

**PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES ANTE SIGNOS DE LA ENFERMEDAD  
DIARRÉICA AGUDA Y LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS DE LA ESCUELA EL NORAL 2015-2016**

*CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA*



Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Eliana María Rendón Bustamante

Juliana Rendón López

Xiomara Toro Medina

Medellín, Colombia

2016



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

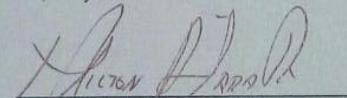
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CENTRO DE INVESTIGACIONES

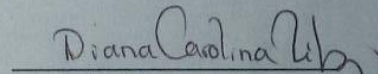
NOTA DE ACEPTACIÓN

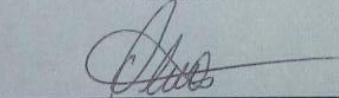
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años de la escuela el Noral, 2016" elaborado por las estudiantes: Eliana María Rendón Bustamante, Juliana Rendón López y Xiomara Toro Medina del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

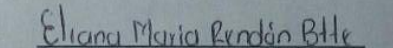
*Aprobado - Bueno*

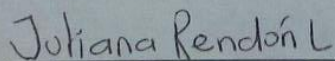
Medellín, Mayo 23 de 2016

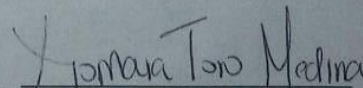
  
Mg (c). Milton Andrés Jara  
Presidente

  
Enf. Diana Velez  
Secretario

  
Mg (c). Olga Liliana Mejia  
Vocal

  
Eliana María Rendón Bustamante  
Estudiante

  
Juliana Rendón López  
Estudiante

  
Xiomara Toro Medina  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

## RESUMEN DEL PROYECTO DE GRADO

### *CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA*

Facultad Ciencias de la Salud

Programa De Enfermería

#### PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES ANTE SIGNOS DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA ESCUELA EL NORAL 2015-2016

Eliana María Rendón Bustamante

Juliana Rendón López

Xiomara Toro Medina

Asesor metodológico: Diana Carolina Vélez Castañeda

La infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, son enfermedades prevalentes de la infancia, son una preocupación a nivel mundial, a pesar de las estrategias implementadas se siguen presentando miles muertes que son prevenibles en menores de 5 años, en este estudio se quiere describir las prácticas de cuidado que adoptan los cuidadores ante la presencia de signos de las enfermedades. **OBJETIVO:** Identificar las prácticas que adoptan los cuidadores de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral frente a los signos de 2 enfermedades prevalentes en la infancia.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo, de corte transversal, desarrollado en la Escuela El Noral de la Ciudad de Medellín, se realizó aplicación de instrumento tipo encuesta al cuidador principal para describir las prácticas de cuidado que se realizan al menor de 5 años ante la presencia de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda. **RESULTADOS:** Se recolectó el 58,3% (42) de las encuestas diligenciadas, donde encontramos que en un 83% el cuidador corresponde a la madre; se realizó un

análisis por categorías, las cuales nacieron de las descripciones de las prácticas de cuidados adoptadas por los cuidadores. Estas categorías de análisis se les asignaron el nombre de visita al médico, automedicación y cuidados en casa. Se encontró que ante la presencia de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda los cuidadores en gran mayoría brindan cuidados en casa y medican, pero al presentarse signos generales de peligro visitan al médico en promedio 54.4%. Ver análisis de la investigación

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Las prácticas de cuidado son determinadas por el cuidador principal, evidenciándose que los principales cuidadores de los menores son sus madres, la mayoría son profesionales y las prácticas tuvieron un mayor porcentaje en visitas al médico ante la presencia de cualquier signo de alguna de las 2 patologías y se concluye que aunque la AIEPI sea un estrategia nacional no toda la población identifica las prácticas que esta tiene para el cuidado de los niños menores de 5 años.

## CONTENIDO

RESUMEN DEL PROYECTO DE GRADO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Justificación .....	12
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Pregunta de investigación .....	15
1.4 Objetivo general.....	15
1.4.1 Objetivos específicos .....	16
1.5 Viabilidad de la investigación.....	16
1.6 Alcance de la investigación .....	16
1.7 Delimitación de la investigación.....	17
1.8 Limitación de la investigación .....	17
2. MARCO TEÓRICO .....	18
2.1 MARCO CONCEPTUAL .....	18
3.1 MARCO REFERENCIAL.....	20
4.1 MARCO INSTITUCIONAL .....	23
2.2.1 Perfil institucional .....	23
2.2.2 Misión.....	24
2.2.3 Visión .....	25
2.2.4 Marco histórico.....	25
2.2.5 Marco geográfico.....	26
2.3 MARCO LEGAL.....	26
2.4 MARCO DISCIPLINAR.....	32
2.5 MARCO TEÓRICO .....	34
3. METODOLOGÍA.....	39

5.1	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	39
3.2	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.3	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	40
3.4	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN....	40
3.4.1	Aspectos éticos de la investigación.....	41
3.4.2	Piloto informe.....	42
3.5	CRONOGRAMA DE la investigacIón.....	42
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	46
5.	DISCUSIÓN.....	53
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
7.	REFERENCIAS.....	60
8.	ANEXOS.....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cronograma de la Investigación.....	43
Tabla 2 Alfa de Cronbach.....	47
Tabla 3 Ocupación de quien diligencia la encuesta.....	48
Tabla 4 ¿Que hace el cuidador cuando el menor a respirar se le hunde el estómago y los espacios entre las costillas? .....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 ¿Qué hace usted cuando el menor tiene tos?.....	49
Grafico 2 ¿Qué hace usted cuando las deposiciones del menor son con moco?.....	51



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

Adventistas del séptimo día (ASD)

Análisis de situación de salud (ASIS)

Clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO)

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI)

Estados unidos (EEUU)

Fondo nacional de salud (FONASA)

Fondo de las naciones unidas para la Infancia (UNICEF)

Institución educativa colombo venezolano (ICOLVEN)

Infección respiratoria aguda (IRA)

Modelo de promoción de la salud (MPS)

Organización mundial de salud (OMS)

Organización de las naciones unidas (ONU)

Organización panamericana de salud (OPS)

Sistema educativo adventista de Colombia (SEAC)

Statistical product and service solutions" (SPSS)

Sales de rehidratación oral (SRO)

Tecnologías de información y comunicación (TICS)

## ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado .....	72
Anexo 2 Cuestionario .....	73
Anexo 3 Validación de Instrumento .....	76
Anexo 4 Validación 2 de Instrumento .....	77

## INTRODUCCIÓN

La falta de conocimiento de los cuidadores de los niños menores de 5 años es un problema grave a nivel mundial, a raíz de esto se evidencia aún altas cifras en la morbilidad y mortalidad infantil, La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA) son dos grupos de patologías complejas que a pesar de los esfuerzos siguen cobrando vidas. Según el ASIS (1) En los 10 últimos años ha descendido la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en nuestro país, para alcanzar una tasa en 2011 de 14,81 muertes por 1.000 nacidos vivos

De acuerdo a los resultados del ASIS (1) se puede establecer que los problemas de salud en los niños en gran mayoría son prevenibles. Sí se intervinieran con medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los escenarios sociales, se tomarían medidas sobre las enfermedades infecciosas mejorando la cobertura en vacunación, crecimiento y desarrollo y educación para la salud, que intervienen en la prevención de la infección respiratorias aguda y enfermedad diarreica aguda.

La presente investigación describe las prácticas de cuidado que adoptan el cuidador principal de cada uno de los menores de 5 años que aceptaron participar en la investigación, la cual se desarrolló en la Escuela el Noral de la Ciudad de Medellín en el periodo comprendido 2015-2 a 2016-1, ante la presencia de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, de acuerdo al AIEPI en su componente comunitario estas prácticas serán descritas con la finalidad de que tan acordes están con la estrategia como dice Cárdenas (2) en su investigación que las madres presentan practicas adecuadas ante la presencia de signos de la IRA y la EDA.

Para la recolección de datos fue necesaria la construcción de instrumento tipo encuesta que se envió a los hogares de los menores por medio de la agenda estudiantil en conjunto con el consentimiento informado. Es una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal; donde se realizó análisis por categorías de las prácticas

descritas por los cuidadores donde surgieron 5 categorías de las cuales 3 describen las prácticas de cuidado más frecuentes ante la presencia de signos de la EDA y la IRA

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (3) en el mundo las muertes de los menores de 5 años aún siguen siendo método de estudio porque aunque se han creado múltiples estrategias para evitar la morbimortalidad de estos aún se siguen presentando. Como menciona Villacrés (4) Cada día se obtienen datos donde se evidencia que millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacias, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Según Carrasco (5) Los estudios indican que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado para el manejo en el hogar por parte del personal sanitario capacitado para ello. La limitación de suministros, junto con el aumento del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que el personal de salud puedan aplicar procedimientos clínicos y educativos que cumplan con las necesidades de los menores; tanto en el espacio intra como extra hospitalario; es por ello que una de las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud (6) en sus objetivos del milenio es que para el 2015 el objetivo número 4 “Reducir la mortalidad infantil” (7) buscando que “la mortalidad en la infancia se reduzca en dos terceras parte” (8) de los 93 niños por cada 1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990, a 31 por cada 1000 en 2015.

Debido a estos factores, la prestación de una atención de calidad a los niños menores de 5 años enfermos supone un importante desafío; para afrontarlo la OMS y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia han elaborado la estrategia denominada “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI” (9). La AIEPI (9) es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios

En respuesta a que a pesar de todos los esfuerzos que se hacen a nivel mundial para reducir la mortalidad infantil se siguen presentando, nace la inquietud de investigar sobre las prácticas que adoptan los principales cuidadores de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral frente a los signos generales de las enfermedades prevalentes en la infancia: La enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria, teniendo conocimiento de que estas dos enfermedades tienen una gran incidencia en la población infantil.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A nivel mundial mueren cada año millones de niños menores de 5 años a causa de enfermedades perinatales, infecciones respiratorias agudas, deficiencias nutricionales y enfermedades gastrointestinales infecciosas; por ello se han implementado herramientas que buscan reducir la mortalidad infantil en estos menores en dos tercios como lo plantea el objetivo de desarrollo del Milenio número 4 entre el año 1990 y 2015. Según la organización mundial de la salud (8), entre el 1990 y 2013 la mortalidad en menores de 5 años disminuyó en un 49%, pasando de una tasa estimada de 90 a 48 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

En Colombia según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (10) y la ASIS (1) la mortalidad en los menores de cinco años sigue una tendencia similar a la mortalidad en menores de un año. Entre 2000 y 2011, la tasa pasó de 24,56 a 14,81 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, significando una reducción de 9,75 muertes por cada 1.000 nacidos en todo el periodo. Alrededor del 82% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida, se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. Las tasas de mortalidad más altas en los niños de 1 a 4 años se atribuyen a las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuya tendencia ha sido decreciente, pasando de 19,01 muertes en el año 2005 a 12,86 por cada 100.000 menores en 2011.

Luego están los signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, las enfermedades del sistema respiratorio y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas como causas más frecuentes de mortalidad en este grupo de edad, con tasas para 2011 de 6,72 y 5,06 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años, respectivamente. La tendencia es similar tanto para hombres como para mujeres.

En 1998 se adoptó en el país la “estrategia para la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia” (9) que consta de tres componentes: clínico, comunitario y el de organización local con el objetivo de disminuir a corto plazo la mortalidad infantil, esto se logra con la participación de los padres, aprendiendo a reconocer los signos de alarma, para que consulten al médico en el tiempo oportuno; y por otra parte la capacitación del personal de salud para detectar de forma rápida los niños que requieran atención hospitalaria.

Según el análisis de situación de salud (1), 2014 La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años ha tendido al descenso. De 1998 a 2011 la mortalidad se redujo en 30,07 muertes por cada 100.000 menores; las tasas han pasado de 33,80 a 3,73 muertes por cada 100.000 menores de cinco años., igual que la Infección Respiratoria Aguda (IRA) que entre los años 2001 y 2011 disminuyó en 19,44 muertes por 100.000 menores de dicha edad; la tasa pasó de 35,38 a 15,94

Teniendo en cuenta que la implementación de medidas para reducir la mortalidad en menores de 5 años ha presentado gran avance pero aún hay que hacer intervenciones para que la totalidad de la población identifique los signos generales de peligro que presentan los menores y mediante esto se tomen conductas adecuadas y oportunas para el cuidado de la salud lo que llevaría a reducciones mucho más significativas hasta que se logre lo planteado en el objetivo del milenio.

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño. "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento" (11) y en la Convención sobre los derechos de los niño realizada por UNICEF el 20 de Noviembre de 1989 el artículo número 7 recita: "1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos" (12) queda claro que todos los países que asistieron a dicha convención velarán porque el cuidado de los niños esté a cargo de sus padres desde que estos se lo garantizan, además el artículo 24 expone " Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud" (12) Por ello en el presente proyecto se busca describir las prácticas que adoptan el principal cuidador de los niños de la escuela el Noral menor de 5 años en presencia de enfermedades como la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda y que tanto estas están relacionadas con lo planteado por el AIEPI.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las Prácticas que adoptan los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años de la escuela el Noral, en el 2015-2016?

### **1.4 OBJETIVO GENERAL**

Identificar cuáles son las prácticas que adoptan los cuidadores de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral frente a los signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda.



#### **1.4.1 Objetivos específicos**

- Describir qué prácticas adoptan los cuidadores de los niños menores de 5 años de la Escuela el Noral frente a los signos generales de peligro de la enfermedad diarreica aguda.
- Describir qué prácticas adoptan los cuidadores de los niños menores de 5 años de la Escuela el Noral frente a los signos generales de peligro de la enfermedad respiratoria aguda.

#### **1.5 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio resulta viable ya que la institución donde se realiza ha dado el aval por medio de una carta de autorización para el desarrollo de la misma. Se cuenta con la población de pre jardín, jardín y transición para la investigación donde las edades de los menores son de 2 a 5 años y 11 meses, donde se realizará la aplicación de un instrumento que permite plasmar abiertamente las prácticas de cuidado que realiza el cuidador en cada uno de los casos planteados en las preguntas. Se tiene a favor para el diligenciamiento del instrumento que los menores necesitan un cuidado directo y por política institucional diariamente se debe revisar la agenda institucional. Los recursos necesarios para la investigación son solventados por las investigadoras.

#### **1.6 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**

La siguiente investigación está mediada a la necesidad de indagar por las prácticas de cuidado que adoptan los cuidadores de los niños menores de 5 años de la Escuela el Noral de la ciudad de Medellín ante la presencia de signos generales de peligro de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda en el año 2015-2016. Ésta será desarrollada bajo el diseño descriptivo que se define como “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (13). Como referente teórico se apalanca en la estrategia de Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia

(AIEPI) en su componente comunitario y como referente disciplinar se tendrá a la teórica en enfermería Nola J Pender con su modelo de promoción de la salud.

### **1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se lleva a cabo en la Escuela el Noral, bajo el enfoque cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal donde se quieren identificar las prácticas de los cuidadores ante los signos generales de peligro de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años que se encuentren matriculados en la institución para el año 2015-2 y 2016 o al momento de la aplicación del instrumento. Se aplicará un instrumento donde los cuidadores plasmarán lo que hacen en cada uno de los casos propuestos en el cuestionario y con los datos recolectados se realizará una categorización y posterior análisis.

### **1.8 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Las limitaciones en el desarrollo de la investigación fueron el abordaje efectivo de los cuidadores, ya que al enviarse los instrumentos algunos los devolvieron diligenciados incompletos, lo cual no permite un análisis total de la población.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 MARCO CONCEPTUAL

**PALABRAS CLAVE:** Prácticas de cuidado, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, cuidador.

Las enfermedades prevalentes en los menores de 5 años siguen siendo materia de estudio y cuidado a nivel mundial a pesar de las estrategias instauradas por las diferentes organizaciones, una de ellas y que ha creado gran impacto es la Estrategia de “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia” (9), ésta tiene un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño; su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios

**CUIDADOR:** Se identificó que la utilización del término va desde aquel individuo que funge como acompañante de la persona que se cuida, “El cuidador toma decisiones, asume responsabilidades y realiza tareas de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada” (14). “Un 85% de los cuidadores, son cuidadores familiares y amas de casa” (15). Robles (16) señala que el cuidado informal casi siempre es otorgado por la familia. Con relación al cuidador principal Peón

La atención de enfermería se centrará en ayudar y formar al cuidador en su tarea atendiendo las necesidades asistenciales del enfermo y de él mismo promoviendo su autocuidado, implicando a la familia y ofreciéndole un soporte de ayuda formal (recursos socio-sanitarios) e informal (asociaciones, grupos de ayuda, voluntariado). El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado. (17)

Referente al cuidador principal “es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida” (18). Según Vitores (19) El 32,2 % de los españoles elegirá en primer lugar a su madre en caso de tener que cuidar a sus hijos menores en este caso estamos de la abuela y finalmente Cueto y colaboradores (20) encuentra que los principales cuidadores de los niños enfermos son los padres con un predominio sustancial en la madre.

**PRÁCTICAS DE CUIDADO:** Las prácticas de cuidado forman parte de las denominadas actividades de mantenimiento, definidas por Alarcón (21) como aquellas actividades relativas al sostenimiento y cuidado de cada uno de los miembros de una comunidad así como las prácticas relacionadas con el reemplazo generacional. Implican el cuidado de los miembros infantiles de la comunidad y de aquellos individuos incapaces de cuidar de sí mismos (temporal o permanentemente) por razones de edad y/o enfermedad. “Las prácticas de cuidados, no han sido consideradas como una categoría analítica en los estudios de las sociedades. No han tenido ni el reconocimiento social, económico y político” (22)

Uno de los principales problemas a los que se han enfrentado el conjunto de las actividades de mantenimiento y concretamente, los trabajos de cuidados, ha sido consecuencia directa de la forma en que se ha estipulado el tiempo, la organización e interpretación que se hace de éste y cómo lo medimos y cuantificamos relacionando la postura de los autores antes mencionados que hacen referencia a las prácticas de cuidado, Díaz (23) manifiesta que las prácticas de cuidado están estrechamente relacionadas con la cultura en la cual se brinde el cuidado al niño enfermo y que de esto también dependerá su recuperación.

**DIARREA:** Según la organización mundial de la salud se define como diarrea “la deposición, tres o más veces en 24 horas o con una frecuencia mayor que la normal para la persona, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días” (24) paralelamente a esta definición el instituto nacional de salud (25) la define como un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la

consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones, que puede o no tener algún grado de deshidratación, y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre.

**INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA:** Es una más de las enfermedades prevalentes en la infancia siendo está considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo debido a su elevado potencial de diseminación, se define según el ministerio de salud de la nación (26) como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por un virus y bacterias, que tienen una evolución menor a 15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre. Durante los últimos tres años, en Colombia el reporte de casos de IRA (1) ha ido aumentando, así como los casos fatales, solo en el 2011 un acumulado de 4.168.783 de casos por IRA fueron notificados al sistema de vigilancia nacional – Sivigila, y aproximadamente 470 casos fatales se presentaron en menores de cinco años.

Teniendo en cuenta las definiciones desarrolladas en este marco conceptual el proyecto de investigación busca categorizar las prácticas de cuidado que adoptan los cuidadores de los menores de 5 años frente a estas dos enfermedades en una institución educativa de la ciudad de Medellín.

### **3.1 MARCO REFERENCIAL**

El cuidado de los niños y niñas menores de 5 años ahora es una obligación gubernamental a nivel mundial es por ellos que cada día los investigadores se enfocan en la calidad del cuidado, los conocimientos sobre estos y la necesidad de mejorar cada vez más la salud de los menores para cumplir con el objetivo del desarrollo del milenio número 4 (7): Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, según la Organización Mundial de la Salud (27) en su informe sobre los objetivos del desarrollo del milenio de 2015 la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015; a pesar del crecimiento de la población en las regiones

en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial y desde principios de la década de 1990, la tasa de reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años se han más que triplicado en el mundo.

Según el estudio “Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de los pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda” (28) realizado en República Dominicana , los resultados obtenidos fueron que la mayoría de las madres conocían las implicaciones sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía la importancia de mantener una hidratación adecuada del mismo, pero se evidencio que un porcentaje de la población usaba para la hidratación bebidas inadecuadas durante el episodio de diarrea y como conclusión se identificó que es necesario una mayor información y capacitación a las madres acerca de la manera de rehidratar a sus hijos con diarrea aguda; Según la Organización Mundial de la Salud (29) los niños menores de 5 años de los países en desarrollo experimentan de 1,6 a 2,3 episodios de diarrea por año, lo cual constituye el cuarto lugar de morbilidad y mortalidad en el mundo. Asimismo, estudios realizados en India, Gambia, Guatemala y Brasil mostraron que los niños presentaban de 4 a 8 episodios de diarrea anualmente.

En un estudio realizado en Guatemala publicado en el 2014 (30) esta afección fue la segunda causa de mortalidad infantil, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 1997 (16%) a 1999 (12%) y con mayor prevalencia (18,1 %) en la región Sur Occidente del país. Su elevada incidencia se debe, entre otras cosas, al escaso conocimiento sobre higiene, hacinamiento, y consumo de aguas contaminadas. En Cuba, al igual que en el resto del mundo, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen una de las principales causas de morbilidad y consultas. Durante el año 2009, en la provincia Pinar del Río, el número de consultas médicas notificadas por esta causa fue de 49 325, de ellas 35 % pertenecían a lactantes. En el Hospital General "Comandante Pinares" las EDA constituyen la segunda causa de ingreso hospitalario en lactantes, sólo superadas por las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Como es conocido, la diarrea en el niño menor de 5 años es una de las primeras causas de consulta médica y de hospitalizaciones, con todos los riesgos que esto implica, además de los gastos que ocasiona, los cuales serán superiores mientras mayor sea la estadía hospitalaria, de ahí la importancia de disminuir la duración e intensidad del episodio diarreico, así como de reducir la morbilidad y mortalidad por esta causa, y mejorar la calidad de la atención infantil. De ahí la importancia de identificar qué prácticas tienen los padres de los niños menores de 5 años de la Escuela el Noral, que aunque la institución sea privada esto no es un indicador que los conocimientos de los padres sobre la enfermedad diarreica aguda sean los adecuados y así mismo que las prácticas que adopten estén en beneficio de la salud del niño. En el estudio realizado se concluye que la enfermedad diarreica predominó en los niños de 1-4 años, del sexo masculino. Entre los factores de riesgo figuraron: Desnutrición aguda moderada, escolaridad de las madres, disposición de las excretas y abastecimiento de agua. La deshidratación fue la señal de peligro más frecuente, que provocó el fallecimiento de algunos de estos niños.

En cuanto a la enfermedad respiratoria aguda (IRA) como ya se ha mencionado (31) constituye la causa más frecuente en las consultas en pediatría. Estas están presentes durante todo el año y se incrementan de manera significativa en los meses de invierno, con alta morbilidad y baja mortalidad. Corresponde a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización. De acuerdo con la OMS (32) las afecciones respiratorias, conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países en vía de desarrollo. Las IRA son más frecuentes en los más pequeños, especialmente en lactantes y preescolares, que comienzan a concurrir a sala cuna o a jardín infantil, en quienes puede elevarse a 8 episodios por niño por año calendario.

Motivados por la alta frecuencia de las infecciones respiratorias agudas, principalmente en los menores de 5 años, lo cual con llevó al incremento del número de ingresos en el Hospital Distrital de Sayaxché, Petén Suroccidental de Guatemala, los autores decidieron efectuar el presente estudio (33), para así poder adoptar las medidas de prevención pertinentes, así como disminuir los ingresos, reducir los gastos en

medicamentos y minimizar las complicaciones, de manera que esta investigación se considera de impacto económico y social.

Los resultados obtenidos en el presente estudio “Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años” (34) son que existe más de un factor de riesgo, que predispone a los niños a contraer IRA pero los de tipo socioeconómico constituyen el denominador común para la presencia de desnutrición y de situaciones ambientales desfavorables. Se ha demostrado que las condiciones de vida inadecuadas favorecen las IRA graves, donde interactúan varios factores, a saber: condiciones pésimas de ventilación y hacinamiento, baja escolaridad de los padres, escasa per cápita familiar, cuidado y alimentación del niño deficientes, así como inestabilidad familiar, a lo cual se suman los problemas culturales, migratorios y la falta de acceso a los servicios de salud.

Queda claro que estas dos enfermedades son de interés público para la comunidad en general, donde existen múltiples factores que son predisponentes para que se presente y que al momento de presentarse y no dárseles una adecuada atención incurren en grandes costos para económicos y pueden fácilmente terminar con la vida de un menor.

#### **4.1 MARCO INSTITUCIONAL**

El marco institucional fue tomado del “Proyecto Educativo Institucional (PEI)” (35) El Instituto Colombo Venezolano es una institución confesional que forma parte de los diferentes proyectos de servicio de la Iglesia Adventista del Séptimo Día a la comunidad local, nacional e internacional. A través del Sistema Educativo Adventista de Colombia (SEAC) la Iglesia pretende contribuir a la formación de hombre y mujeres de bien, que tengan como esenciales los principios y valores cristianos, y vivencien un compromiso indeclinable de servicio a sus semejantes.

##### **2.2.1 Perfil institucional**

El colegio adventista, como institución cristiana, posee características que son propias de una institución de su naturaleza; estas características son complementadas por una identidad filosófica y misional propia que se traduce en una propuesta educativa que la



distingue de las demás instituciones educativas de su entorno. Las características fundamentales del perfil de la institución son:

Una sólida filosofía educativa que define una actitud particular ante la educación y sus problemas, los propósitos y objetivos por lograr, y los métodos por los cuales se han de alcanzar. Este concepto de la filosofía de la educación impacta en el perfil del docente, los programas de estudio, las actividades espirituales, la vida social y los aspectos administrativos y financieros.

Un fuerte programa espiritual generador de un ambiente cristiano, que trasciende a toda la comunidad académica, fomenta la comunión con Dios y la práctica de valores cristianos que propenden por la sana convivencia y el servicio a los demás.

Un perfil académico que, basado en la filosofía cristiana ASD y orientado a aportar solución a las necesidades de la comunidad, procure el desarrollo intelectual a través de la reflexión, el análisis y la sana confrontación, para la construcción de conceptos y prácticas que contribuyan a la formación intelectual del estudiante.

Un plan de estudios en claro compromiso con la calidad educativa, para la formación de personas con enfoque integral y que tengan los conceptos y las habilidades académicas para ingresar a la educación superior, y con herramientas básicas para ubicarse adecuadamente en su entorno social.

Una concepción clara del mensaje de salud cristiano, y estrategias que contribuyan al desarrollo de un concepto y de unas prácticas que fomenten el desarrollo físico adecuado en el marco de los valores cristianos.

Una proyección social orientada hacia las expectativas y necesidades de la comunidad, para que ésta, la comunidad, retroalimente el hacer educativo de la Institución.

### **2.2.2 Misión**

Propiciar y fomentar una significativa relación del hombre con Dios por medio del trabajo en las diferentes disciplinas del conocimiento.

### **2.2.3 Visión**

El Instituto Colombo-Venezolano en el año 2020 será reconocido como una institución líder en el sector educativo que promueve la educación Preescolar, Básica y Media con excelencia académica y técnica, bilingüismo, uso de las TICS, cultura investigativa, educación integral y proyección social hacia la comunidad, en el área metropolitana de Medellín con el propósito de contribuir al desarrollo de buenos ciudadanos para este mundo y la eternidad.

### **2.2.4 Marco histórico**

El instituto colombo venezolano se fundó en 1936 en una casa del barrio Aranjuez de Medellín, por parte de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, un colegio de carácter privado que inició labores el 15 de febrero de 1937 bajo la dirección de George W. Champan. Posteriormente se alquiló una finca ubicada a unos pocos kilómetros de Medellín, en la carretera que conduce desde la municipalidad de Bello, hacia otros lugares, conocida como La Mariela, donde continuó funcionando la naciente institución educativa, que tuvo su primera graduación en el año 1940.

En julio de 1941 la institución se trasladó a una propiedad adquirida en el sector del barrio Santa Teresita de La América, que llevaba el nombre de El Noral, con una extensión aproximada de 20 cuadras, lugar donde funciona en la actualidad.

Después de varios años de intensa lucha, y tras haber construido, adecuado y equipado diversas instalaciones como las de los dormitorios de señoritas y de varones, donde a su vez funcionaron inicialmente algunos salones de clases, el actual edificio administrativo central, el actual edificio de la tipografía, algunos espacios deportivos y recreativos, el auditorio, algunas casas para habitación de los docentes, y otros espacios necesarios para el adecuado funcionamiento inicial, se logró la Licencia de Funcionamiento, el 19 de diciembre de 1958, y según resolución 2852, se alcanzó el reconocimiento de los

estudios de la Escuela Primaria. Unos años más tarde, por resolución 1178 del 25 de mayo de 1966, el Ministerio de Educación Nacional aprobó los estudios de bachillerato. La sección del Ciclo Profesional Normalista, que luego fuera la génesis de los actuales estudios universitarios, obtuvo su Licencia de Funcionamiento por resolución 247 del 15 de junio de 1969, y finalmente fue aprobada por resolución 6291 del 3 de noviembre de 1971.

### **2.2.5 Marco geográfico**

La institución educativa colombo venezolana (ICOLVEN) donde se encuentra anexa la escuela el Noral se encuentra ubicada en la comuna # 11 del municipio de Medellín lleva como nombre laureles estadio, específicamente en el barrio de La Castellana, donde hace parte del campus universitario de la corporación universitaria adventista, se encuentra ubicada en la dirección Carrera 84 33AA-1. La escuela cuenta con una edificación de una planta con diversas aulas, juegos infantiles, corredores, zona verde y servicios sanitarios.

## **2.3 MARCO LEGAL**

Las nuevas realidades sociales, a las que se viene enfrentando la primera infancia, los desarrollos conceptuales, los modelos de desarrollo económico y las tendencias surgidas de los procesos de globalización, modernización del Estado y descentralización, han marcado transformaciones importantes en la formulación de las políticas públicas del país y, en particular, de las orientadas a la primera infancia, disponibles en el escenario normativo del país.

La convención internacional sobre los derechos del niño (12): La Convención fue adoptada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 20 de noviembre de 1989 para proteger los derechos de los niños de todo el mundo y mejorar sus condiciones de vida. donde se promulga que “No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia,

la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana” (12); en su artículo 24 declara que (12)

Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

Lo que avala la necesidad de estudios encaminados a la atención primaria en salud para los menores, sin exclusión alguna; se ha encontrado que estrategias como la de escuelas saludables, AIEPI comunitario, buen comienzo están instauradas para menores de los estratos 1-2-3 y sólo es de obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas y las privadas que quieran acceder a ellas deben hacerlo por iniciativa propia, lo que pone en desventaja la divulgación de educación uniforme para toda la población.

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 (36), esta reúne un conjunto de entidades, normas y procedimientos, teniendo acceso al Sistema general de Pensiones, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios. La ley 100 ha buscado mejorar, por medio del sistema general de seguridad social en salud, una calidad de vida, estando acorde con la dignidad humana, especialmente de los más vulnerables, los de sin voz ni voto, “nuestros niños”, empleando un enfoque integrado de la salud infantil, centrando el bienestar del menor, además se busca garantizar a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social; de carácter público obligatorio, cuyo control estando a cargo del Estado y siendo prestado por entidades públicas o privadas.

Los centros sanitarios promueven la estrategia AIEPI, optimizando un diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento del paciente, combinando de las enfermedades principales, en este caso enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda, por medio de la ley 100 (36) y AIEPI

desean reforzar la prestación de asesoramiento en los hogares, promoviendo comportamientos apropiados cuando se considere o no asistencia sanitaria.

La ley estatutaria 1751 del 2015 (37) obliga al estado a garantizar y proteger el cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, adoptando la toma de decisiones que eviten el deterioro de la salud e incrementen la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. La ley estatutaria brinda atención a todos los usuarios de la república de Colombia, priorizando la atención de los niños. La protección a la infancia debe surgir del reconocimiento efectivo de estos derechos, empezando por la satisfacción de necesidades. Esta protección se ejercerá sobre el menor e indirectamente sobre el medio familiar o social.

La Resolución 412 de 2000 (38) adopta normas técnicas y guías de atención que adopta las normas técnicas de protección específica (atención al recién nacido, aplicación del esquema de vacunación, atención del parto y atención en planificación familiar a hombres y mujeres); normas técnicas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años y alteraciones del embarazo) y las guías de atención y recuperación de enfermedades prioritarias en salud pública donde están incluidas las enfermedades prevalentes en la infancia. Cabe decir que esta resolución es de gran importancia por el tipo de población que será objeto de estudio, ya que basadas en ella se crearon las normas técnicas y guías de atención, que rigen actualmente en el país.

La ley 1098 de 2006 (39) Código de la Infancia y Adolescencia: establece la Protección integral de los infantes y adolescentes como un sistema de derechos y garantías, políticas públicas y restablecimiento de los derechos. El derecho de la salud es vital, para todos los seres humanos, especialmente para los más indefensos “los niños”, ellos son los más expuestos a las enfermedades y complicaciones de salud, necesitan de una adecuada atención, con el fin de desarrollarse adecuadamente durante la infancia, adolescencia y adultez. En cada etapa de su desarrollo físico y mental, los niños tienen necesidades específicas y riesgos de salud diferentes; este conjunto de leyes abarcan

todo lo necesario para cubrir los adecuados cuidados individualizando la atención oportuna.

La Ley 266 de 1996, capítulo I. del objeto y de los principios de la práctica profesional

Artículo 2. Principios de la práctica profesional: Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. 1. integralidad: Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. 2. INDIVIDUALIDAD: Asegura un cuidado de enfermería teniendo en cuenta características socioculturales, históricas y valores de la persona, familia y comunidad. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, respetando la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación. 3. DIALOGICIDAD: Interrelación enfermera paciente, familia, comunidad; son elementos esencial en el proceso del cuidado de enfermería ya que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, conducen al dialogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado. 4. CALIDAD: Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico- científicos, sociales, humanos y éticos. 5. CONTINUIDAD: Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los periodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones (40).

Este capítulo muestra como la enfermería brinda un cuidado holístico ya que no solo se centra en el paciente sino también en la familia y la comunidad teniendo en cuenta aspectos socioculturales y valores. Es por esto que se identifica en el proyecto ya que si la familia y la comunidad o cuidador principal tienen conocimiento sobre los cuidados en casa de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda lo que les

permitirá brindar un cuidado integral y oportuno para evitar complicaciones. En el siguiente capítulo se definirá sobre la naturaleza de la profesión

Capítulo II. De la naturaleza y ámbito del ejercicio: artículo 3. Definición y propósito. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar (40)

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida. Entre los cuidados de enfermería se incluye la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Con este fin se realizó el proyecto en la escuela el Noral para identificar el cuidador principal de los niños menores de 5 años y las prácticas que hacían en el momento que se presentan los signos y síntomas de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda.

Código deontológico del cie para la profesión de enfermería (41). Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética: 1. La enfermera y las personas; 2. La enfermera y la práctica; 3. la enfermera y la profesión; 4. la enfermera y sus compañeros de trabajo; del cual aportara al proyecto el # 1 y el #3 que dicen: Elemento del código no 1: la enfermera y las personas (41): La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados; brindando cuidados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de todos los pueblos.

Como se evidencia en el proyecto muchos de los cuidadores practicaban cuidados en casa con la aparición de signos y síntomas de la enfermedad diarreica agua y la infección respiratoria aguda teniendo en cuenta sus creencias y costumbres.

Elemento del Código No 3: La enfermera y la profesión.

Enfermeras en ejercicio y gestoras: Fijar normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería, Fomentar apoyo en el lugar de trabajo a la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería y la salud. Docentes e investigadoras: Dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería. Asociaciones nacionales de enfermeras: Colaborar con otros para fijar normas para la formación, práctica, investigación y gestión de enfermería. (41)

La investigación en enfermería es un proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente. Por este motivo es muy importante que la enfermería se capacite e investigue cada día más con el fin de enriquecer el conocimiento y brindar un cuidado holístico a nuestros pacientes.

Ley 911 de 2004 “Capítulo IV de la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia. Artículo 29: En los procesos de investigación en que el personal de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos como principio ético fundamental” (42).

Para la aplicación del instrumento se realizó un consentimiento informado con el fin de que el cuidador principal de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral lo diligenciaran autorizando la utilización de los datos obtenidos en el instrumento para nuestra investigación.



## **2.4 MARCO DISCIPLINAR**

Nola J. Pender nació el 16 de Agosto de 1941 en Lansing, Michigan (EEUU). Era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. El apoyo de su familia en su objetivo de convertirse en enfermera la llevó a asistir a la escuela de enfermería del West Suburban hospital de Oak Park. La elección de esta escuela vino dada por sus vínculos con el Wheaton College y su fuerte base cristiana. Obtuvo su diploma en enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad medico quirúrgica y posteriormente, en una unidad pediátrica en un hospital de Michigan. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de promoción de la salud (MPS).

El modelo de promoción de la salud de Nola J Pender (43) permite a la enfermería comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: La teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

Bandura (44), postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro

requisitos para que estas aprendan y modelen su comportamiento: Atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico (44) , afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

La teoría aporta al desarrollo de la estrategia de manera que el postulado de ésta es encontrar la manera de que las personas realicen cambios positivos en la conducta con el fin de beneficiar la propia salud, que sea un cambio motivado por sí mismo con la ayuda del personal de salud que les está acompañando en el proceso de la aplicación de la estrategia, donde al final la persona adopte hábitos y compromisos que permitan la promoción de la salud en los diferentes campos donde esta interactúe lo que lleva a una cadena de información saludable para familias y sociedades que quieran hacer cambios para la mejora de la salud.

Este modelo es de gran aporte al desarrollo del estudio porque permite identificar las características y experiencias individuales, lo que permite identificar las prácticas de los padres en la presencia de signos generales de peligro de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratorio aguda, y finalmente obtener conclusiones de acuerdo a las influencias, barreras o beneficios que puedan existir según cada caso. La teoría de Nola Pender (45) utiliza pruebas empíricas; en este caso nos aporta al proyecto ya que se aplican algunos factores personales como: Biológicos (hace parte la genética), psicológicos (el comportamiento de todo ser humano está influenciado por los estímulos que recibe de su entorno) y socioculturales (van de acuerdo a su cultura o su nivel social), allí se encuentran varias influencias interpersonales: familia, parejas y cuidadores; de acuerdo al cuidador se realizan diferentes prácticas basadas en

normas, conocimiento empírico y en algunos casos por su nivel de estudio o conocimientos de salud como se evidencia en el diligenciamiento de los instrumentos.

Lo que se pretenderá es describir las prácticas de cuidado que realizan el cuidador principal ante la presencia de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratorio aguda y el conocimiento real que tienen para actuar de forma correcta ante cualquier situación que pueda poner en peligro la salud de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral; de esta manera se obtendrán datos que nos llevan a concluir sobre las prácticas de cuidado que se adoptan con los menores cuando se encuentran enfermos y de qué manera estas sirven para prevenir la aparición de los signos de las enfermedades mencionadas.

Nola Pender nos permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables teniendo en cuenta experiencias individuales, conocimiento, características personales, experiencias, creencias, aspectos situacionales y afectos específicos de la conducta que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud; pero vinculados a comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Con los datos obtenidos se identificarán qué tan acertadas son las prácticas de cuidado en la presencia de signos y síntomas de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, y de acuerdo con el modelo de promoción de la salud de Pender qué recomendaciones se harán al concluir el proyecto en caso de hacerse necesario.

## **2.5 MARCO TEÓRICO**

El trabajo de cuidado ha sido asignado históricamente a las mujeres por considerar que de manera innata y biológica se encuentran habilitadas y condicionadas para realizarlo, especialmente al convertirse en madres, quien realizó un recorrido histórico sobre la construcción social de la maternidad, señala (46) que es a partir de la Ilustración que comienza el proceso de politización e idealización de esta función, ya que se considera

que es fundamentalmente de las madres de quienes depende el bienestar físico y psicológico de los infantes. En este periodo la díada mujer-madre se construye como natural y universal, pues sólo a través de la maternidad las mujeres cumplen, como afirma con su destino fisiológico y vocación natural.

Debido a las capacidades o habilidades que se consideran como atributos propios de las mujeres en especial, los que por naturaleza se les asignan para los aspectos emotivos y expresivos, se ha establecido como su papel o función principal el cuidado y la crianza de hijos e hijas. Batthyany (47) define el cuidado como “la actividad dedicada a ayudar y responsabilizarse de infantes en el desarrollo y bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material que implica un trabajo y del cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo mutuo” .Sin embargo, desde hace algunas décadas, debido al mayor ingreso de las mujeres al mercado laboral, pero también por una emergente concepción de la “paternidad responsable”, se presenta una mayor participación e involucramiento de los varones en las tareas domésticas y de cuidado de hijos e hijas. En muchas familias, señala el autor, el cuidado de los infantes se realiza de manera más o menos igualitaria o, incluso, aunque todavía sean pocos casos, pueden llegar a ser los varones los cuidadores principales de los infantes.

Por tanto el cuidado de los niños desde conceptos de diferentes autores siempre estará más ligado a la madre, sin omitir al padre; de ahí parte la importancia de que identifiquen los signos generales de peligro para la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda y la fiebre porque de la adecuada identificación dependerá la actuación que lleven a cabo, donde los principales afectados o beneficiados serán los menores.

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo. En Colombia según el ASIS (1) ha disminuido de manera significativa la mortalidad de menores de 5 años, a pesar de los esfuerzos realizados, aún persiste la brecha rural-urbana tanto en la mortalidad infantil menores de 1 año como en la de menores de 5 años, en cuanto reflejo de la inequidad en la posibilidad de vida y desarrollo de los niños. Por lo tanto la importancia de valorar

qué conocimientos tienen los padres de los niños menores de 5 años de la escuela el Noral porque de acuerdo a estos se logrará determinar si las estrategias y las diferentes intervenciones que se han realizado a nivel mundial con el fin de reducir la mortalidad infantil son conocidas por las familias de todos los estratos socioeconómicos, ya que hay políticas públicas a nivel nacional que de manera indirecta condicionan otros servicios a las familias que reciben subsidios por ejemplo de alimentación.

Según la Organización mundial de la salud (24) Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Por lo tanto el papel del cuidador es indispensable ya que los conocimientos que se tengan serán determinantes tanto para prevenirla como para atenderla de manera oportuna, también es importante que el personal de salud a la hora de la atención conozca los signos generales de peligro porque de allí nace principalmente la educación que se brinda a la comunidad.

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo substancial para la humanidad, debido a su elevado potencial de diseminación. El INS refiere que

La infección respiratoria aguda (IRA) se considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El grupo poblacional con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, aquellos que cursan con algún tipo de inmunosupresión entre otros. Los cuadros clínicos que afectan las vías inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de mortalidad por IRA. (26)

Las condiciones socioeconómicas hacen que los países en desarrollo presenten mayor número de factores de riesgo, y por ende una incidencia más alta que produce aumento en las cifras de morbilidad y mortalidad. Los países en vía de desarrollo según la OMS (48) tienen la tasa más alta de mortalidad en la niñez por neumonía a nivel mundial. Según estimaciones de los últimos años en las Américas, se registran más de 100.000 defunciones anuales de menores de un año por procesos respiratorios. Aproximadamente el 90% de las muertes se deben a neumonía; el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe. Durante los últimos tres años, en Colombia el reporte de casos de IRA ha ido aumentando, así como los casos fatales, solo en el 2011 un acumulado de 4.168.783 de casos por IRA fueron notificados al sistema de vigilancia nacional – Sivigila, y aproximadamente 470 casos fatales se presentaron en menores de cinco años.

Según Burgeo (49), en Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a servicios pediátricos. Una buena proporción de estas muertes se deben a un manejo deficiente, atribuible a la falta de reconocimiento de los primeros signos de neumonía, a la presencia de barreras que impiden una búsqueda inmediata de atención, a la consulta a proveedores inapropiados o a recomendaciones terapéuticas inadecuadas. Los resultados de este estudio revelaron que las madres sabían reconocer la presencia de respiración rápida, pero no de tiraje respiratorio (dos signos importantes de neumonía). Cuando buscaban atención, solían acudir a médicos u otros proveedores en centros de salud y ocasionalmente en consultorios privados, pero la búsqueda raras veces era oportuna debido a la poca accesibilidad de los servicios y a la subestimación de la gravedad de los síntomas. Esta conducta podría modificarse por medio de una

intervención educativa. Al final se hacen recomendaciones orientadas a mejorar la comunicación verbal entre los proveedores de atención de salud y las madres.

De acuerdo a este estudio se puede determinar que la problemática en cuanto al desconocimiento de los signos generales de peligro de las enfermedades respiratorias en este caso la neumonía se presenta en otros países, por esto es importante evaluarlos para que en futuras investigaciones se logren hacer intervenciones, para concluir la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) reconocer que aunque se ha realizado un trabajo en los servicio de salud aún hay un impacto limitado si no se considera que la madre y la familia tienen un papel vital en la recuperación, el mantenimiento y la protección de la salud del niño en el hogar para reducir la morbilidad y la mortalidad en la niñez, ya que existe evidencia acerca de que los padres y la familia muchas veces no reconoce los signos de peligro, no saben cómo pedir ayuda y no entienden y/o no practican las indicaciones del tratamiento recomendado por el servicio de salud.

Dado que el éxito de la implementación de la estrategia AIEPI según Paranhosi (50) depende en gran parte de la relación que el personal de salud establezca con la madre para lograr que ambas partes interpreten el problema del niño, comprendan sus causas y apliquen las medidas adecuadas. Aunque esta interacción es vital, la información que se ofrece a los padres no es la adecuada y la forma en que esta se explica y comparte con las madres o cuidadores es inapropiada, además hay elementos que influyen en la comunicación y por lo tanto se deben tener en cuenta las creencias, cultura, opiniones y actitudes lo que interviene directamente a la hora de la aplicación de la educación brindada a las madres y/o cuidador.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **5.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

La población que se eligió para la investigación es el cuidador de los niños menores de 5 años que se encuentran matriculados en la escuela el Noral en la ciudad de Medellín para el año 2015-2 y 2016-1 o los matriculados a la fecha en que se realiza la aplicación del instrumento, donde se recolectaron un total de 42 instrumentos distribuidos en los grados de jardín, transición y preescolar.

Esta población se ha elegido es por la necesidad de describir si los cuidadores de niños que asisten a colegios privados tienen acceso a los conocimientos sobre las prácticas de cuidado que plantean estrategias gubernamentales como la del AIEPI (Atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia), Buen Comienzo, escuelas saludables; que en el departamento de Antioquia están siendo desarrolladas en instituciones públicas y van encaminadas al cuidado de la primera infancia. Todas estas estrategias están encaminadas a realizar intervenciones en atención primaria en salud. Según los lineamientos para la promoción de la salud (51), el entorno escolar es un escenario que permite crear un sujeto saludable y con conocimientos en salud

#### **3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo “La Investigación Cuantitativa se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Además, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población” (13) De alcance descriptivo y corte transversal.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.



### **3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

En el desarrollo de esta investigación no se realiza selección de la muestra ya que la población elegida es muy pequeña, además de que la participación de los cuidadores es voluntaria y las investigadoras no tiene contacto directo con los mismo, y para el final de la investigación solo se obtuvieron un total de 42 instrumentos diligenciados.

### **3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para el desarrollo de la investigación y la aplicación del instrumento se buscó la autorización del Colegio Colombo-Venezolano por medio de una carta de la coordinación de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista dirigida al rector de la institución Sr Víctor Cabrera, donde responden positivamente de manera escrita.

El instrumento fue construido por las investigadoras con base a la estrategia de atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en su componente comunitario; esta estrategia parte de la premisa de que las familias y la comunidad tienen la responsabilidad de proveer atención a sus niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de la niñez, por ello el instrumento fue creado para que el cuidador describa las prácticas de cuidado que realizaría en caso de presentarse signos y síntomas de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreicas aguda, para posteriormente ser categorizadas y analizadas.

El instrumento que se utiliza para la recolección de la información es una encuesta que consta de información sociodemográfica del cuidador, el cuestionario tiene doce preguntas abiertas, que permiten al cuidador describir las prácticas de cuidado que realiza en las situaciones planteadas en las preguntas, éstas preguntas son basadas en la guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia propuesta por el AIEPI. La guía plantea la importancia de reconocer los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años, la

aplicación de una adecuada práctica de cuidado en el hogar y en caso de no mejoría cuando los niños enfermos necesitan un tratamiento fuera del hogar y ser llevados al personal de salud adecuado para que reciba un tratamiento adecuado.

Al instrumento se le anexó el consentimiento informado, uno por cada encuesta donde se hace una descripción de los objetivos de la investigación y la importancia de la participación de los cuidadores. Y se consideró una aceptación de participación cuando el consentimiento estuvo totalmente diligenciado

### **3.4.1 Aspectos éticos de la investigación**

En la investigación se informó a los cuidadores sobre un consentimiento informado voluntario, respaldado por los cuatro principios éticos: el respeto a las personas y a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia; además se entregó un formulario, donde se solicitaba los datos personales de los participantes, sin duda la papelería es 100% confidencial, evitando daño físico, y psicológico a las personas de la investigación.

La ley 008430 de 1993 (52) ha sido una propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos. Dicha ley resume los niveles de riesgos de acuerdo a cada investigación; entre ellos define tres riesgos: riesgo máximo, riesgo mínimo y sin riesgo; el presente proyecto considera la investigación sin riesgo ya que son estudios descriptivos en los cuales no se realiza ninguna intervención en variables fisiológicas, psicológicas o sociales en las personas que participan en las mismas; se recopilaban los por medio una encuesta didáctica que busca medir los conocimientos que tienen los padres de familia acerca de los signos de peligro. Se recopilaron los siguientes artículos

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de

las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud; a la producción de insumos para la salud.

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación. (52)

### **3.4.2 Piloto informe**

En el desarrollo de la prueba piloto las personas elegidas para su aplicación fueron cuidadores principales de niños menores de 5 años, que no tuvieran un vínculo con la institución donde se realizó la investigación. El instrumento cuenta con información sociodemográfica y doce preguntas abiertas y el consentimiento informado, se encuentra impresa en papel decorado lo que lo hace más llamativo. Se entregó de manera personal a las 4 personas, se solicita que sea diligenciado en presencia de los investigadores por la importancia de aclarar dudas respecto al mismo y poder realizar los ajustes necesarios.

Los cuidadores que diligenciaron las encuestas eran personas que viven en casas cercanas a las investigadoras que tenían bajo su cuidado niños menores de 5 años; se encontró que las personas encargadas del diligenciamiento tardaron un tiempo aproximado de 30 minutos, no manifiestan dudas con respecto a las preguntas del cuestionario pero sí manifiestan que algunas situaciones no les ha ocurrido por lo que expresaron en algunas respuestas, a lo que se les indica que respondan lo que harían desde sus conocimientos.

## **3.5 CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN**

**Tabla 1 Cronograma de la Investigación**

	Ene /15	Feb/ 15	Mar /15	Abr /15	May /15	Jun/ 15	Jul/ 15	Agos /15	Sept /15	Oct/ 15	Marz /16	Abr /17	May /16
Búsqueda de idea de investigación													
Formulación de la investigación													
Búsqueda bibliográfica													
Selección del marco referencial													
Capítulo 1. Planteamiento del problema													
Capítulo 2. Marco Teórico													
Capítulo 3. Metodología													
Reestructuración del proyecto con asesor													





#### 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la presente investigación se realizó la aplicación de un instrumento tipo encuesta, construido por las investigadoras como se describe anteriormente. De la población objeto que para el año 2015-2 fueron 72 niños menores de cinco años de edad, (según el AIEPI los menores de 5 años van hasta cumplidos los 5 años, 11 meses y 30 días) se enviaron la totalidad de los instrumentos pero sólo se recolectaron 42 instrumentos, lo que equivale a un 58,3% de la población total, la participación en la investigación fue voluntaria.

Para el análisis de la investigación se realizó una categorización de las variables encontradas, se realiza un análisis mono variado, las categorías de análisis se les asigno un nombre de acuerdo a las descripciones realizadas por los cuidadores, visita al médico, Automédica, cuidados en casa, no le ha ocurrido y no responde que son descritas a continuación.

Categoría 1 Visita al médico: Dentro de esta categoría se incluyeron todas aquellas respuestas donde el cuidador describe que ante la presencia de signos y síntomas mencionados en el cuestionario solicita una evaluación por un profesional médico sea en una institución prestadora de servicios o atención domiciliaria siendo el caso, con el propósito de que se realice un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

Categoría 2 Automedicación: Se define según Ruiz-Sternberg (53) como todas aquellas situaciones donde según el cuidador consigue y utiliza medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico ni el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento, en ocasiones recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores, también se incorporaron situaciones donde se administraron remedios caseros.

Categoría 3 Cuidados en casa: La palabra cuidado viene del latín cogitatus “Interés reflexivo que uno pone en algo, reflexión, pensamiento” (54) de acuerdo a esto se puede decir que el acto de cuidados en el hogar es la administración de una atención

holística al menor que en este caso se encuentra enfermo, con el fin de restaurar la salud desde conocimientos que derivan de la cultura, la academia o la educación recibida por personal de salud. Cuidar: “Comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir” (54)

Categoría 4 No ha ocurrido: Situaciones donde los cuidadores describieron que aquella situación planteada en el cuestionario no lo ha sucedido.

Categoría 5: No responde.

El análisis de las categorías se realiza en el "Statistical Product and Service Solutions" (55) (SPSS), donde inicialmente se realiza el análisis de fiabilidad del instrumento “Alfa de Cronbach” (56) según generales sugieren que es confiable.

**Tabla 2 Alfa de Cronbach**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,889	12

**Spss IBM Statics.**

En la distribución de los participantes se encuentra que el 83,3% de los cuidadores corresponde a la madre, un 9,5% el padre y un 7,1% otro cuidador sean familiares cercanos o empleada familiar del sexo femenino; del total de los encuestados el intervalo de edad mayor con un porcentaje de 50% es de 30-39 años de edad, seguido de 31% de 20-29 años, un 9,5% a edades de 40 - 49 y el 9,5% restante a las edades de 50 – 59 años.

Se realiza análisis del nivel educativo evidenciando que un 64,3% son profesionales, 16,7% tiene secundaria completa, 11,9% son tecnólogos y un 7,1% son técnicos, para el análisis de las ocupaciones se agruparon según (57) la clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO).



**Tabla 3 Ocupación de quien diligencia la encuesta**

	Porcentaje
Directores administradores y comerciales	9,5
Profesionales de la salud	16,7
Profesionales de la enseñanza	16,7
Profesionales de nivel medio de la salud	7,1
Profesionales de nivel medio en operaciones financieras y administrativas	4,8
Empleados contables	2,4
Trabajadores de los cuidadores personales	31,0
Independiente	11,9
Total	100,0

**Spss IBM Statics**

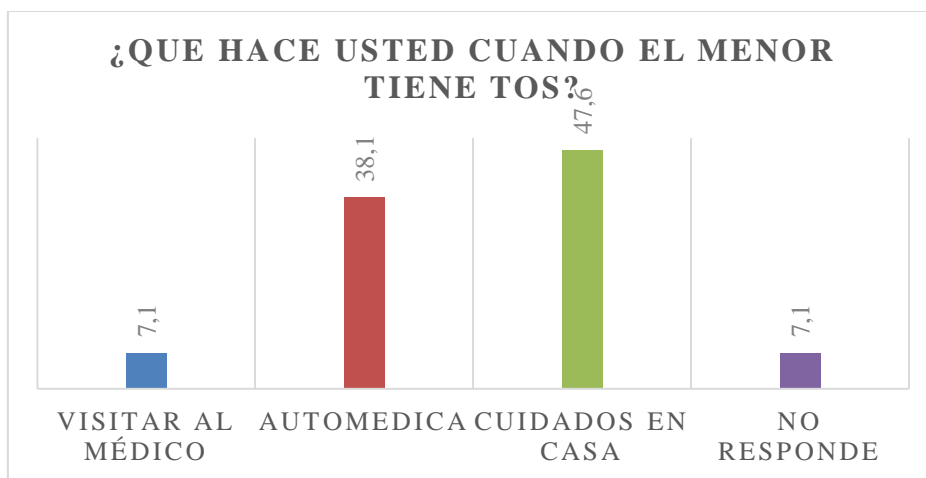
De acuerdo a la ocupación de los cuidadores encontramos que el 31% corresponde a trabajadores de los cuidadores personales se incluyeron a cuidadoras de niños y amas de casa, el 16,7% profesionales de la salud, 16,7% profesionales de la enseñanza, algunos cuidadores no definieron su ocupación y describieron se “independientes” esta categoría corresponde a un 11,9%, directores administradores y comerciales un 9,5%, profesionales de nivel medio de la salud donde se incluyen técnicos y tecnólogos ocupan un 7,1%, profesionales de nivel intermedio en operaciones financieras y administrativas 4,8% y empleados contables un 2,4%.

Se halla que la totalidad de los menores cuentan con un régimen de salud, el 88% pertenecen al régimen contributivo y un 12% a regímenes especiales sea del magisterio o fuerzas militares. De la población encuestada el 38,1% pertenecen al estrato socioeconómico 4, un 35,7% al 3 y un 23,8% al estrato 5, y un 2,4% al estrato 2. La totalidad de la población reside en el área urbana.

La institución donde se realiza el estudio es confesional y la denominación religiosa con mayor frecuencia dentro de los cuidadores es la Adventista con un 57% y un 23,8% otra denominación religiosa diferente a la Católica y dentro de la Católica hay un 19%.

A continuación se realiza un análisis mono variado de las categorías de acuerdo a las variables encontradas en el cuestionario, con respecto a los objetivos planteados en la investigación. De acuerdo al objetivo específico se describieron las prácticas de cuidado que adoptan los padres en la presencia de la infección respiratoria aguda

**Grafico 1; ¿Qué hace usted cuando el menor tiene tos?**



**Microsoft Office Excel 2010**

Cuando el menor tiene tos el cuidador en un 47,6% decide realizar cuidados en casa, un 38,1% Auto médica y como ya se ha mencionado en la definición de las categorías dentro de la automedicación entra los remedios caseros que se administran y tratamientos sin supervisión médica y un 7,1 % consulta al médico y 7,1% no responde.

Cuando la tos se presenta por tiempo superior a 3 días, un 69% de los cuidadores visita al médico, un 14.3% le brinda automedicación y un 11.9% le da cuidados en casa y 4,8% no responde, cuando se presenta un signo general de peligro como lo es el uso de músculos accesorios para la respiración se encuentra.

**Tabla 4 ¿Que hace el cuidador cuando el menor a respirar se le hunde el estómago y los espacios entre las costillas?**

Categoría	Porcentaje
Visitar al médico	42,9
Auto medica	9,5
Cuidados en casa	9,5
No ha ocurrido	31,0
No responde	7,1
Total	100,0

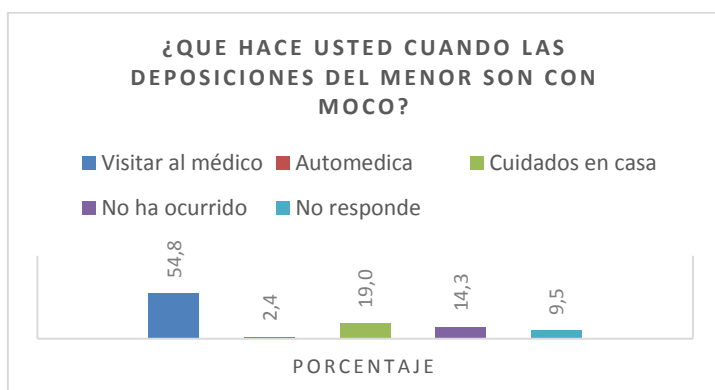
**Spss IBM Statics**

Al presentarse retracciones intercostales los cuidadores responden que visitan al médico en 42,9%, no les ha ocurrido la situación en 31%, medica al menor 9,5%, brinda cuidados en casa 9,5% y no responde un 7,1%. También se planteó una variable ante la presencia de cianosis al menor que tiene tos, se encuentra que los cuidadores en un 42,9% no le ha ocurrido la situación, un 35,7% consulta al médico, un porcentaje menor 11,9% le brinda cuidados en casa, 2,4% medica al menor y 7,1% no responde; en presencia de quejido y ruidos respiratorios agregados los cuidadores respondieron que visitan al médico en un 54,8%, un 14,3% le brinda cuidados en casa un 11,9% manifestó no haber ocurrido la situación, 9,5% medica en el hogar y 9,5% no respondió.

Ahora se hará el análisis de las variables respectivas de la enfermedad diarreica aguda donde se encuentra que ante la presencia de esta los cuidadores 83,3% que le brinda cuidados en casa, un 7,1% visita al médico, 7,1% no responde y 2,4% suministra medicamentos, un 50% de los cuidadores manifestaron que si los síntomas persisten luego de los cuidados en el hogar consultarían al médico.

Ante la presencia de moco en las deposiciones se encontró lo siguiente:

**Grafico 2; ¿Qué hace usted cuando las deposiciones del menor son con moco?**



**Microsoft Office Excel 2010**

El 54,8% de la población responde que consulta al médico cuando el menor con deposiciones diarreas son con moco, un 14,3 % no les ha ocurrido la situación, un 19% le brinda cuidados en casa, un 9,5% no responde a la variable y un 2,4% Automédica al menor. Ante la presencia de sangre en las deposiciones los cuidadores respondieron que consultan al médico en un 71,4%, un 19% no le ha ocurrido la situación y un 9,5% no responde a la pregunta.

Ante la deshidratación se observan unos signos como lo es el llanto sin lágrimas si este se presenta los cuidadores respondieron 40,5% visitan al médico, 23,8% no le ha ocurrido, 11,9% no responde, 21,4% le brinda cuidados en casa; otro signo son los ojos del niño “hundido” en comparación con el aspecto común los cuidadores respondieron que visitan al médico en un 66,7%, un 14,9% no le ha ocurrido, un 9,5 % le brinda cuidados en casa y un 9,5% no responde a la pregunta; cuando el menor tiene la boca seca los cuidadores responden: Un 64,3% le brinda cuidados en casa, un 19% visita al médico, un 9,5% no responde al cuestionario y un 7,1% no le ha ocurrido.

Se considera como signo grave de deshidratación que el menor no responda al llamado a lo que los cuidadores refieren 54,8% visitan al médico, un 16,7% no le ha ocurrido, un 14,3 % le brinda cuidados en casa y un 14,3 % no responde a la variable.

De acuerdo a lo encontrado en la alimentación suministrada por los cuidadores ante la presencia de la enfermedad diarreica aguda describen un 26% que hidratan al menor solo con sales de rehidratación oral, solo el 2,4% manifiesta que le suministra un vaso de suero oral luego de cada deposición, un 9% suministra alimentación y suero oral, 5% retira los lácteos de la dieta suministrada al menor y 2,4% manifiesta que suministra dieta baja en grasa, azúcares, condimentos; aumenta el suministro de líquidos orales, jugos de guayaba y 7,3% refiere suprimir las bebidas lácteas mientras este el menor con EDA.

Se realizó un análisis correlacional de las variables del nivel educativo del cuidador con las prácticas de cuidado que adopta ante la presencia de signos generales de peligro de la enfermedad diarreica aguda que son los ojos hundidos, el llanto sin lágrimas y la somnolencia encontrándose que no hay relación entre las variables.

## 5. DISCUSIÓN

De las prácticas de cuidado encontradas en la investigación están los cuidados en casa ante la presencia de la enfermedad diarreica aguda, donde los cuidadores refieren suministrar sales de rehidratación oral o aumentar la cantidad de líquidos en un 83,3%, se encontró que solo un 2,4% de nuestros cuidadores cumple con todas las recomendaciones en la alimentación realizadas por el estudio de “Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana” (28). En este estudio es la madre la administradora del cuidado y el objetivo fue “Determinar el nivel de conocimiento de la madre con respecto a la hidratación oral del paciente durante un episodio diarreico agudo” (28) En nuestra investigación un 61% las madres al inicio de la diarrea aumentan el aporte hídrico, de estas un 26% administran sales de rehidratación oral, un 9% bebidas naturales como manzanilla y un 7,1% jugos de frutas naturales. Un aspecto importante dentro de las prácticas descritas por los cuidadores es la alimentación de se le suministra al menor, en la investigación encontramos que sólo el 50% describen hacer cambios en la alimentación del niño donde la práctica más evidente es la administración de más cantidad de líquidos entre ellos las sales de rehidratación (SRO) y en el estudio “alimentación del paciente con diarrea aguda” (58) indican la importancia de realizar cambios en la alimentación para que el niño reciba los nutrientes que pierde durante la diarrea y mencionan no suprimir los lácteos como lo hacen el 7,3% de nuestra población.

Se encuentra semejanza con los anteriores estudios en que es la mujer en su mayoría quien instaura el cuidado en el menor enfermo en La Escuela El Noral el 90,5% de los cuidadores de los menores de 5 años son de sexo femenino y de este porcentaje un 83,3% corresponde a la madre, lo que ratifica el protagonismo de la mujer en el cuidado y principalmente la encargada del cuidado de los hijos.

De acuerdo a las prácticas que sean adoptadas por los cuidadores ante la presencia de diarrea depende la desaparición o complicación de la enfermedad lo que llevaría a verse

otros signos importante ante la presencia de deshidratación, de acuerdo a los resultados encontrados en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan Neiva, julio-septiembre 2010” (59) un cuidador que tenga conocimientos adecuados acerca de la EDA y presente una disposición favorable tendrá mayor probabilidad de llevar a cabo un manejo integral en la prevención de y tratamiento de la EDA en el menor de cinco años.

Esta investigación se asemeja a la nuestra en la necesidad de los investigadores de describir las prácticas en la presencia de la enfermedad y concluyeron que estas son ligadas a la cultura, los conocimientos previos y tiene gran influencia el nivel educativo de la madre, en nuestra investigación se encontró que los cuidadores ante la presencia de la enfermedad realizaban prácticas de soporte hídrico con la intención de mantener hidratado el menor y ante la persistencia de los síntomas por más preferían consultar al médico.

Otro estudio llamado “Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario” (60) se encontró que las cuidadoras tenían déficit de conocimientos ante la presencia del evento, y por ello adoptan prácticas incorrectas como no dar alimentación en presencia de diarrea, un 17,9% daban medicamentos sin prescripción médica, como se ha mencionado en nuestro estudio sólo (2,4%) cumple con la totalidad de las practicas pertinentes para la presencia de EDA en el menor de 5 años que ha planteado el AIEPI (32) de acuerdo a la alimentación, también en el estudio de la Escuela El Noral se evidenció que un porcentaje (2,4%) médica al menor, pero con más frecuencia consulta al médico (7.1%) que al estudio mencionado anteriormente, porque se evidenció que las madres cuidadores no consultaban a los centros de salud por el desconocimiento de la enfermedad, los signos y los signos generales de peligro.

Cabe resaltar que diferentes estudios y la organización mundial de la salud describen (6) que la escolaridad del cuidador es determinante a la hora de tomar medidas de acción en

el cuidado del niño enfermo, estratos socioeconómicos bajos son factores de riesgo para presentarse la enfermedad ya que la desigualdad en las posibilidades de atención y la cultura influyen en las prácticas de cuidado.

Ante la presencia de signos de deshidratación en la presencia de diarrea como lo es el llanto sin lágrimas, los ojos hundidos y la boca seca los cuidadores los reconocen como signos de alarma que requieren atención y cuidado por personal de salud, y la categoría que describieron la mayoría de los cuidadores es visitar al médico. Caso similar al estudio “conocimientos y actitudes de los padres sobre los signos de alarma y deshidratación en la Enfermedad diarreica Aguda” (61), donde el cuidador reconoce que los ojos hundidos y la presencia de sangre en las heces es un signo de alarma que requiere atención médica, también que ante la exacerbación de los síntomas y la no mejoría a las prácticas de cuidado instauradas en casa la consulta al centro médico se realizará dentro de las 48 horas de presentados los síntomas.

Con la necesidad de disminuir la mortalidad infantil el aporte desde la investigación (62), es que las estrategias encaminadas al cuidado de la primera infancia sean de conocimiento y divulgación en la sociedad en general para que todos los actores realicen un aporte sustancial, sea desde la promoción o la prevención. Las prácticas de cuidado que adopten los cuidadores son determinantes para la salud del niño, porque la no identificación oportuna de los signos generales de peligro pone en riesgo la integridad del menor.

En nuestro estudio los cuidadores ante la presencia de signos de peligro consultan a los servicio de salud, siendo esta práctica recomendada ante la situación, como lo muestran los resultados del estudio “La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y el enfoque en los cuidadores: revisión integradora de la literatura” (50). Los cuidadores del estudio reconocen la tos por tiempo mayor a 3 días, la respiración rápida y ruidosa como signo de alarma, en la investigación realizada en la Escuela El Noral los cuidadores ante la presencia de Cianosis, retracciones intercostales y sonidos en la respiración la práctica descrita con mayor frecuencia fue la de consultar al médico . La descripción de esta práctica se considera adecuada desde la clasificación del AIEPI (63)



Las prácticas de cuidados como ya se ha mencionado están delineadas por las costumbres, el acceso a información y otros factores sociales antes mencionado; pero el personal de salud cumple un papel muy importante en la educación de la población, ya que se encontró que ante la presencia de tos, signo de la infección respiratoria aguda, los cuidadores acuden a la práctica de cuidado de la medicación “Automedicación” (53) en un porcentaje de 38,1%, y los medicamentos más usados son los antitusígenos y los broncodilatadores, se realizó revisión de bibliografía donde se encontró “La automedicación en niños de hasta cinco años administran fármacos, conocimientos, motivaciones y justificaciones” (64). Estudio Brasileiro que muestra en su población de estudio los fármacos más usados sin prescripción en los menores son los antitusígenos y el acetaminofén.

Para identificar los signos de alarma de la infección respiratoria aguda es necesario que el cuidador reconozca que estos requieren una práctica de cuidado realizada por un personal sanitario, porque las complicaciones se presentan rápidamente, también es necesario que se tengan presente los factores de riesgo para la enfermedad ya que desde un inicio se ha hablado de la importancia de la prevención. En un estudio realizado en México “Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México” (65) sobre los signos de alarma identificados por los padres encontrando relación con nuestro estudio en que los padres identificaron la respiración, cianosis y no respirar como signo de alarma y que requiere de una atención por personal de salud.

Tanto para la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda la práctica que más se recomienda desde la investigación es la de la prevención, ya que el obtener conocimientos basados en el AIEPI evitarían gran cantidad de muertes de menores, pero dentro del estudio se evidenció que los cuidadores realizan consultas constantes con el medico ya que en los regímenes de salud muchos de ellos mencionaron tener medina prepagada, aunque esta variable no estaba dentro del cuestionario permite pensar que la facilidad de acceder a una consulta con especialista “pediatra” hace más fácil la

atención del menor, además en el estudio, los cuidadores identificaron correctamente el momento en que debían consultar ante los signos de peligro y manifestaron prácticas de cuidado al niño enfermo con IRA similares a las que la población en investigación describió que suministrar medicamento oral en el hogar y ante la no mejoría de los síntomas consultar al médico en nuestro estudio cuando se plantearon las variables de IRA para este estudio ningún cuidadores refirió realizar cambios en la alimentación.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se concluye que el principal cuidador de los menores de 5 años de la escuela el Noral es la madre con un 83,3%, son ellas las encargadas de diligenciar los instrumentos, donde se corrobora el rol femenino en el cuidado y en este caso del niño enfermo.
- Dando respuesta al objetivo general las prácticas de cuidado adoptadas por el principal cuidador se categorizaron como cuidados en casa, automedicación y consulta a urgencias donde los cuidadores descubrieron de acuerdo a los conocimientos las prácticas adoptadas.
- De acuerdo a las prácticas adoptadas ante la presencia de la infección respiratoria aguda los cuidadores describieron cuidados en casa como principal práctica donde la administración de líquidos y evitar que el menor estuviera en corrientes de aire fueron las principales y de acuerdo a la exacerbación de los síntomas la automedicación y la consulta al médico se hacen más notorias.
- Respecto a las prácticas de cuidado cuando hay enfermedad diarreica aguda los cuidadores responden que la hidratación es la más importante, y ante la presencia de otros signos la consulta al médico para esclarecer las causas de la enfermedad fue lo descrito por los cuidadores.
- La práctica recomendada por las investigadoras a todos los actores que brinda cuidado a los menores de 5 años es la prevención, partiendo de esto los cuidadores reconocerán y actuarán adecuadamente ante la presencia de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.
- También se recomienda que la institución educativa tenga conocimiento sobre la estrategia AIEPI para que desde la escuela se brinde educación a los cuidadores de los menores.

## CORRESPONDENCIA SOCIAL.

Al finalizar la recolección de los instrumentos a los cuidadores se les fue enviado los agradecimientos por medio de la agenda estudiantil, a la institución y a los cuidadores se le será entregado un archivo con una presentación con las recomendaciones de las investigadoras para identificar los signos generales de peligro ante la presencia de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda de una forma agradable y didáctica, además éste será entregado a las directivas del Instituto Colombo-Venezolano para que pueda utilizarse a futuro. También se realizara la socialización de los resultados de la investigación con docentes y cuidadores que participaron.

## 7. REFERENCIAS

1. Así vamos en Salud. [Online].; 2013 [cited 2016. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/8>.
2. Shyrley Díaz Cárdenas KAVKRM. Scientific Electronic Library Online (Scielo). [Online].; 2012 [cited 2016. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2012000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000200014).
3. Salud OPdl. [Online]. [cited 2016. Available from: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiapi&Itemid=476](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiapi&Itemid=476).
4. Villacrés Peñafiel RE. Repositorio digital Universidad Técnica de Ambato. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9268/1/Villacr%C3%A9s%20Pe%C3%B1afiel%2c%20Rosa%20Elizabeth.pdf>.
5. MACAS MÁC. Repositorio institucional de la escuela superior politécnica de chimborazo. [Online].; 2011 [cited 2016. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2045/1/104T0008.pdf>.
6. LATINAMERICA WHAO. Organización Mundial de la Salud, OMS. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from: <http://www.who.int/es/>.
7. (OMS) OMdlS. Who.com. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/).
8. (OMS) OMdlS. Who.int. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
9. Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/).
10. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. MinSalud. [Online].; 2010 [cited 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/B>

[ase%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf](#).

- 1 UNICEF. Instituto de Investigaciones Jurídicas. [Online].; 1959 [cited 2015 1. Septiembre. Available from: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/4/pr/pr20.pdf>.
- 1 UNICEF. ONU Organización de las Naciones Unidas. [Online].; 20 DE 2. NOVIEMBRE DE 1989 [cited 2015. Available from: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- 1 Roberto Hernandez Sampieri CFCBL. METODOLOGIA DE LA 3. INVESTIGACION. In. Mexico: Mc Graw Hill; 2010.
- 1 Sanchez B. Sistema de Información Científica Redalyc. [Online]. Available from: 4. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301003>.
- 1 Usuarios MVD, Fernández MÁG, Moreno BL, Sánchez. PM. Discapnet. [Online].; 5. 2010 [cited 2016. Available from: [http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados\\_del\\_cuidador\\_rol\\_femenino/Paginas/Cuidador\\_concepto\\_perfil.aspx](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx).
- 1 LRSlv. Scientific Electronic Library Online (SciELO). [Online]. [cited 2016. 6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/32.pdf>.
- 1 Sánchez. MJP. Aposta.uv.es. [Online]. [cited 2016. Available from: 7. <http://aposta.uv.es/pamuan/DOCUMENTOS%20UTILES/atencion%20en%20enfermeria%20cuidadores.pdf>.
- 1 José Cruz Rivas Herrera RMOM. Mediagraphic Literatura Biomédica. [Online].; 8. 2011 [cited 2016. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111g.pdf>.
- 1 La abuela y la pareja popeerdc. Cuidamos a la cuidadora. [Online].; 2016 [cited 9. 2016. Available from: <http://cuidador.com/la-abuela-y-la-pareja-primera-opcion-para-ejercer-el-rol-de-cuidadora/>.
- 2 Holly Ballestas Cueto ELORMBPSDRPMP. EBSCO. [Online].; 2013 [cited 2016. 0. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=9bf5b0f5-8b40-4f52-9477-4d9446d5daed%40sessionmgr120&vid=0&hid=115&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210Z>

[T1laG9zdC1saXZl#AN=95807604&db=lth.](#)

- 2 Garcia EA. Arqueología y Territorio. [Online]. [cited 2016. Available from:  
1. [http://www.ugr.es/~arqueologyterritorio/Artics4/Artic4\\_13.htm](http://www.ugr.es/~arqueologyterritorio/Artics4/Artic4_13.htm).
- 2 Caballero RDd. Universidad Javeriana. [Online]. [cited 2016 03 06. Available from:  
2. <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/56.pdf>.
- 2 Olga Stella Díaz U CLT. Universidad del Bosque Colombia. [Online].; 2015 [cited  
3. 2016. Available from:  
<http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/735/329>.
- 2 Organizacion Mundial de la Salud (OMS). [Online].; 2013 [cited 2016. Available  
4. from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
- 2 Salud INd. Institucion Nacional de Salud. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre.  
5. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20EDA.pdf>.
- 2 Salud INd. Instituto Nacional de Salud. [Online].; 2010 [cited 2016. Available from:  
6. [http://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Normatividad/circulares/Circulares\\_2014/Procolo%20IRA%20ESI%20IRAG%20Abril\\_2014.pdf](http://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Normatividad/circulares/Circulares_2014/Procolo%20IRA%20ESI%20IRAG%20Abril_2014.pdf).
- 2 UNICEF. UNICEF. [Online]. [cited 2015 Septiembre. Available from:  
7. <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>.
- 2 Lina Vásquez DHMS. [Online].; 2014 [cited 2016. Available from:  
8. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n3/a05v14n3.pdf>.
- 2 Salud OMdl. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>. [Online].; 2013  
9. [cited 2015 Septiembre. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
- 3 Elisa Juy Aguirre ECFAdlCRWAMMG,ATG. Scientific Electronic Library Online  
0. (Scielo). [Online].; 2014 [cited 2016. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100002).
- 3 Ediciones. Lisbeth Martínez González, José Narváez Barrios, Zenen Rúa  
1. Osorio, Wendy De Avila Barrera, Inés Morales Salcedo, Ronald Maestre Serrano.  
[Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/innovacionsalud/index.php/inno>

- [vacionsalud/article/viewFile/159/165](#).
- 3 Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social.
  2. [Online].; 2010 [cited 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GUIA-PARA-LA-ATENCION-DE-LA-NINEZ-EN-LA-FAMILIA.pdf>.
  - 3 Rebeca Cuevas Acosta KERMVMVVCCMC. Biblioteca Virtual en Salud. [Online].;
  3. 2014 [cited 2015 Septiembre. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_11\\_14/san051811.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san051811.pdf).
  - 3 Elisa Juy Aguirre, Enrique Céspedes Floirian, MsC. Alina de la Rubal Wong.
  4. Amparo Matilde Maza González. Carlos Alberto Terán. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre. Available from: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_11\\_14/san021811.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san021811.pdf).
  - 3 COLOMBIA CUAM. Corporacion Universitaria Adventista. [Online].; 2013 [cited 5. 2015 Mayo. Available from: [www.unac.edu.co](http://www.unac.edu.co).
  - 3 Colombia CdlRd. Ilo.Org. [Online].; 1993 [cited 2015 Septiembre. Available from:
  6. <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20%201993.pdf>.
  - 3 República CndI. ConSalud. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from:
  7. [http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/ley\\_1751\\_del\\_16\\_de\\_febreiro\\_de\\_2015\\_-\\_ley\\_estatutaria\\_de\\_salud.pdf](http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/ley_1751_del_16_de_febreiro_de_2015_-_ley_estatutaria_de_salud.pdf).
  - 3 social MdIp. MinSalud.Gov. [Online].; 2000 [cited 2015 Septiembre. Available
  8. from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>.
  - 3 Colombia CdlRd. ICBF Instituto colombiano de bienestar familiar. [Online].; 2006
  9. [cited 2015 Septiembre. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/SRPA/Tab/CIyA-Ley-1098-de-2006.pdf>.
  - 4 Colombia Cd. Ley 266. 1996..
  - 0.



- 4 Consejo internacional de enfermeras<sup>3</sup>, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza).
1. [Online].; 2006 [cited 2016. Available from: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>.
- 4 Colombia CdlRd. Ministerio de Educación de Colombia. [Online].; 2004 [cited 2016.
2. Available from: [http://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf).
- 4 Fernandez Fernandez ML. Open Course Ware. [Online].; 2010 [cited 2015.
3. Available from: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf).
- 4 Martha Raile Alligood AMT. Modelos y teóricas en enfermería. Séptima ed.
4. Rodriguez M, editor.: Elsevier España; 2011.
- 4 Gladis Patricia Aristizábal Hoyos DMBASRRMOM. El modelo de promoción de la
5. salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria. 2011 Diciembre; 8(4).
- 4 Vera JL. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del
6. Adolescente. [Online].; 2010 [cited 2016. Available from: <http://www.sepyrna.com/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar/>.
- 4 Batthyány K. Cuidado infantil y trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino? 1st
7. ed. Monevideo: Cinterfor/OIT; 2004.
- 4 Social MdSyP. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2015 [cited 2015
8. Septiembre. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx).
- 4 Claudia V. Burgoa Rivero AASM. Scientific Electronic Library Online (Scielo).
9. [Online].; 2008 [cited 2016 03 17.
- 5 ParanhosI VD, PinaII JC, Mello DFd. Scientific Electronic Library Online (Scielo).
0. [Online].; 2011 [cited 2016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100027&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100027&script=sci_arttext&tlng=es).

- 5 Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Gobernación de Antioquia. [Online].; 2010 [cited 2015. Available from: <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/file>.
- 5 Colombia MdSyPSd. UniSabana.edu.co. [Online].; 1993 [cited 2015. Available from: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf).
- 5 Angela María Ruiz Sternberg APA. Automedicación y términos relacionados: Una reflexión conceptual. Ciencias de la Salud. 2011 Feb; 9(1).
- 5 José Siles González CSR. El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. Cultura de los cuidados. 2007 Mar; 21.
- 5 MURCIA UD. Universidad de Murcia. [Online]. [cited 2015. Available from: [http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/spss\\_1.pdf](http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/spss_1.pdf).
- 5 Heidi Celina Oviedo ACA. Scientific Electronic Library Online. [Online]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000400009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009).
- 5 Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. [Online]. Available from: [http://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO\\_08\\_AC\\_2015\\_07\\_21.pdf](http://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciuo/CIUO_08_AC_2015_07_21.pdf).
- 5 Livia Machado de Ponte DNB,RPÁ,MVF,EZR. Scientific Electronic Library Online. [Online].; 2010 [cited 2016. Available from: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492010000100008](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000100008).
- 5 Wilmer Andres Aragon Gomez MBDNBDCBPSRC. Universidad Surcolombia. [Online].; 2010 [cited 2016. Available from: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/204.T.G-Wilmer-Andres-Aragon-Gomez-Mayerly-Barrera-Dussan-Nathaly-Barrera-Dussan-Sthefanny-Diaz-Cabrera-Derly-Bibiana-Perez-S.-Alexander-Rivera-C.-2010.pdf>.

- 6 Health HUSoP. Health Education Research. [Online].; 2009 [cited 2015 Agosto].  
0. Available from: <http://m.her.oxfordjournals.org/content/24/4/686.full#abstract-1>.
- 6 Claudia V. Burgoa Rivero AASM. Scientific Electronic Library Online(Scielo).  
1. [Online].; 2008 [cited 2016. Available from:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752008000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000200002&lng=es&nrm=iso).
- 6 Argentina MdSd. Ministerio de Salud de Argentina. [Online].; 2011 [cited 2015  
2. Septiembre. Available from:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>.
- 6 Antioquia Ud. Guías Nacer UdeA. [Online].; 2010. Available from:  
3. <http://www.nacer.udea.edu.co/aiepi/aiepiclinico3.pdf>.
- 6 FilhoI PCPT, JúniorII AdCP. Scientific Electronic Library Online (Scielo). [Online].;  
4. 2013 [cited 2016.
- 6 Elizabeth Ferreira-Guerrero RBSBTV. Scientific Electronic Library Online.  
5. [Online].; 2013 [cited 2016. Available from:  
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a30.pdf>.
- 6 Garcia PdA. BIBLIOTECA VIRTUAL MIGUEL DE CERVANTES. [Online].;  
6. 1999 [cited 2015 Mayo. Available from:  
<http://www.cervantesvirtual.com/obra/tratado-de-higiene-escolar-guia-teoricopractica--0/>.
- 6 COLOMBIA MDSYPSD. Ministerio de salud y Protección social de Colombia.  
7. [Online].; 2015 [cited 2015 Mayo. Available from:  
<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/EntornosSaludables.aspx>.
- 6 Inc. FW. Wikipedia la enciclopedia libre. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril.  
8. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Guarder%C3%ADa>.
- 6 ECURED. BIBLIOTECA VIRTUAL ECURED. [Online].; 2015 [cited 2015 Mayo.  
9. Available from: [http://www.ecured.cu/index.php/Higiene\\_personal](http://www.ecured.cu/index.php/Higiene_personal).
- 7 Inc FW. Wikipedia la enciclopedia libre. [Online].; 2015 [cited 2015. Available  
0. from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Limpieza>.
- 7 Organization WH. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015

1. Mayo. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- 7 Gaviria Trujillo C. Procuraduría general de la Nación. [Online].; 1991 [cited 2015].
2. Available from: [http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion Politica de Colombia.htm](http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion%20Politica%20de%20Colombia.htm).
- 7 Congreso Nacional de la República Colombiana. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [Online].; 2006 [cited 2015]. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/LeyInfanciaAdolescencia/SobreLaLey/CODIGOINFANCIALey1098.pdf>.
- 7 ECURED. BIBLIOTECA VIRTUAL ECURED. [Online]. [cited 2015 Mayo].
4. Available from: [http://www.ecured.cu/index.php/Higiene\\_escolar](http://www.ecured.cu/index.php/Higiene_escolar).
- 7 Aurrecoechea BD. Revista de Pediatría de Atención Primaria. [Online].; 2012 [cited 2015 Mayo]. Available from: <http://www.pap.es/>.
- 7 E. Ojembarrena Martínez1 RFdPMPLMMCS. Anales Españoles de Pediatría. [Online]. [cited 2015 Mayo]. Available from: <http://www.aeped.es/anales/>.
- 7 Carlos Ochoa Sangrador (1) MVBS(yBMM(. Revista Española de Salud Pública. [Online].; 2007 [cited 2015]. Available from: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/home.htm](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/home.htm).
- .
- 7 Ávila Baray HL. INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. In.; 2006. p. 54-67.
- 7 S.L. SNDI. Netquest. [Online].; 2015 [cited 2015]. Available from: <http://www.netquest.com/>.
- 8 COLOMBIA MDSD. MinSalud. [Online].; 1993. Available from: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_8430\\_1993 - Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf).
- 8 MUNDIAL AM. World Medicine Association. [Online].; 1964. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
- 8 KOOPMAN JS. American Journal of Epidemiology. [Online].; 1978 [cited 2015 Agosto]. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/content/107/5/412.short>.

- 8 Department of Periodontics and Oral Medicine UoMINUAAA. Europe Pubmed  
3. Central. [Online].; 2007 [cited 2015 Agosto. Available from:  
<http://europepmc.org/abstract/med/17366757>.
- 8 Serra ME, Soria RM. Biblioteca Virtual en Salud. [Online].; 2015 [cited 2015  
4. Agosto. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-750465>.
- 8 Olga María París Pineda NLCOAPDCJA. Scientific Electronic Library Oline  
5. (SCIELO). [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n1/v15n1a04.pdf>.
- 8 Farith González Martínez MCCSBO. [Online].; 2011 [cited 2015 Septiembre.  
6. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n3/a09v53n3.pdf>.
- 8 Social MdSyP. www.Minsalud.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2015 Septiembre.  
7. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>.
- 8 Enriqueta Román Riechmann1 JBTMJLR. Asociación Española de Pediatría.  
8. [Online].; 2013 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf).
- 8 ABC D. Definición ABC. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
9. <http://www.definicionabc.com/salud/fiebre.php>.
- 9 Caribe HUd. Hospital Universitario del Caribe. [Online].; 2015 [cited 2015  
0. Septiembre. Available from: <http://www.hucaribe.gov.co/novedades/aipei.pdf>.
- 9 Lina Vásquez DH,MS. The Scientific Electronic Library Online - SciELO. [Online].;  
1. 2014 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n3/a05v14n3.pdf>.
- 9 Carmen Sandoval CPAPMRAPyTV. Scientific Electronic Library Online. [Online].;  
2. 2014 [cited 2015 2015. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n1/art13.pdf>.
- 9 Netquest. Netquest. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
3. <http://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras.html>.
- 9 Davies J MG. Haurora.com. [Online].; 1998 [cited 2015 Noviembre. Available from:  
4. <http://www.haurora.co.nz/assets/files/Occasional%20Papers/Health%20Promotion%2>

[0is%20a%20Discipline%2027%20Nov.pdf](#).

- 9 Merino. BM. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.  
5. [Online].; 1999 [cited 2015. Available from:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte\\_2.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf)  
f.
- 9 Mario Delgado Noguera CHSJAC. ResearcGate.Net. [Online].; 2006 [cited 2015  
6. Noviembre. Available from:  
[http://www.researchgate.net/publication/26447953\\_Conocimientos\\_maternos\\_sobre\\_signos\\_de\\_peligro\\_en\\_diarrea\\_aguda\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_la\\_estrategia\\_AIEPI](http://www.researchgate.net/publication/26447953_Conocimientos_maternos_sobre_signos_de_peligro_en_diarrea_aguda_en_el_marco_de_la_estrategia_AIEPI).
- 9 Elisa Juy Aguirre ECFAdICRWAMMG,CATG. Biblioteca virtual en Salud.  
7. [Online].; 2012 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_11\\_14/san021811.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san021811.htm).
- 9 Salud Md. MinSalud.gov. [Online].; 1994 [cited 2015 Septiembre. Available from:  
8. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf).
- 9 Salud Md. MinSalud.gov. [Online].; 1993 [cited 2017 Septiembre. Available from:  
9. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf).
- 1 Colombia Ccd. Alcaldia de Bogota. [Online].; 2007 [cited 2015 Septiembre.  
0 Available from:  
0. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=25932>.
- 1 Hernández. EC. Scientific Electronic Library Online. [Online].; 2013 [cited 2015  
0 Septiembre. Available from:  
1. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-373X2013000200010](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2013000200010).
- 1 Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2016.  
0 Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/).  
2.
- 1 UNICEF. [Online].; Mayo de 2006 [cited 2016. Available from:  
0 [http://www.unicef.org/spanish/protection/files/Sin\\_atencion\\_progenitores.pdf](http://www.unicef.org/spanish/protection/files/Sin_atencion_progenitores.pdf).  
3.

- 1 Universitat de Valencia. [Online]. [cited 2015. Available from:  
0 <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>.  
4.
- 1 Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle,  
0 Washington; Salud Mesoamérica Initiative, Inter-American Development Bank,  
5. Panamá, Panamá. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26787152>.  
1 Olga Stella Díaz U CLT. Revista Colombiana de Enfermería. [Online].; 2015 [cited  
0 2016. Available from:  
6. <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/735/329>.  
1 Quiroz-Jiménez KS, Pulgarín-Piedrahita LM, Cardona-Arango D. Biblioteca virtual  
0 en Salud. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from:  
7. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-774981>.  
1 Turcios Ayala GM. Biblioteca virtual en Salud. [Online].; 2012 [cited 2016.  
0 Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-678557>.  
8.  
1 Sofia J, Osco Tamayo CR. Biblioteca virtual en Salud. [Online].; 2009 [cited 2016.  
0 Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-667216>.  
9.  
1 UNICEF. [unicef.gov.org](http://www.unicef.org). [Online]. [cited 2016. Available from:  
1 <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>.  
0.  
1 Sandra Vaquiro Rodríguez JSB. Scientific Electronic Library Online(Scielo).  
1 [Online].; 2010 [cited 2016. Available from:  
1. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext).  
1 Turcios Ayala GM. Biblioteca Virtual en Salud. [Online].; 2012 [cited 2016.  
1 Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-678557>.  
2.  
1 Claudia V. Burgoa Rivero AASM. Scientific Electronic Library Online(Scielo).  
1 [Online].; 2008 [cited 2016. Available from:  
3. [70](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

[06752008000200002](#).

1 Rosique RMG. Scientific Electronic Library Online (Scielo). [Online].; 2010 [cited  
1 2016. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-4.18242010000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-4.18242010000300010).

1 Ángela María Pulgarín Torres SPOGYRSÁMSC. Scientific Electronic Library  
1 Online. [Online].; 2011 [cited 2016. Available from:  
5. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100003).

1 ICOLVEN. Instituto Colombo Venezolano. [Online].; 2015 [cited 2015. Available  
1 from: <http://www.icolven.edu.co/esenciales.html>.

6.



## 8. ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento Informado



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento está dirigido a los cuidadores de los niños menores de 5 años que acepten participar de la investigación *“Prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años”* que se realizará en la Escuela el Noral de la Ciudad de Medellín por estudiante de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista.

El propósito de la investigación es la recolección y análisis de datos que lleven a identificar que prácticas tienen los cuidadores frente a dos enfermedades prevalentes en la infancia la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda.

La participación es totalmente voluntaria y puede interrumpir su participación en cualquier momento del estudio. La información será protegida y manejada con confidencialidad.

Por su participación no obtendrá ninguna compensación. Al final de la investigación recibirá los resultados de la misma para que cada día obtengamos más conocimientos que ayuden a disminuir la mortalidad infantil y una atención oportuna a las enfermedades prevalentes en la infancia.

Para nosotros es muy importante contar con ustedes, agradecemos su participación.

Esta investigación no contempla ningún riesgo ni consecuencia para los participantes.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cedula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 Cuestionario



*Prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años de la escuela el Noral, en el 2015*

### **CUESTIONARIO**

**OBJETIVO:** Identificar las prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños-as menores de 5 años.

#### **Instrucciones de diligenciamiento**

- ✓ Se agradece que quien diligencie la encuesta sea la persona que esta a cargo del menor la mayor parte del tiempo
- ✓ Sus respuestas son anonimas y absolutamente confidenciales

**Información sociodemográfica.** Señale con una X su respuesta

1. Quién diligencia el cuestionario: Padre\_\_\_ Madre\_\_\_  
otro cuidador: \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
4. Nivel educativo (Señale el ultimo nivel completado):  
Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Técnico\_\_\_ Tecnológico\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_
5. Estrato socioeconómico de la familia:  
Estrato 1: \_\_\_ Estrato 2: \_\_\_ Estrato 3: \_\_\_ Estrato 4: \_\_\_ Estrato 5: \_\_\_\_\_
6. Lugar de residencia: Rural\_\_\_ Urbana\_\_\_
7. Denominación religiosa: Católica:\_\_\_ Adventistas del séptimo día: \_\_\_  
Pentecostal: \_\_\_ Testigos de Jehová: \_\_\_  
Otra: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuenta el menor a su cuidado con afiliación a un régimen de salud?:  
Contributivo (EPS): \_\_\_\_\_  
Subsidiado (SISBEN): \_\_\_\_\_  
Regímenes especiales: Magisterio: \_\_\_ Fuerzas militares: \_\_\_\_\_
9. ¿El menor a su cuidado tiene otros hermanos? Si\_\_\_ No\_\_\_  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre los hermanos \_\_\_\_\_



*Prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años de la escuela el Noral, en el 2015*

**CUESTIONARIO**

**Información sobre prácticas de cuidado:**

- ✓ Favor diligenciar con letra legible.
- ✓ Responda todas las preguntas de acuerdo a lo que en su vida diaria realiza con respecto a la situación que se le expone

1. ¿ Que hace usted cuando el menor tiene tos?

---

---

---

2. ¿ Que hace usted cuando el menor tiene tos por un tiempo mayor a 3 días?

---

---

---

3. ¿Qué hace usted cuando el menor al toser se pone morado?

---

---

---

4. ¿Que hace usted cuando el menor al respirar se le hunde el estomago y los espacios entre las costillas?

---

---

---



*Prácticas de los cuidadores ante signos de la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda, en niños menores de 5 años de la escuela el Noral, en el 2015*

**CUESTIONARIO**

5. ¿Qué hace usted cuando el menor con tos al respirar se queja y hace ruidos?

---

---

---

6. ¿Que hace usted si el menor tiene diarrea?

---

---

---

7. ¿Qué hace usted cuándo las deposiciones del menor son con moco?

---

---

---

8. ¿ Qué hace usted si el menor tiene diarrea con sangre?

---

---

---

9. ¿Qué hace usted si el menor con diarrea al llorar lo hace sin lagrimas?

---

---

---

10. ¿Que hace usted si observa que el menor con diarrea tiene los ojos hundidos (en comparación con su aspecto común)?

---

---

---

11. ¿Qué hace usted si el menor no despierta al llamado?

---

---

---

### Anexo 3 Validación de Instrumento



### CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
3. ¿Estima que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 X 90 \_\_\_ 100
5. ¿Estima que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 X 100
6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
Ninguna  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
Ninguna  
\_\_\_\_\_


8. Recomendaciones  
Constituye un instrumento apropiado que permite la obtención y recolección de datos, mediante la utilización de lenguaje con redacción clara y adecuada, teniendo en cuenta los criterios establecidos por estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para Enfermedad Diarreica Aguda y Enfermedad Respiratoria.

Fecha: Junio 01/2016

Validado por: Oscar Arturo Rodríguez Timana  
Medico Pediatra

*Gracias*

Anexo 4 Validación 2 de Instrumento



**CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ **80** \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ **80** \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

3. ¿Estima que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ **90** \_\_\_ 100

4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ **80** \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

5. ¿Estima que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ **50** \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100

6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?  
SABEN QUE SIGNO DE ALARMA SON  
IMPLANTES EN EDA - INFECCIONES RESPIRATORIAS

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?  
DENOMINACION RESPIRATORIA

8. Recomendaciones  
EN LAS PREGUNTAS DE EDA LA TABULACION  
ES DIFICIL POR EL AMPLIO RANGO DE RESPUESTA

Fecha: 2-VI-2016 Validado por: Jairo [Signature]  
**JAIRO FORERO**  
**MEDICO PEDIATRA**  
**REG. HABILITADO**  
**12466/2**

Gracias