelito ya se han muerto los niños"

" Nos sentiríamos terminados en la comunidad al no tener donde ir"

" Que aflicción, quedaríamos inválidos "

Las acciones propuestas por las madres ante el hipotético cierre de la UROC fueron: el 39.6% (40) dijo que ante el cierre de la UROC apoyaría para que el mismo no se lleve a cabo; el 25.7% (26) dijo que hablaría con el responsable para que no se cierre, el 11.9% (12) expresó que buscaría una solución al cierre, el 7.9% (8) dijo no saber que hacer, el 6.9% (7) expresó que se reunirían para evitar el cierre, otras opiniones fueron: hacer lo que pueda y decir que la necesitamos 8% (8). (ver cuadro No 8)

Algunas expresiones de las madres acerca de las acciones para no cerrar la UROC:

" Pues hablarles que se pongan la mano en la conciencia para que no la cierren."

" Apoyar al brigadista para que el y nosotras gestionemos que no se cierre"

" Hablar con las otras madres, hacer una huelga de protesta."

"Darle una ayuda económica al de la UROC para que haga gestiones en otro lado y no la cierren."

" Apoyarlo para que el brigadista se sienta animado a trabajar"

" Poner inteligencia para que no se cierre que apoye la gente"

El 100% (101) de las madres refirió que el voluntario solucionó el problema de su niño enfermo en ese momento. El 100% (101) de las madres manifestaron estar satisfechas con la UROC, sin embargo al cualificar la atención el 98% (99) refirieron alto nivel de satisfacción. Y el 2%(2) de las madres refirieron bajo nivel de satisfacción.

De los voluntarios de la UROC obtuvimos las siguientes frecuencias simples:

El 55.6% (10) de los voluntarios expresaron que todas las madres de la comunidad demandan los servicios de la UROC. El 22.2% (4) refirió que las más pobres son las que más demandan y el 11.1% (2) refirió que las que viven más cerca; el 5.6% (1) manifestó que las madres más jóvenes y las que tenían niños más enfermos. (ver cuadro No 28)

El 22.2% (4) de los voluntarios manifestaron que los principales motivo de demanda son dar suero y prestar atención de la diarrea; el 16.7% (3) manifestaron que acuden por que esta más cerca, el 11.1% (2) asisten para curar la diarrea, el 11.1% (2) por pobreza y no poder acudir a otro lugar y el 5.6% (1) por la necesidad de salud de los niños para evitar la muerte de los niños y para aprender de los conocimientos del voluntario. (ver cuadro No 29)

El 100% de los voluntarios sienten que resuelven el problema de los niños que acuden a la UROC. (ver cuadro No 30)

El 100% de los voluntarios manifestaron percibir algún tipo de retribución. El 11.1% (2) de los voluntarios dijeron percibir algún beneficio material; el 16.7% (3) de los voluntarios

manifestaron un incremento de su prestigio en la comunidad; el 61.1% (11) dijo sentir mayor respeto de la comunidad; el 22.2% (4) expresó que una de las retribuciones era el tener la oportunidad de realizar un servicio en la comunidad; el 27.8% de los voluntarios manifestó una mayor comunicación con la comunidad; el 11.1% (2) de los voluntarios manifestó haber logrado mayores experiencias personales; el 16.7% (3) dijo tener la oportunidad de poder atender y curar a los niños de su comunidad; el 11.1% (2) aseguró haber logrado realizarse personalmente; Otras opiniones al respecto fueron: Aprendizaje 5.6% (1), Prevención 5.6% (1), Alternativa a la unidad de salud 5.6% (1), Desarrollo comunitario 5.6% (1). (ver cuadro No 31)

El 94.4% (17) aseguró estar totalmente satisfecho con su trabajo y el 5.6% (1) manifestó estar poco satisfecho con el mismo. (ver cuadro No 30)

Los cruces de variable: Demandantes/ motivo de demanda, Demandantes / retribución
Demandantes/ satisfacción por el trabajo, Retribución/ satisfacción por el trabajo.
Motivo de demanda/ satisfacción por el trabajo, Motivo de demanda/ resolución. (NSE).

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

A pesar de que la literatura refiere que el énfasis debe darse a la educación de la madre con respecto a la cantidad de líquidos y la alimentación del niño, en este estudio se encontró que sólo un tercio de los voluntarios aconsejaron a la madre acerca de la alimentación del niño durante la diarrea.

Encontramos que un pequeño porcentaje de madres considera que las SRO curan la diarrea y un número considerable solicitó los servicios de la UROC para la obtención de las SRO.

La investigación muestra que la mayoría de los voluntarios enseñaron como preparar y administrar las SRO.

La investigación muestra que las madres acudieron durante las primeras horas de inicio del cuadro diarreico evitando la deshidratación de los niños al igual que las referencias bibliográficas encontradas, las UROC permiten la captación precoz y la prevención de la deshidratación.

Dentro de las ventajas de tener una UROC:

A pesar de que se encontraron grandes distancias entre las comunidades investigadas y las unidades de salud más cercana (hasta diez horas de distancia) la mayoría se encontraban abastecidas con SRO, lo que indica una buena coordinación con el puesto de salud más cercano a esto hay que agregar la labor que realizan los auxiliares de campo en el SILAIS Río San Juan quiénes abastecen de medicamentos antimalarico y SRO a las UROC.

La mayoría de las UROC que se investigaron están localizadas en el mismo vecindario sin embargo debido a la inaccesibilidad geográfica de la región casi la mitad de las madres acudieron de distancias mayores a veinte minutos a pie y algunas de ellas de comunidades que no corresponden geográficamente a la zona de estudio, con distancias de hasta dos horas a pie de su casa a la UROC.

Disponibles en forma permanente: La mayoría de las madres refirieron que siempre hay una persona encargada de atender a los niños a toda hora, si el voluntario se encuentra fuera de la comunidad hay un familiar adiestrado para el manejo de los casos de diarrea.

Otra de las ventajas de la UROC que se cumplió en la investigación es la atención gratuita y el enseñar como evitar nuevos episodios de diarrea. Casi el total de las madres refirieron no haber pagado por el servicio recibido y dos tercios de las madres recibieron mensajes educativos acerca de la prevención de la diarrea.

Casi el total de las madres perciben la UROC como una necesidad y están dispuestas a realizar cualquier tipo de acciones para que no se cierre.

Según lo refiere la bibliografía las UROC mejoran la comunicación voluntario-madre y asegura el seguimiento de los casos; la mayoría de las madres establecieron una buena comunicación con el voluntario y dos tercios de ellas refirieron que se estableció un seguimiento del voluntario al niño, asimismo la mayoría de los voluntarios aseveró mayor comunicación y respeto de la comunidad.

En muchos casos la falta de seguimiento pudo deberse a la distancia de la vivienda del niño con la de la UROC, tomando en cuenta las dificultades del terreno.

Cual La literatura también refiere que dentro de los objetivos de la UROC se debe promover la lactancia materna, lo cual sólo se encontró en una pequeña fracción de las madres; promover la alimentación en el niño con diarrea sólo se realizó en un tercio de los casos.

Este es un factor determinante para la prevención de enfermedades en el niño principalmente para la de la diarrea, tomando en cuenta que en estas áreas no existe agua potable disponible para consumo humano. La leche materna es además el recurso más disponible con que cuentan las madres en la comunidad.

Enseñar acerca de la importancia de aplicar las vacunas con énfasis en la vacuna contra el sarampión lo cual se realizó únicamente en un tercio de los casos.

El mensaje educativo que promueve la aplicación de la vacuna del sarampión es importante ya que una de las complicaciones más frecuentes es la enfermedad diarreica aguda; tomando en consideración las dificultades de acceso a los servicios de salud que tienen la mayoría de las madres de las comunidades es de suma importancia que ellas puedan aprovechar la visita del personal de salud durante las jornadas de inmunización para la aplicación de esta vacuna, por ello la relevancia del mensaje durante la visita a la UROC.

Para concluir esta estrategia de OPS establece que garantiza el acceso de las SRO a toda la población; en este estudio dos tercios de las madres lo refirieron como el principal motivo de demanda de la UROC.

Considerando que existe personal voluntario con disponibilidad a realizar esta labor, con capacitación y adiestramiento en el manejo de casos de diarrea, es imprescindible poder facilitar los medios mínimos para la implementación de unidades de rehidratación oral comunitarias en comunidades rurales de difícil acceso a las unidades de salud.

Una pequeña fracción de madres propuso ampliar las UROC para atender otras enfermedades que afectan a los niños pequeños como infecciones respiratorias aguda, malaria y desnutrición.

Experiencias como la desarrollada por ADRA en Nueva Segovia demuestran que las UROCs pueden ser ampliadas a brindar otros servicios como manejo de infecciones respiratorias agudas, malaria y recuperación nutricional con éxito.

Acerca de la satisfacción por los servicios brindados en la UROC, es una estrategia muy aceptada en la comunidad por que responde a la necesidad de atención en salud de los niños en la comunidad; el número de casos de diarrea atendidos fue mayor a mayor distancia de la comunidad de la unidad de salud más cercana.

Los factores más relevantes en la satisfacción por los servicios fueron la satisfacción por el trato y la satisfacción por la atención, lo más importante para la madre además del hecho de ser atendida bien fue el poder acceder a las sales de rehidratación oral.

Algo valorado por la madre como muy importante fue el hecho de la cercanía de la UROC en la comunidad a pesar de encontrar casos donde la madre debió recorrer grandes distancias.

X.-CONCLUSIONES

- Todas las madres encuentran satisfechas con los servicios brindados por la UROC en el área rural.
- La mayoría de las madres entrevistadas son alfabetas, se encargan del cuidado de los niños, visitan la unidad de salud más próxima frecuentemente y no trabajan fuera de casa.
- Las madres jóvenes son más alfabetizadas que las añosas.
- El principal motivo de demanda para las madres de todas las edades fue el acceder a las sales de rehidratación oral.
- Casi todas las madres accedieron gratuitamente a las sales de rehidratación oral.
- Las madres que no trabajan fuera de casa piensan que la UROC es necesaria en la comunidad porque es cerca y las madres que si trabajan piensan que es buena sin otra especificación.
- Las razones sobre él porque es necesaria la UROC en la comunidad que dieron las madres con alto nivel de satisfacción fueron cercanía y poder acceder a las SRO a diferencia de las madres con bajo nivel de satisfacción que dijeron como principal motivo el ser el único lugar donde poder asistir.
- Los componentes de la atención tales como examen físico, administración de suero oral, indicaciones y seguimiento no son determinantes en la satisfacción expresada por las madres usuarias a diferencia del interrogatorio y los mensajes educativos impartidos en la

consulta referentes a lactancia materna y nutrición, que sí resultaron determinantes en la generación de la satisfacción por la atención.

- Los componentes del trato durante la consulta: cortesía, seguridad, confianza y lenguaje, tuvieron relevancia en la generación de la satisfacción expresada por las madres en el orden mencionado.
- Los componentes satisfacción por la atención y satisfacción por el trato fueron los más importantes en la generación de satisfacción por los servicios brindados en la UROC en el orden mencionado.
- La falta de cortesía del voluntario durante la consulta fue el elemento más importante en la determinación de la insatisfacción de las madres.
- En la mayoría de las UROCs los voluntarios realizan actividades de promoción siendo los mensajes educativos más frecuentes los relacionados a aseo personal y agua y letrinas.
- Todas las madres piensan que estaría mal cerrar la UROC y estarían dispuestas a realizar diversas acciones para evitar el cierre de la misma.
- La mayoría de los voluntarios responsables de la UROC considera que soluciona los problemas de los niños con diarrea, que obtiene ventajas tales como: respeto y mejor comunicación y se sienten personalmente satisfechos por el trabajo que realizan.
- No todos los voluntarios piensan que todas las madres de la comunidad requieren de sus servicios; algunos opinan que sólo las de menos recursos y otros que las que viven más cerca.

- Los voluntarios aseguran que los principales motivos de demanda de los servicios de la UROC son la atención de la diarrea y la obtención de sales de rehidratación oral.

- La UROC es una estrategia que responde a una necesidad sentida de las madres y se puede reflejar en las acciones que estarían dispuestas a realizar para evitar el cierre de la UROC.

✦

XI.-RECOMENDACIONES

A los voluntarios responsables de UROC:

- ◆ Mantener el afán de servicio hacia los niños de la comunidad
- ◆ Dar un mayor énfasis a la educación de la madre en la continuación de la alimentación del niño con diarrea y a la promoción de lactancia materna en los niños lactantes

*hacer cortesii
y nutrir
con lactancia*

A la comunidad:

- ◆ Apoyar la labor de los voluntarios responsables de la UROC en su comunidad, haciendo uso de los servicios y llevando a la práctica las recomendaciones dadas por el voluntario.
- ◆ Realizar reuniones para discutir mecanismos de estímulos para los voluntarios responsables de las UROCs.

Al Ministerio de Salud:

- ◆ Mantener la labor de los auxiliares de campo y personal de salud en el abastecimiento de sales de rehidratación oral a las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, ya que es vital para el funcionamiento de las mismas.
- ◆ Ampliar la estrategia de las UROCs incorporando otros componentes referentes a la atención de la malaria, infecciones respiratorias agudas y desnutrición.

Al proyecto:

- ◆ Reforzar los conocimientos de los voluntarios a través de capacitación en nutrición de los niños con diarrea y lactancia materna.

- ◆ Realizar capacitaciones referente a prevención y atención de malaria, infecciones respiratorias agudas y desnutrición.

- ◆ Realizar talleres con los voluntarios sobre relaciones humanas que fortalezcan los elementos que determinaron la satisfacción por el trato.

- ◆ Reproducir la estrategia de las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias en otras poblaciones que no pueden acceder con facilidad a los servicios de salud.

XII.- BIBLIOGRAFIA

- AHRTAG, Avances logrados por los programas nacionales de control de enfermedades diarreicas (CED), Dialogo sobre la diarrea (39): 8 Londres, Marzo 1992.
- AHRTAG, Comenzando por lo básico ¿que es la Terapia de Rehidratación Oral?, Dialogo sobre la Diarrea (44): 5 Londres, Junio 1993.
- AHRTAG, Cuidado en el manejo de los alimentos y el agua disminuye el riesgo de enfermedades, Dialogo sobre la Diarrea (35):1 Londres, Marzo 1991.
- AHRTAG, Enfoque más amplio sobre la salud del niño, Diálogo sobre la Diarrea (33):1 Londres, Junio 1996.
- AHRTAG, Liquidos disponibles en el hogar para prevenir la deshidratación, Diálogo sobre la Diarrea (54):4 Londres, Junio 1996.
- AHRTAG, Red de Norte a Sur, Diálogo sobre la Diarrea (48):5 Londres, Diciembre 1994.
- AHRTAG, Una evaluación es útil, no presenta una amenaza, Diálogo sobre la Diarrea (46):1 Londres, Marzo 1994.
- AHRTAG, Una investigación participativa en terapia de rehidratación oral, Diálogo sobre la Diarrea (38):2 Londres, Diciembre 1991.
- De CANALES, F. H. de ALVARADO, E.L.PINEDA , E.B. Metodología de la investigación : Manual para el desarrollo de personal de Salud WA. D.C. OPS/OMS 1989 Paltex para ejecutores de Programas de Salud No 9.
- CIES, UNAN Dossier Intervenciones Eficaces en Salud, Nicaragua 1996.
- DANIEL, W.W, Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud, 3ra ed. México, LIMUSA, 1989. 667p.
- GREEN C. I, PEÑA G. A., Evaluación del funcionamiento de las unidades de rehidratación oral Región III, Managua; Tesis Maestria en Salud Pública. Managua, Nicaragua, UNAN/ CIES, Enero 1985, 114 p.

- HERNANDEZ, A. et.al. Estudios Socioeconómicos, Educación Sanitaria, Nicaragua, 1992.
- ICAZA, E. L. Evaluación del cumplimiento de las normas URO actualizadas para tratar al niño con diarrea por niveles de riesgo en cinco áreas de salud de la región III. Condiciones maternas y su relación con la frecuencia de enfermedades diarreicas agudas, Tesis Maestría en Salud Pública. Managua, Nicaragua, UNAN/CIES, Octubre 1986. 110 p.
- ISAZA, P. et.al. Programa de control de enfermedades diarreicas en niños refugiados nicaraguenses en el Campo Luna, Honduras. Bol. Oficina Sanitaria Panamá. 91 (2): 115- 122. 1981.
- MAIRENA, D.L. Conocimientos y manejos populares sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años, La Trinidad, Esteli, 1990. Managua, UNAN Noviembre 1991, 92 p. NI 15, UNAN001, M228, 1991.
- MARTINEZ. S.H, CALVA, M.J. MENESES.D.L. Uso de bebidas y alimentos en el hogar durante la diarrea aguda del niño: estudio etnográfico en una zona rural mexicana. Bol. Med. Hosp. Infantil. México. 48 (4): 235-242, Abril 1991.
- MCLEAN M. et.al. Etiología de la diarrea infantil y terapia de rehidratación oral en el nordeste de Brasil. Bol. Oficina Sanitaria Panamá. 92 (5): 405-417, 1982.
- NATIONS. M. et.al. Los curanderos brasileños, promotores eficientes de la terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil. Bol. Oficina Sanitaria Panamá. 107 (1): 21, Julio 1989.
- OPS. Salvar vidas a tiempo, Dialogo sobre atención infantil (1) Wa , Junio 1997.
- PIURA LOPEZ, J. Introducción a la metodología de la investigación científica 2 ed. Managua , El Amanecer 1995 .
- SOLORZANO.G.A. Análisis costo efectividad de la terapia de rehidratación oral en Nicaragua, Tesis Maestría en Salud Pública, Managua, Nicaragua, UNAN/ CIES, Marzo 1993. 60 p.

ANEXOS

Cuadro No. 1

Caracterización de las madres usuarias de la UROC en Río San Juan; Junio - Agosto 1998

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Lee	68	67.3	33	32.7
Trabaja fuera de casa	23	22.8	78	77.2
Cuida a los niños	93	92.1	8	7.9
Visita a la unidad de salud	57	56.4	44	43.6

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 2

Factores asociados al uso de la UROC en Río San Juan; Junio -
Agosto 1998

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Pago por la consulta	2	2	99	98
Regresa nuevamente a la UROC	101	100	0	0

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 3

Percepción de las madres usuarias por la atención reciba en la UROC, Río San Juan; Junio - Agosto 1998

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Interrogatorio	93	92.1	8	7.9
Examen físico	70	69.3	31	30.7
Preparación SRO	67	66.3	34	33.7
Administración SRO	58	57.4	43	42.6
Indicaciones SRO	99	98	2	2
Seguimiento	65	64.4	36	35.6
Atención dentro de la casa	97	96	4	4
Satisfacción por la atención	101	100	0	0

Fuente. Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 4

Relación entre voluntarios y madres usuarias de UROC, Río San Juan; Junio - Agosto 1998

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Lenguaje (Explicaciones)	94	93.1	7	6.9
Confianza	97	96	4	4
Cortesía	99	98	2	2
Seguridad	100	99	1	1
Satisfacción por el trato	100	99	1	1

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 5

Actividades de Promoción realizadas en la UROC, Río San Juan; Junio - Agosto 1998

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Mensajes educativos	78	77.2	23	22.8
Aseo personal	58	57.4	43	42.6
Agua y letrina	46	45.5	55	54.5
Nutrición	30	29.7	71	70.3
Vacunas	27	26.7	74	73.3
Planificación familiar	21	20.8	80	79.2
Malaria	19	18.8	82	81.2
Lactancia materna	5	5	96	95
Vitamina A	3	3	98	97
IRA	1	1	100	99

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 6
 Razones por las que las madres usuarias
 consideran necesaria la UROC, Río San Juan;
 Junio - Agosto, 1998

RAZONES	Fc	%
Es cerca	47	46.5
Sin datos	15	14.9
SRO	12	11.8
Unico lugar	11	10.8
No se mueran los niños	5	5.0
Salud de los niños	4	4
Hay medicamento	3	3
Es más rápido	2	2
Es importante para la comunidad	1	1
Es buena	1	1
Total	101	100.0

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de las UROC.

Cuadro No. 7
 Percepción acerca de la posibilidad de cerrar
 la UROC expresadas por las madres usuarias,
 Río San Juan; Junio - Agosto, 1998

PERCEPCIONES	Fc	%
Estaría mal	29	28.7
Es cerca	19	18.8
Unico lugar	16	15.8
Buscar otro sitio con SRO	7	6.9
Los niños morirían	6	5.8
Salud de los niños	5	5
La necesitamos	4	4
Es buena aquí	4	4
Nosotros la ocupamos	4	4
Accesible a cualquier hora	2	2
No le puedo decir	2	2
Ayuda a los enfermos	1	1
Hacer SRO casero	1	1
Estaría bien	1	1
Total	101	100.0

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de las UROC.

Cuadro No. 8
 Acciones propuestas por las madres ante el
 hipotético cierre de la UROC, Río San Juan;
 Junio - Agosto, 1998

ACCIONES	Fc	%
Apoyar	40	39.6
Hablar con el responsable	26	25.7
Buscar una solución	12	11.9
No sabe	8	7.9
Reunirnos	7	6.9
Lo que pueda	5	5
Decir que la necesitamos	3	3
Total	101	100.0

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de las UROC.

Cuadro No. 9
 Grupo de edad y nivel educativo de madres usuarias de UROC
 Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Grupos de Edad	LEE				TOTAL	
	SI		NO		Fc	%
	Fc	%	Fc	%		
Jóvenes (15-24)	26	25.7	4	4	30	29.7
Maduras (25-34)	31	30.6	15	14.8	46	45.5
Añosas (35 ó +)	11	10.8	14	13.8	25	24.7
Total	68	67.1	33	32.6	101	100

Fuente: Encuestas de madres usuarias de UROC.

P. Value: 0.03197170

Cuadro No. 10
 Motivos de demanda por grupos de edades de madres usuarias de UROC
 Río San Juan, Junio - Agosto 1998

MOTIVOS	EDAD						TOTAL	
	JOVENES		MADURAS		ANOSAS		Fc	%
	Fc	%	Fc	%	Fc	%		
Sin datos	2	1.98	1	0.99	0	0	3	2.97
Diarrea	2	1.98	5	4.95	5	4.95	12	11.8
SRO	21	20.5	23	22.7	16	15.8	60	59.4
Curar	3	2.97	12	11.8	1	0.99	16	15.8
Medicamentos	2	1.98	5	4.95	3	2.97	10	9.9
Total	30	29.4	46.0	45.4	25	24.7	101	100

Fuente: Encuestas de madres usuarias de UROC.

P. Value: 0.02585148

Cuadro No. 11
 Accesibilidad Cultural y Trabajo de madres usuarias de UROC
 Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Pensamiento acerca de UROC	TRABAJO				TOTAL	
	SI		NO			
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Sin datos	1	0.99	0	0	1	0.99
Es buena	13	12.87	24	23.8	37	36.5
SRO	3	2.9	7	6.9	10	9.8
Cerca	3	2.9	29	28.7	32	31.6
Curar	0	0	15	14.8	15	14.8
Ampliar	1	0.99	1	0.99	2	1.98
Unico lugar	2	1.99	2	1.99	4	3.96
Total	23	22.6	78	77.2	101	100

Fuente: Encuestas de madres usuarias de UROC.

P. Value: 0.00884455

Cuadro No. 12

Motivos de demanda y visita a la unidad de salud de madres usuarias de UROC
Río San Juan, Junio - Agosto 1998

MOTIVOS	VISITA				TOTAL	
	SI		NO		Fc	%
	Fc	%	Fc	%		
Sin datos	1	0.99	2	1.9	3	2.97
Diarrea	7	6.9	5	4.9	12	11.88
SRO	38	37.6	22	21.8	60	59.4
Curar	10	9.9	6	5.99	16	15.8
Medicinas	1	0.99	9	8.9	10	9.9
Total	57	56.4	44	43.5	101	100

Fuente. Encuestas de madres usuarias de UROC.

P. Value: 0.02842652

Cuadro No. 13

Percepción de la UROC según el nivel de satisfacción por la atención de madres usuarias
Río San Juan, Junio - Agosto 1998

POR QUE UROC	CUALIFICACION DE SATISFACCION				TOTAL	
	MUY SATISFECHA		POCO SATISFECHA		Fc	%
	Fc	%	Fc	%		
Sin datos	15	14.8	0	0	15	14.8
Cerca	47	46.5	0	0	47	46.5
Salud Niños	4	3.9	0	0	4	3.9
Importante para la comunidad	1	0.99	0	0	1	0.99
Unico lugar	10	9.9	1	0.99	11	10.8
Más rápido	2	1.98	0	0	2	1.98
No se mueren los niños	5	4.9	0	0	5	4.9
SRO	12	11.8	0	0	12	11.8
Buena	0	0	1	0.99	1	0.99
Hay medicamento	2	1.98	1	0.99	3	2.9
Total	98	96.8	3	3.0	101	100

Fuente: Encuestas de madres usuarias de UROC.

P. Value: 0.00000002

Cuadro No. 14

Lenguaje y confianza brindados por el voluntario; Río San Juan,
Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Confianza					
	SI		NO		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	93	92.07	1	0.99	94	93.1
NO	4	3.96	3	2.97	7	6.9
Total	97	96.1	4	3.96	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 15

Lenguaje y cortesía brindados a las madres usuarias de UROC; Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Cortesía					
	SI		NO		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	94	93	0	0	94	93.1
NO	5	4.9	2	1.98	7	6.9
Total	99	98	2	1.98	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 16

Lenguaje y cualificación de la confianza brindada por el voluntario;
Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Cualificación Confianza					
	MUCHA		POCA		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	92	91	2	1.9	94	93.1
NO	4	3.9	3	2.9	7	6.9
Total	96	95.04	5	4.9	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 17

Lenguaje y cualificación de la cortesía brindadas a las madres usuarias de UROC; Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Cualificación de la cortesía					
	Mucha		Poca		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	94	93	0	0	94	93.1
NO	5	4.95	2	1.9	7	6.9
Total	99	98	2	1.98	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 18

Lenguaje y Seguridad percibida por las madres usuarias de UROC,
Río San Juan; Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Seguridad					
	SI		NO		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	94	93	0	0	94	93.1
NO	6	5.9	1	0.99	7	6.9
Total	100	99	1	0.99	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 19

Lenguaje y cualificación de seguridad percibida por las madres usuarias de UROC; Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Lenguaje	Cualificación Seguridad					
	Mucha		Poca		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	93	92.07	1	0.99	94	93.1
NO	4	3.96	3	2.9	7	6.9
Total	97	96.03	4	3.96	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 20

Confianza y cualificación de la cortesía percibida por las madres usuarias de UROC Río San Juan, Junio-Agosto 1998

Confianza	Cualificación Cortesía					
	Mucha		Poca		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
SI	97	96.03	0	0	97	96.0
NO	2	1.98	2	1.9	4	4.0
Total	99	98	2	1.98	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 21

Cualificación de la satisfacción por el trato y cualificación de la atención percibida por las madres usuarias de UROC; Río San Juan, Junio - Agosto 1998

Cualificación satisfacción/trato	Cualificación satisfacción/atención					
	MUCHA		POCA		Total	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
MUCHA	95	94	0	0	95	94.1
POCA	3	2.9	3	2.9	6	5.9
Total	98	96.9	3	2.9	101	100

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de las UROC.

P. Value: -0.00000000

Cuadro No. 22 B
Mensaje Educativo Nutrición

				Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por la atención	+	29 6.6%	69 97.1%	98
	-	1 3.3%	2 2.8%	3
			30	71

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

P Value: 0.01621489

Cuadro No. 22 C
Mensaje Educativo Lactancia Materna

				Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por la atención	+	4 80%	94 97.9%	98
	-	1 20%	2 2.1%	3
			5	96

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

P Value: 0.02543933

Cuadro No. 22 A
Interrogatorio

				Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por la atención	+	91 97.8%	7 87.5%	98
	-	2 2.15%	1 12.05%	3
			93	8

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

P Value: 0.00762579

Cuadro No. 23

Elementos que determinaron la satisfacción por la atención en las madres usuarias de UROC en Río San Juan; Junio - Agosto 1998

Variable	Valor	Porcentaje	Diferencia	Valor P
Interrogatorio	+	97.8	10.3	0.00762579
	-	87.5		
Mensaje Educativo Lactancia Materna	+	80.0	-17.9	0.02543933
	-	97.9		
Mensaje Educativo Nutrición	+	6.6	-90.5	0.01621489
	-	97.1		

Fuente: Entrevista a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 24 A

		Lenguaje		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por el trato	+	91 96.8%	4 57.1%	95
	-	3 3.19%	3 42.8%	6
		94	7	101

Fuente: Encuestas a clientes usuarios de EFC
 N. Valor: 0.0000774

Cuadro No. 24 B

		Confianza		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por el trato	+	94 96.9%	1 25%	95
	-	3 3.09%	3 75%	6
		97	4	101

Fuente: Encuestas a clientes usuarios de EFC
 N. Valor: 0.0000000

Cuadro No. 24 C

		Amabilidad		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción por el trato	+	95 95.9%	0 0%	95
	-	4 4%	2 100%	6
		99	2	101

Fuente: Encuestas a clientes usuarios de EFC
 N. Valor: 0.0000000

Cuadro No. 24 D

		Nivel de confianza		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción con el trato	+	93 96.8%	2 40%	95
	-	3 3.2%	3 60%	6
		96	5	101

Fuente: Encuestas a clientes usuarios de EFC
 N. Valor: 0.0000000

Cuadro No. 24 E

		Seguridad		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción con el trato	+	95 95%	0 0%	95
	-	5 5%	1 100%	6
		100	1	101

Fuente: Encuestas a clientes usuarios de EFC
 N. Valor: 0.0000000

Cuadro No. 25

Elementos que determinan la satisfacción por el trato en madres usuarias de UROC, Río San Juan; Junio - Agosto 1998

Variable	Valor	Porcentaje	Diferencia	Valor P
Cortesía	+	95.9	95.9	0.0000000
	-	0.0		
Seguridad	+	95.0	95.0	0.0000032
	-	0.0		
Confianza	+	96.9	71.9	0.00000066
	-	25.0		
Nivel de confianza	+	96.8	56.8	0.00005774
	-	40.0		
Lenguaje	+	96.8	39.7	0.00000001
	-	57.1		

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 26 A

Nivel de satisfacción con el trato

		Nivel de satisfacción con el trato		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción con la UROC	+	94 98.9%	5 83.3%	99
	-	1 1.05%	1 16.6%	2
		95	6	101

Fuente: Encuesta de satisfacción de UROC

Fecha: 11/09/2014

Cuadro No. 26 B

Mensajes Educativos

		Mensajes Educativos		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción con la UROC	+	78 100%	21 91.3%	99
	-	0 0%	2 8.69%	2
		78	23	101

Fuente: Encuesta de satisfacción de UROC

Fecha: 11/09/2014

Cuadro No. 26 C

Mensaje Educativo Nutrición

		Mensaje Educativo Nutrición		Total
		+	-	
Nivel de satisfacción con la UROC	+	30 100%	69 97.1%	99
	-	0 0%	2 2.8%	2
		30	71	101

Fuente: Encuesta de satisfacción de UROC

Fecha: 11/09/2014

Cuadro No. 24

Cualificación de la satisfacción por la atención

		Cualificación de la satisfacción por la atención		Total
		+	-	
Cualificación de la satisfacción por la UROC	+	97 98.9%	2 66.6%	99
	-	1 1.1%	1 33.3%	2
		98	3	101

Fuente: Encuesta de satisfacción de UROC

Fecha: 11/09/2014

Cuadro No. 27

Elementos que determinan la satisfacción por los servicios en general brindados por la UROC, Río San Juan; Junio - Agosto 1998

Variable	Valor	Porcentaje	Diferencia	Valor P
Cualificación de la satisfacción por la atención	+	98.9	32.3	0.0000000
	-	66.6		
Satisfacción con el trato	+	98.9	15.6	0.00000004
	-	83.3		
Mensajes Educativos	+	100.0	8.7	0.02383819
	-	91.3		
Mensajes Educativos Nutrición	+	100.0	2.9	0.00327656
	-	97.1		

Fuente: Entrevistas a madres usuarias de UROC.

Cuadro No. 28

Caracterización de demandantes según
percepción del voluntario, Río San Juan; Junio -
Agosto 1998

TIPO DE DEMANDANTE	Fc	%
Todas	10	55.6
Más pobres	4	22.2
Que viven más cerca	2	11
Tienen niños muy enfermos	1	5.6
Más jóvenes	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: Entrevistas a voluntarios responsables de las UROC.

Cuadro No. 29

Motivos de demanda de las madres según
percepción del voluntario, Río San Juan; Junio -
Agosto 1998

MOTIVOS DE DEMANDA	Fc	%
Atención diarrea	4	22.2
Obtención SRO	4	22.2
Cercanía	3	16.7
Curar diarrea	2	11.1
Pobreza	2	11.0
Necesidad de salud	1	5.6
Evitar muerte	1	5.6
Aprendizaje	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: Entrevistas a voluntarios responsables de las UROC.

Cuadro No. 30

Percepción del voluntario acerca de su trabajo en la UROC

VARIABLE	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Solución de problema	18	100	0	0
Obtención de ventajas	18	100	0	0
Satisfacción personal	17	94.4	1	5.6

Fuente: Entrevistas a voluntarios responsables de las UROC.

Cuadro No. 31

Ventajas percibidas por el voluntario de la
UROC

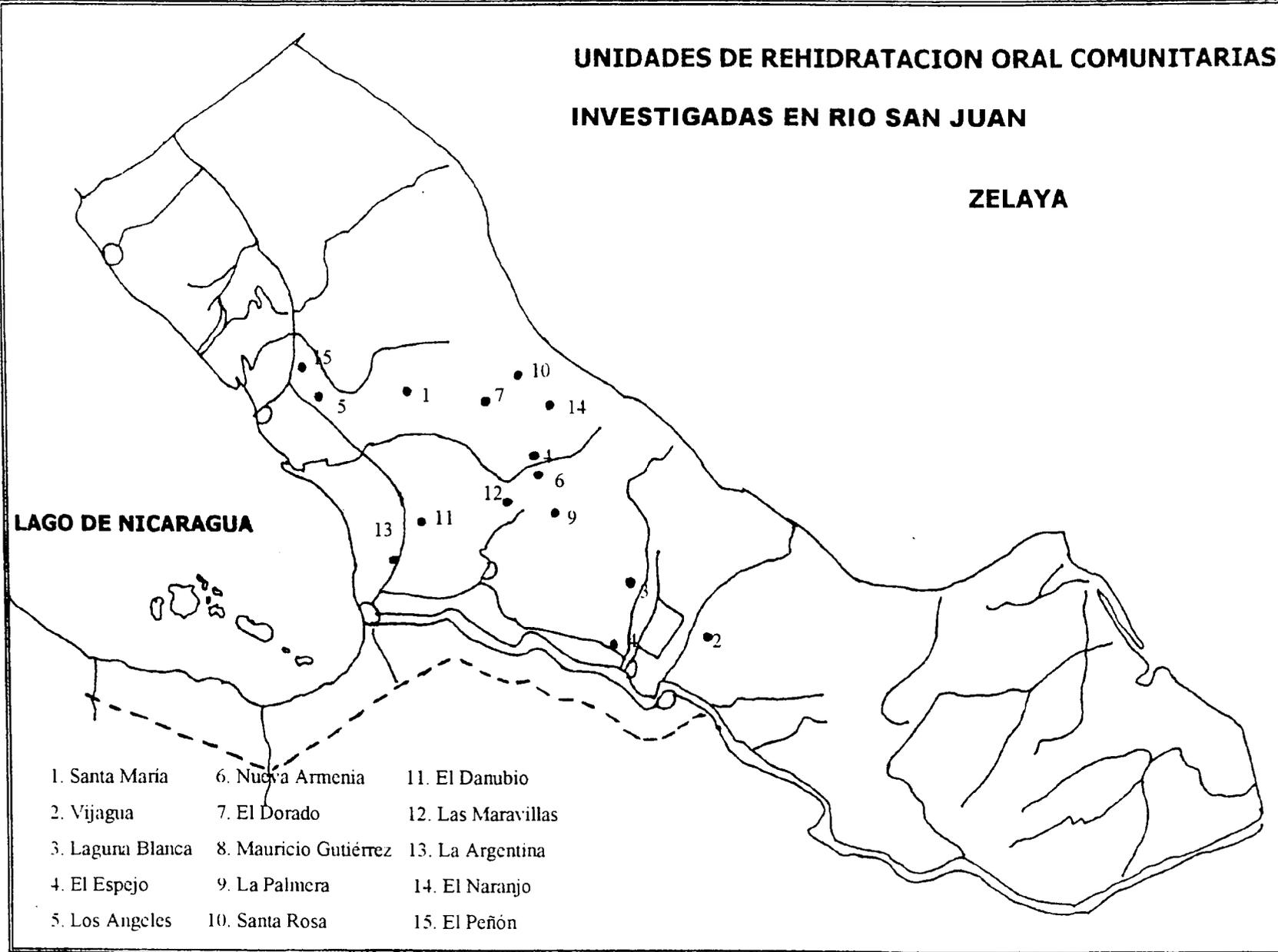
TIPO DE VENTAJA	Fc	%
Respeto de la comunidad	11	61.1
Buena comunicación	5	27.8
Oportunidad de servir	4	22.2
Prestigio	3	16.7
Poder curar niños	3	16.7
Experiencias personales	2	11.1
Realización personal	2	11.1
Aprendizaje	1	5.6
Realizar prevención	1	5.6
Evitar distancias	1	5.6
Desarrollo comunitario	1	5.6

Fuente: Entrevistas a voluntarios responsables de las UROC.

**UNIDADES DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIAS
INVESTIGADAS EN RIO SAN JUAN**

ZELAYA

LAGO DE NICARAGUA



ANEXO No 2.B

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA.

GUIA DE ENTREVISTA A MADRES USUARIAS DE LA UROC.

COMUNIDAD: _____

NUMERO DE ENTREVISTADA:

Nombre de la madre: _____

1.- ¿ Cuántos años tiene? (madre).

_____.

2.- ¿ Sabe leer ?

SI NO

3.- ¿ Trabaja fuera de la casa?

SI NO

4.- ¿Usted es la que cuida al o los niños? Quién los cuida?.

SI NO

5.- ¿ Ha visitado la unidad de salud más próxima en los últimos tres meses?

SI NO

6.- ¿Cuánto tiempo le toma llegar a la UROC? (en minutos).

7.- ¿ En que va a la UROC?

- A pie

- Bestia/ caballo.

8.- ¿ Pagó algo por la consulta?

SI NO

9.- ¿ Por qué llevo al niño a a la UROC cuando tuvo diarrea?

10.- ¿ Qué piensa de la UROC? Por qué?

11.- ¿ Regresaría a la UROC si su hijo tuviera nuevamente diarrea ?

SI NO

12.- ¿ Cuándo lo llevo a la UROC el brigadista le hizo preguntas sobre el estado de salud de su niño?

SI NO

13.- ¿ Cuándo lo llevo a la UROC el brigadista reviso al niño?

SI NO

14.- ¿Cuándo lo llevo a la UROC el brigadista preparo el suero para darle a su niño?

SI NO

15.- ¿Cuándo lo llevo a la UROC el brigadista le dio de beber suero al niño?

SI NO

16.- ¿Cuándo lo llevo a la UROC el brigadista le dio indicaciones para continuar el tratamiento en su casa?

SI NO

17.- ¿ Cuándo lo llevo a la UROC cuanto tiempo le tomo al brigadista atender a su niño? (en minutos).

18.- ¿ Después que llevo al niño a la UROC, el brigadista volvió a verlo para saber si había mejorado?

SI NO

19.- ¿ Cuándo llevo el niño a la UROC donde la atendió el brigadista?

- Dentro de la casa
 - Fuera de la casa

20.- ¿Quedo satisfecha con la atención recibida?

SI NO

21.- ¿Cuanto de satisfecha?

- Poco satisfecha
 - Medianamente satisfecha
 - Muy satisfecha
 - Totalmente satisfecha

22.- ¿Cuándo llevo el niño a la UROC como fueron las explicaciones que le dio el brigadista?

- Claras
 - Confusas
 - No entendió
 - No le dieron explicaciones.

23.- ¿Cuándo llevo al niño a la UROC se sintió en confianza de contarle todo al brigadista?

SI NO

24.- ¿Cuanta confianza?

-Poca
 -Mucha

25.- ¿ Cuándo llevo al niño a la UROC el brigadista fue amable con usted?

SI NO

26.- ¿Cuanta amabilidad?

- Poca
- Mucha

27.- ¿ Cuándo llevo al niño a la UROC sintió seguridad de que el brigadista lo trataría correctamente, que estaria en buenas manos?

- SI
- NO

28.- ¿Cuanta seguridad?

- Poca
- Mucha

29.- ¿ Quedó satisfecha por el trato recibido?

- SI
- NO

30.- ¿Cuanto de satisfecha?

- Poco satisfecha
- Medianamente satisfecha
- Muy satisfecha
- Totalmente satisfecha

31.- ¿ Cuándo llevo al niño a la UROC el brigadista le dio algunos mensajes educativos?

- SI
- NO

32.- ¿ Sobre qué le hablo el brigadista?

- Agua y letrinas
- Alimentación del niño
- Pecho
- Vacunas
- Higiene personal
- Vitamina "A"
- Tos y catarro
- Malaria

33.- ¿ Cree que es necesario que haya una UROC en su comunidad? Por qué?

SI NO

34.- ¿Que piensa sobre la posibilidad de cerrar la UROC.

35.- ¿Que haría usted para que no se cierre?

36.- ¿ Siente que el voluntario solucionó el problema de su niño?

SI NO

37.- ¿Quedo satisfecha con la UROC?

SI NO

38.- ¿Cuanto de satisfecha?

- Poco satisfecha
- Medianamente satisfecha
- Muy satisfecha
- Totalmente satisfecha

ANEXO No. 2.C

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA.

GUIA DE ENTREVISTA A VOLUNTARIOS RESPONSABLES DE UROCs

NOMBRE: _____

COMUNIDAD: _____

1.- ¿Qué tipo de madres vienen a la UROC?

2.- ¿Cuál cree usted que son las razones por las que las madres vienen a la UROC?

3.- ¿Piensa que resuelve los problemas de los niños con diarrea de su comunidad que vienen a consultarlo?

SI NO

4.- Considera que obtiene alguna ventaja siendo responsable de la UROC?

SI NO

5.- ¿Qué tipo de ventaja?

- Beneficios materiales
- Prestigio
- Respeto de la comunidad
- Otros

6.- ¿Cómo consideraría su nivel de satisfacción por el trabajo que realiza en la UROC?

- Insatisfecho
- Poco satisfecho
- Medianamente satisfecho
- Muy satisfecho.
- Totalmente satisfecho
- Otros.