



**SIGNIFICADO DE PRACTICAS COMUNITARIAS EN SALUD EN EL
MARCO DE LA ESTRATEGIA AIEPI. PEREIRA 2013**

INFORME FINAL

JOHN JAIRO OCAMPO RINCÓN
johnjairo.ocampo@yahoo.es

GLORIA CONSTANZA PERALTA CASTAÑO
conyipc@gmail.com

Dra. DORA CARDONA RIVAS
Directora de tesis

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA – II COHORTE
MANIZALES, ABRIL DE 2014

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PRESENTACIÓN	7
2. RESUMEN (Abstract).....	8
3. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
4. JUSTIFICACIÓN	16
5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo general	17
5.2 Objetivos específicos	17
6. REFERENTE TEÓRICO	18
7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	40
7.1 Enfoque	40
7.2 Tipo de estudio.....	40
7.3 Categorías de análisis.....	40
7.4 Unidad de trabajo	41
7.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	42
7.5.1 Técnicas recolección de información	43
7.5.1.1 Entrevista semiestructurada	43
7.5.1.2 Reunión de grupo focal	44
7.5.1.3 Observación	45
7.5.2 Instrumentos de recolección de información	47
7.5.2.1 Protocolo de entrevista	47
7.5.2.2 Protocolo de reunión de grupo focal	47
7.5.2.3 Guía de observación	48
7.7 Procedimientos de ordenamiento de datos.....	49
7.7.1 Organización de los datos obtenidos.....	49
7.7.2 Transcripción de los datos en el procesador de texto	49

7.7.3	Codificación de datos	52
7.7.4	Análisis de información	53
8.	RESULTADOS	56
8.1	Categoría: Conocimientos	57
8.1.1	Fuente de conocimiento	57
8.1.1.1	Institucional	57
8.1.1.2	Familiar	59
8.1.1.3	Desde la experiencia	60
8.1.2	Tipo de conocimiento (contenido)	60
8.1.2.1	Conocimiento procedimental de la práctica	60
8.1.2.2	Terapias alternativas	67
8.2	Categoría: Práctica	68
8.2.1	Lavado de manos	68
8.2.2	Ambiente limpio y ordenado (Disposición de basura)	68
8.3	Categoría: Valoración que se da a la práctica	69
8.3.1	Prácticas seleccionadas	69
8.3.2	Limitaciones	71
8.3.2.1	De origen económico	71
8.3.2.2	Por Apatía y pereza	72
8.3.2.3	Acceso a servicios	73
8.3.2.4	Entorno	73
8.4	Significado de las prácticas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI	74
9.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	78
9.1	La metodología	78
9.2	Los resultados	78
10.	CONCLUSIONES	79
11.	RECOMENDACIONES	80
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
13.	ANEXOS	90
13.1	Formato consentimiento informado	90
13.2	Protocolo de entrevista	91

13.2.1	Planeación entrevista	91
13.2.2	Entrevista.....	91
13.2.2.1	Al inicio:	91
13.2.2.2	En el desarrollo:.....	91
13.2.2.3	Al final:	92
13.2.3	Guía de entrevista	92
13.2.4	Contenidos del componente de AIEPI Comunitario Colombia, practicas No. 6 y 16 a tener en cuenta y verificar durante la entrevista.....	94
13.3	Protocolo de reunión de grupo focal	97
13.3.1	Planeación de reunión de grupo focal.....	97
13.3.2	Reunión de Grupo focal	98
13.3.2.1	Al inicio:	98
13.3.2.2	En el desarrollo:.....	98
13.3.2.3	Al final:	98
13.3.3	Guía de reunión de grupo focal	98
13.3.4	Contenidos del componente de AIEPI Comunitario Colombia, practicas No. 6 y 16 a tener en cuenta y verificar durante el grupo focal	100
13.4	Guía de observación	103
13.5	Presupuesto	104
13.5.1	Presupuesto global	104
13.5.2	Descripción de los gastos de personal	104
13.5.3	Materiales, insumos y bibliografía	105
13.5.4	Descripción y justificación de los viajes	105
13.5.5	Salidas de campo	105
	AGRADECIMIENTOS	106

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 15 Primeras causas de Consulta Menores de cinco años. Municipio de Pereira y Comuna Villasantana. Marzo 2013.....	15
Tabla 2 Prácticas clave a promover – Componente comunitario estrategia AIEPI.....	28
Tabla 3 Categorías de análisis.....	40
Tabla 4 Objetivos, instrumentos de recolección de información y unidad de trabajo.....	55
Tabla 5 Aspectos por categoría que surgen de la codificación abierta ..	56
Tabla 6 Presupuesto global.....	104
Tabla 7 Presupuesto: Descripción de los gastos de personal	104
Tabla 8 Presupuesto: Materiales, suministros, bibliografía	105
Tabla 9 Presupuesto: Descripción y justificación de viajes	105
Tabla 10 Presupuesto: Salidas de campo	105

INDICE DE ILUSTRACIONES

Pág.

Ilustración 1 Esquema de contenido del referente teórico.....	18
Ilustración 2 Esquema utilizado en el procesador de texto en la transcripción de la grabación de audio de las entrevistas	50
Ilustración 3 Esquema utilizado en el procesador de texto en la transcripción de la grabación de audio de la reunión de grupo focal	50
Ilustración 4 Esquema utilizado en el procesador de texto en la copia de las notas de la guía de observación – aspecto lavado de manos	51
Ilustración 5 Esquema utilizado en el procesador de texto en la copia de las notas de la guía de observación – aspecto ambiente limpio y ordenado	51
Ilustración 6 Esquema procedimientos de ordenamiento de datos	55
Ilustración 7 Esquema del significado de las prácticas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI	77
Ilustración 8 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – abastecimiento de agua y mantener la calidad de los alimentos ⁽¹⁾	94
Ilustración 9 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – lavado de manos ⁽¹⁾	95
Ilustración 10 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 16: Signos de peligro ⁽¹⁾	96
Ilustración 11 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – abastecimiento de agua y mantener la calidad de los alimentos ⁽¹⁾	100
Ilustración 12 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – lavado de manos ⁽¹⁾	101
Ilustración 13 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 16: Signos de peligro ⁽¹⁾	102

SIGNIFICADO DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN SALUD EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA AIEPI. PEREIRA 2013

INFORME FINAL

1. PRESENTACIÓN

La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es elaborada de manera conjunta entre la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, como herramienta para ayudar a disminuir la morbimortalidad en menores de cinco años. Su implementación en Colombia es a partir del año de 1996, como alternativa para disminuir la morbilidad y mortalidad en niños entre cero a cinco años y mejorar la calidad de atención en salud (1, 2).

La estrategia contempla tres componentes, denominados comunmente en el sector así (1, 3, 2):

- Institucional u Organización local: se orienta al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud, mediante su organización, gestión y supervisión, con disponibilidad de infraestructura y recursos.
- Clínico: corresponde al mejoramiento de las habilidades del personal de salud para ofrecer atención con calidad.
- Comunitario: que comprende el mejoramiento de las habilidades y prácticas comunitarias, a través de la incorporación de prácticas comunitarias clave destinadas al crecimiento y desarrollo saludable de los niños entre cero a cinco años.

En el Departamento de Risaralda, como en el resto del país, desde hace algunos años, se vienen realizando inversiones económicas para el desarrollo del componente comunitario. En el municipio de Pereira los indicadores del período comprendido entre 2010 a 2012 muestran que persiste la presentación de enfermedades prevenibles en menores de cinco años a las infecciones respiratorias agudas y a la enfermedad diarreica aguda (4). (Ver tabla 1)

El objeto de la presente investigación es comprender el significado de las prácticas de saneamiento básico – practicas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basuras) - e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro por IRA y EDA, para los cuidadores de menores de cinco años, contenidas en el componente comunitario de la estrategia AIEPI para la disminución de la morbimortalidad infantil, en la Comuna de Villa Santana del Municipio de Pereira.

2. RESUMEN (ABSTRACT)

Objetivo: Comprender el significado que tienen las prácticas de saneamiento básico - higiene - e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro de enfermedad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, para los cuidadores de niños menores de cinco años, de la comuna Villa Santana – Pereira, en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en el año 2013.

Método: Estudio cualitativo. Se aplicaron y analizaron 18 entrevistas, un grupo focal y guías de observación realizadas en las viviendas de las cuidadoras acerca de los conocimientos, la práctica y la valoración que se da a la práctica.

Resultados: En la información/conocimiento de las prácticas por parte de las cuidadoras, se encuentran diferentes tipos de creencias según las categorías de análisis que orientan la indagación en el proceso investigativo. En los espacios de interacción social surgen las creencias de las personas, como resultado de la experiencia y observación directa, de procesos inferenciales o a partir de informaciones. La información institucional se conjuga en lo cotidiano con los conocimientos y la experiencia obtenida sobre el cuidado a la salud; en el contexto de la estructura social donde se desenvuelven las personas, es así que frente al contacto con la enfermedad la utilización de lo aprendido en el ámbito familiar y social antecede a la atención de la medicina moderna.

Conclusión: En la realidad de la vida cotidiana la aplicación de las prácticas objeto de estudio por parte de las cuidadoras, surge de diferentes tipos de creencias aprendidas en la interacción social frente al contacto y la experiencia con la enfermedad.

Palabras clave: Práctica, Saneamiento, Higiene, Signos y síntomas (fuente: DeCS, MESH); Vida cotidiana (fuente: Tesauro)

3. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) fue diseñada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el fin de disminuir la morbimortalidad considerada fácilmente evitable, y propiciar el crecimiento y desarrollo saludable de niños entre cero a cinco años, mediante la capacitación, información y educación (2).

En 1997 agencias internacionales reunidas en República Dominicana reconocen que se requiere de la participación de las familias y la comunidad para disminuir los indicadores de morbimortalidad infantil, ya que no es suficiente sólo con la calidad en la atención clínica en los prestadores de servicios de salud. Lo anterior lleva a plantear una estrategia, que incluye acciones y comportamientos que la familia y la comunidad puedan incorporar al cuidado diario para el buen crecimiento y desarrollo infantil, y evitar enfermedades y secuelas. Las prácticas se basan en conocimientos científicos, consideradas de bajo costo y de conocimiento por los cuidadores de niños menores de cinco años (5,6).

En otras palabras, se considera que para lograr disminuir los indicadores de morbimortalidad infantil se requiere fortalecer conocimientos y habilidades en salud, nutrición, crecimiento y desarrollo infantil, para proteger la salud de la población menor de cinco años, con participación activa e integrada de la comunidad y las familias efectivamente involucradas y consultadas, y de los trabajadores de la salud; lo que a su vez implica movilización y motivación en la familia y la comunidad (2).

A partir de 1999 se inicia la implementación en América del componente comunitario de la estrategia AIEPI, con base en prácticas clave consideradas y consensuadas por las agencias internacionales como importantes para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo, en el marco de la Atención Primaria de Salud (2).

La revisión de la literatura sobre investigación en la estrategia AIEPI encontrada en internet, en general muestra abordajes de carácter

clínico, así como informes de seguimiento y evaluación de las experiencias de países como Bolivia, Honduras y Perú.

La estrategia AIEPI ha sido referenciada por diferentes autores en el abordaje de temas como morbilidad infantil y perinatal, enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en menores de cinco años. Además de diversas publicaciones de OPS/OMS en material de apoyo para su implementación y desarrollo, e informes de evaluación.

En el libro "*Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*" publicado por OPS/OMS en el año 2001, con base en la evidencia se formulan los lineamientos para la evaluación en las siguientes áreas temáticas (7):

- Impacto en la morbilidad infantil
- Resultados en el cuidado y atención del niño en el hogar
- Aplicación de la estrategia por parte del personal de salud
- Normas técnicas de manejo de casos de la estrategia AIEPI
- Factores de riesgo
- Otras causas de enfermedad y problemas de salud en los niños

El libro: "*Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú*" publicado por OPS/OMS en el año 2008, agrupa 28 artículos de investigación en cuatro secciones o áreas temáticas, así:

- Salud y/o Nutrición de la niñez en el Perú
- Componente clínico de AIEPI en el Perú
- Componente comunitario de AIEPI en el Perú
- Otras Investigaciones en Salud y Nutrición de la Niñez en el Perú

De lo expuesto, sobre investigación en el componente comunitario de la estrategia AIEPI en Perú se observan once artículos relacionados con diferentes aspectos en la implementación del mismo entre 2002 a 2005, se toman instrumentos e indicadores de los lineamientos del año 2001. En general contemplan en primer lugar el proceso de capacitación a facilitadores y tutores y el levantamiento de diagnóstico sobre las prácticas realizadas a través de visitas domiciliares orientada a mejorar las prácticas clave en las familias y la comunidad, en especial aquellas relacionadas con embarazo, parto, puerperio, crecimiento y desarrollo, nutrición e identificación de signos de alarma para la búsqueda oportuna de atención por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA e Infección

Respiratoria Aguda - IRA. Seguido de la sistematización del acompañamiento efectuado a las personas capacitadas en la implementación, seis semanas después de realización de talleres de capacitación en AIEPI clínico y comunitario, y posteriormente se abordan investigaciones de interés específico relacionadas con proyectos que abordan las prácticas clave o estilos de vida saludables seleccionados (8).

Los estudios muestran los resultados de cobertura poblacional en términos de capacitación y difusión, así como incremento en el uso de los servicios de salud y mejora de indicadores durante el desarrollo de proyectos que contemplan las prácticas clave o estilos de vida saludables seleccionados, que a su vez se relacionan o están inmersos en la estrategia AIEPI.

En general las conclusiones de los estudios mencionan la posibilidad de efectuar la implementación mediante agentes comunitarios o promotores de salud, bajo el argumento de que estos gozan de confianza en las familias y la comunidad; hacen referencia a la necesidad de involucrar los cuidadores de los menores y miembros de la comunidad en el proceso de capacitación para la implementación de la estrategia AIEPI, que se requiere la aplicación de acciones de seguimiento y evaluación para conocer avances, productos y resultados, así como el levantamiento de líneas base, e indican la necesidad de involucrar en la atención en salud a agentes y promotores de salud y la inclusión de charlas o conversatorios en prácticas clave o estilos de vida saludables en el currículo de los programas de formación en la búsqueda de la incorporación de prácticas clave o estilos saludables en la familia y la comunidad orientado a disminuir las tasas de morbimortalidad en menores de cinco años y la mortalidad materna.

Además de requerir de la adecuación de contenidos y metodologías para la capacitación sobre prácticas clave acorde al ámbito y perfil de sus usuarios, así como de la continuidad de inclusión de la estrategia en los procesos de planeación y de concertación intersectorial y comunitaria para el logro de lo propuesto. El método de acercamiento a la familia es la visita domiciliaria por agentes comunitarios o promotores de salud, y reuniones comunitarias para la capacitación en prácticas clave o estilos de vida saludables.

A su vez, asociado con las prácticas clave de la estrategia se referencian proyectos de nutrición en menores de dos años, del programa "Vaso de Leche", de la campaña "Juntos podemos salvar a los niños", entre otros.

El proyecto de investigación cualitativa busca identificar las creencias y prácticas comunitarias sobre la salud, el cuidado del embarazo, lactancia, alimentación complementaria, crecimiento y desarrollo del niño, la conclusión indica que el estudio brinda datos útiles para la promoción de la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños en la población rural.

Sumado a lo anterior, en el año 2011 Paranhos, Coheljo y Falleiros (8) presentan los resultados de la revisión de artículos publicados entre 1998 a 2008 relacionados con la estrategia AIEPI y el enfoque de los cuidadores, que corresponden a investigaciones efectuadas en el 43% del total en Brasil, y con un estudio cada uno de los países de Kenia, África del Sur, Paquistán, Nigeria, Sudan, Ecuador, México, y Benín.

Sus conclusiones indican como posible aprendizaje la necesidad del compromiso con la salud integral del niño con enfoque de cuidado de los profesionales de salud comprendiendo las necesidades y derechos del niño y sus familias, se resalta la responsabilidad de disponer de una atención en salud calificada y humanizada, y se anota como relevante la participación de la familia en el cuidado del niño a partir de sus vivencias. Se considera que los cuidadores tienen un rol fundamental en la recuperación y protección del niño en su hogar. La actitud de empatía y comunicación del personal de salud favorece la integración entre los conocimientos prácticos y lo técnico-científico, cuya integración es poco explorada en los artículos analizados, en los cuales se desataca el desempeño profesional en dar las orientaciones y la capacidad del cuidador para recordar y seguir las indicaciones, sin tener en cuenta los aspectos de la calidad en la relación entre el personal de salud y los cuidadores que influyen en el cuidado del niño.

Estudios en prácticas clave en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, Ecuador muestra investigaciones realizadas como tesis de grado por tres universidades entre los años 2010 a 2011 (9,10,11), las cuales están orientadas a evaluar, mediante encuestas a las madres, su aplicación frente a la presentación de enfermedades respiratorias agudas, otra los resultados de la aplicación de cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes, Prácticas) dirigido a madres, y la tercera trata el estado situacional de la implementación de las prácticas en las

madres de menores de cinco años para la generación de una propuesta educativa.

Además, la búsqueda en internet mostro dos artículos relacionados con el componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia, ambos con abordaje en el tema de nutrición, uno muestra los resultados de valoración nutricional e identifica los factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en el Municipio de Calarcá - Quindío entre los años 2006 a 2007 (12), del cual se concluye que se requiere incluir en la implementación de dicho componente, prácticas clave relacionadas con alimentación. El otro estudio publicado presenta los resultados de la aplicación del cuestionario de "Prácticas claves" de OPS/OMS a cuidadores en el Municipio de Cúcuta - Norte de Santander en el año 2011 (13), cuyos resultados hacen énfasis en los aspectos de nutrición y alimentación del menor, e identifica que el 75% de los casos el cuidador del menor es la abuela, quien brinda Cuidado acorde a sus conocimientos y creencias.

Además, en el marco del convenio 637 de 2010 suscrito entre el hoy Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS/OMS, se elaboró y presentó el material de apoyo para la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia, el cual corresponde a siete documentos que comprenden las "*Guías de prácticas clave para actores sociales*".

Siguiendo los lineamientos de trabajo del actual Ministerio de Salud y Protección Social, el componente comunitario de la estrategia AIEPI se ha implementado en la comuna Villa Santana - Pereira desde el año 2004, para lo cual la Alcaldía Municipal, realizó capacitaciones dirigidas a los cuidadores de niños menores de cinco años residentes en la zona, pretendiendo mejorar sus habilidades, mediante la incorporación de 18 prácticas clave para el cuidado de la infancia, orientadas a reducir la probabilidad de enfermar y morir en esta población.

La tabla 1 muestra las quince primeras causas de consulta de menores de cinco años en el Municipio de Pereira y en la Comuna Villa Santana, entre los años 2010 a 2012, estos indicadores muestran persistencia en la frecuencia de presentación de enfermedades de la infancia, relacionadas con las infecciones respiratorias agudas y la enfermedad diarreica aguda, patologías prevenibles que se encuentran contempladas en el abordaje del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Lo anterior, lleva a considerar la necesidad de conocer el significado en los cuidadores de las prácticas clave contempladas en el marco del desarrollo del componente comunitario de la estrategia AIEPI, sobre lo cual no se tienen estudios, ni medición, con el fin de identificar elementos que conduzcan a mejorar las intervenciones en salud para disminuir los eventos por enfermedades prevenibles en niños entre cero a cinco años.

Teniendo en cuenta lo expuesto, para el desarrollo de la propuesta de investigación se seleccionan las prácticas clave en cuidadores que tienen mayor influencia en la prevención de la IRA y EDA, identificando las siguientes:

- Grupo de prevención de enfermedades: Práctica 6 - Saneamiento básico - prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura, y disposición de basura).
- Grupo de búsqueda de atención oportuna: Práctica 16 - Identificar signos de alarma - señales de peligro enfermar – (por IRA y EDA)

El contacto permanente de los cuidadores con los niños menores de cinco años permite el acercamiento a sus problemas de salud, con la subsecuente aplicación de prácticas que contribuyen a prevenir enfermedades y a mantener o mejorar el estado salud en la familia y la comunidad.

En este contexto, la familia es sujeto final y facilitador a nivel social en la adopción de prácticas saludables para el cuidado y bienestar de población infantil, y en la construcción de entornos saludables.

Los cuidadores de niños menores de cinco años de la comuna Villa Santana mediante capacitación en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, han recibido los elementos para la aplicación de las prácticas seleccionadas orientadas al manejo adecuado y efectivo de prevención e identificación de forma temprana de las señales de peligro por EDA e IRA, para la búsqueda de atención oportuna fuera del hogar.

Tabla 1 15 Primeras causas de Consulta Menores de cinco años. Municipio de Pereira y Comuna Villasantana. Marzo 2013

Lugar / Año	15 primeras causas de morbilidad en menores de cinco años											
	Municipio de Pereira						Comuna Villasantana					
	2010		2011		2012		2010		2011		2012	
# orden	Descripción Diagnóstico	# Total casos	Descripción Diagnóstico	# Total casos	Descripción Diagnóstico	# Total casos	Descripción Diagnóstico	# Total casos	Descripción Diagnóstico	# Total casos	Descripción Diagnóstico	# Total casos
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	9.038	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	8.231	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	7.417	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2.167	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.964	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.751
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.362	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.808	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.870	Infección viral, no especificada	908	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	781	Infección viral, no especificada	740
3	Infección viral, no especificada	4.389	Infección viral, no especificada	3.084	Caries de la dentina	2.708	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	826	Infección viral, no especificada	651	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	708
4	Fiebre, no especificada	3.829	Bronquitis aguda, no especificada	2.636	Infección viral, no especificada	2.692	Fiebre, no especificada	811	Bronquitis aguda, no especificada	623	Caries de la dentina	628
5	Bronquitis aguda, no especificada	3.030	Caries de la dentina	2.169	Fiebre, no especificada	2.183	Bronquitis aguda, no especificada	655	Caries de la dentina	358	Bronquitis aguda, no especificada	497
6	Bronquiolitis aguda, no especificada	2.786	Bronquiolitis aguda, no especificada	1.845	Bronquitis aguda, no especificada	1.901	Faringitis aguda, no especificada	521	Amigdalitis aguda, no especificada	343	Amigdalitis aguda, no especificada	314
7	Faringitis aguda, no especificada	2.117	Fiebre, no especificada	1.709	Bronquiolitis aguda, no especificada	1.806	Caries de la dentina	350	Fiebre, no especificada	293	Faringitis aguda, no especificada	266
8	Amigdalitis aguda, no especificada	1.708	Amigdalitis aguda, no especificada	1.542	Amigdalitis aguda, no especificada	1.468	Bronquiolitis aguda, no especificada	321	Bronconeumonía, no especificada	234	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	224
9	Caries de la dentina	1.578	Faringitis aguda, no especificada	1.263	Faringitis aguda, no especificada	1.372	Bronconeumonía, no especificada	307	Neumonía, no especificada	231	Bronconeumonía, no especificada	211
10	Asma, no especificada	1.534	Asma, no especificada	1.039	Asma, no especificada	941	Neumonía, no especificada	294	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	215	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	189
11	Otra otitis media aguda, no supurativa	1.315	Bronconeumonía, no especificada	1.017	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias superiores, no especificada	839	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	271	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	210	Bronquiolitis aguda, no especificada	189
12	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.193	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	910	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	811	Otra otitis media aguda, no supurativa	244	Asma, no especificada	196	Fiebre, no especificada	167
13	Bronconeumonía, no especificada	1.158	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	872	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	791	Asma, no especificada	218	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	178	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	160
14	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	968	Otra otitis media aguda, no supurativa	867	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	778	Amigdalitis aguda, no especificada	204	Bronquiolitis aguda, no especificada	168	Asma, no especificada	140
15	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	941	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias superiores, no especificada	866	Otra otitis media aguda, no supurativa	760	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	163	Faringitis aguda, no especificada	161	Infección intestinal viral, sin otra especificación	132

Fuente: Programa computarizado SISAP de la Secretaría de Salud y Seguridad Social - Alcaldía del Municipio de Pereira. Marzo de 2013

En este marco surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el significado de las prácticas de saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años de la comuna de Villa Santana - Pereira en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, 2013?

Los resultados de la interpretación de los datos obtenidos contribuirán a comprender la apropiación social de los conocimientos y prácticas seleccionadas (numerales 6 y 16), por parte de los cuidadores de niños menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI; y aportar elementos para el mejoramiento de la implementación y desarrollo del mismo.

4. JUSTIFICACIÓN

El componente comunitario de la estrategia AIEPI concentra sus acciones en la promoción de 18 prácticas familiares clave, orientadas a disminuir la morbilidad en niños entre cero a cinco años, ya que estos tengan un crecimiento y desarrollo saludable (3), mediante el cuidado del niño en el hogar y la comunidad.

Las acciones de implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI, pretenden lograr la aplicación de conocimientos en la práctica cotidiana a nivel familiar y comunitario. Conocer el significado por parte de los cuidadores de las prácticas clave seleccionadas contribuye a identificar aspectos para mejorar la orientación de las acciones que involucran la participación de la familia y la comunidad en el cuidado de la salud o en los cambios de comportamiento.

En este contexto, las acciones de los actores sociales en AIEPI Comunitario se dirigen a la intervención directa en los hábitos de las familias. Por ende, los cuidadores tienen un papel fundamental en la prevención y recuperación de la salud del niño en su domicilio, a partir de la comprensión e intervención del proceso salud - enfermedad y de cuidado. Los resultados de intervención se reflejan en el conocimiento y uso de las prácticas orientadas a modificar los indicadores del perfil epidemiológico local de la población infantil (2).

En los últimos tres años los indicadores de consulta externa muestran la presentación de eventos por morbilidad evitable en la población infantil de la Comunidad de Villa Santana - Pereira, a pesar de la continuidad de las acciones de capacitación efectuadas desde el año

2004 a cuidadores en el marco de la estrategia AIEPI, como herramienta para facilitar el mejoramiento de las condiciones de salud de la infancia en la comunidad.

En general de manera tradicional los procedimientos de evaluación e investigación, han enfocado su atención en los resultados que muestran los perfiles epidemiológicos de tipo cuantitativo, con mínima participación de los involucrados e identificación de elementos subjetivos que afectan los mismos, lo cual contempla las metodologías de tipo cualitativo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se plantea conocer el significado de las prácticas de saneamiento básico - practicas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basuras) - e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna ante señales de peligro por IRA y EDA, por parte de los cuidadores en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en la comuna de Villa Santana - Pereira durante el año 2013.

El desarrollo de la propuesta de investigación contará con consentimiento informado por escrito de los participantes, y protegerá la privacidad de la identidad del participante, acorde a lo enunciado en el artículo 8º de la Resolución 8430/93.

Además, se considera que la propuesta de investigación no contempla riesgos que puedan afectar a los participantes, dado que se emplearán técnicas y métodos que no implican intervención o modificación intencionada de procesos biológicos, fisiológicos, psicológicos o sociales de los participantes. La información suministrada será utilizada sólo para el cumplimiento de requisitos y fines académicos

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Comprender el significado de las prácticas de saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años de la comuna de Villa Santana - Pereira en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el año 2013

5.2 Objetivos específicos

- Describir los conocimientos y prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de

menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI

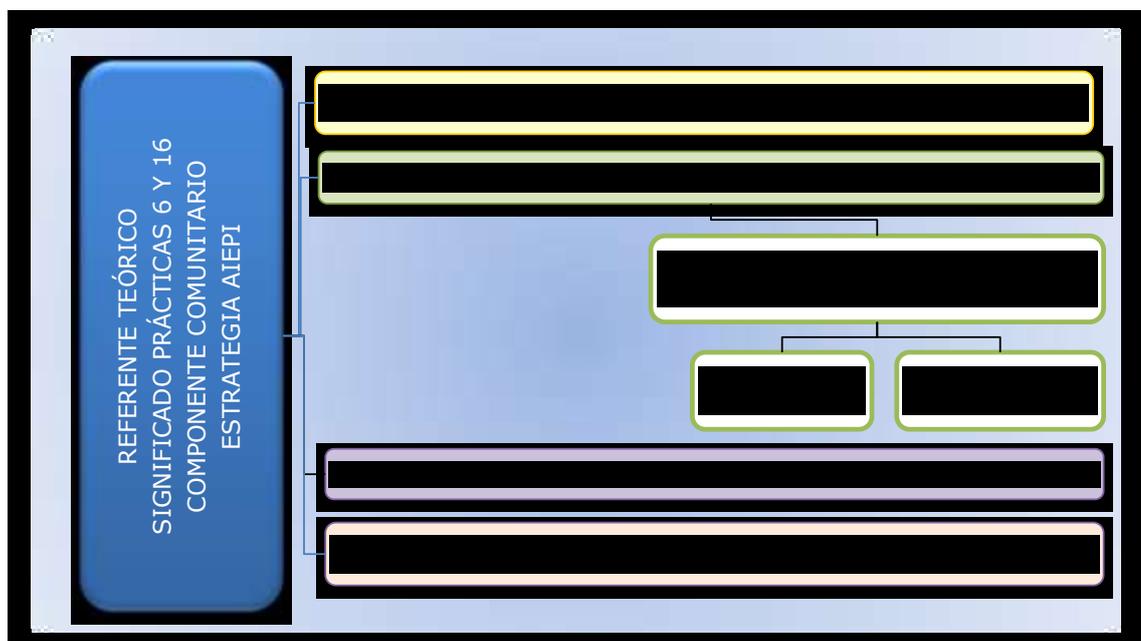
- Interpretar los conocimientos y prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI
- Construir el significado que tienen los conocimientos y las prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI

6. REFERENTE TEÓRICO

En este numeral se presentan los aspectos teóricos que contribuyen a delimitar y comprender el significado, que los cuidadores menores de 5 años, otorgan a las prácticas clave en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Se incluyen aspectos sobre participación comunitaria y educación para la salud, elementos de la estrategia y los orígenes de las prácticas seleccionadas para el estudio.

La ilustración 1 recoge el contenido temático desarrollado en el referente teórico del estudio.

Ilustración 1 Esquema de contenido del referente teórico



En el año 2002 Dixis Figueroa Pedraza recoge los antecedentes de la **participación comunitaria y salud**; refiere que en la década de los años 1950 se comenzó a dinamizar la idea de que agentes externos a la comunidad pueden promover la participación comunitaria como componente del desarrollo. Esto surge por el interés de introducir tecnologías y mejora la calidad de vida, con base en los supuestos de que la comunidad acogería las propuestas de los profesionales y que dado que no contaba con la estructura para movilizar sus propios recursos, le correspondía al organismo de salud o de desarrollo organizar la comunidad. Los esfuerzos realizados encontraron resistencia, razón por la cual se contactaron líderes locales para movilizar la comunidad, mostrando a finales de la década de los años 60 que el método adoptado no había generado los resultados esperados. En los años 70 se incorporaron estrategias que lograron parcialmente obtener resultados en algunos sectores. La participación comunitaria en salud no ha logrado generalizarse, ni sostenerse (14).

Se entiende por participación comunitaria el proceso mediante el cual las personas se transforman acorde a sus necesidades y las de la comunidad, asumiendo responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de grupo, y contribuyendo al proceso de desarrollo. Para ello los servicios de salud y educación deben orientarse a la satisfacción de la población (14), puesto que la educación es un derecho de los individuos y las comunidades (15).

Desde principios del siglo XX se dispone de diferentes definiciones de **educación para la salud**, varios encuentran carente su base conceptual y confusión en sus modelos. No obstante, el fin último de todas es la salud (16). La quinta conferencia internacional de educación de personas adultas organizada por la UNESCO en 1997 identifica que dicha educación de adultos favorece el *"acceso apropiado, equitativo y sostenible al conocimiento sanitario"* (15).

En esa perspectiva el objetivo de la educación en salud presentado por Martínez Navarro y colaboradores, se expresa en términos de la capacidad de la comunidad *"para enfrentarse tanto como individuo como comunidad a los comportamientos, estilos de vida y medio ambiente, en una comunicación bidireccional y participativa"*. De acuerdo al área de aplicación Green entiende por educación para la salud *"la combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos orientados a la salud"* (17).

Raúl Choque Larrauri recoge varios conceptos sobre educación para la salud, llevando a entender por esta el *"proceso de desarrollo del*

fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima”, requeridas para la adopción de prácticas saludables, incluye información sobre los factores protectores y de riesgo que influyen en la salud (17).

En el desarrollo de la educación para la salud, con los cambios sociopolíticos, la evolución de la nosología y los factores de riesgo se identificaron tres generaciones, a saber (16):

- *Informativa y prescriptiva*: se identifican dos líneas, una autoritaria ligada a la fundamentación científica, que obligaba al paciente a seguir reglas en salud buenas y no discutibles, y otra democrática en la cual se reclamaba que la información en salud fuera neutral.
- *Basada en el comportamiento*: pone su énfasis en la modificación de hábitos individuales, busca la adopción de comportamientos saludables, siendo la sola información insuficiente para una acción duradera. En el análisis del proceso se incorporan los factores socioculturales, el análisis de motivaciones y resistencias, e instrumentos educativos y persuasivos para obtener cambios.
- *Participativa*: está ligada a la prevención social y democrática, aproxima los sistemas de salud y social, en todo aquello que le incumbe a las personas se hace posible su intervención, y entiende la participación como un medio para conseguir un espíritu crítico, mas no como un recurso metodológico.

Tales desarrollos se vinculan a su vez con determinados modelos educativos que, pedagógicamente, se han agrupado en: pedagogía transmisora que pone énfasis en los contenidos, pedagogía persuasiva conductista que pone énfasis en los efectos, y pedagogía problematizadora que pone énfasis en el proceso educativo (17).

Los cambios de comportamiento que pretende lograr el proceso de educación para la salud son “voluntarios”, lo cual abarca la mirada antropológica de que el individuo tiene una manera propia de desenvolverse, condicionada por su herencia, desarrollo, cultura y entorno; en consecuencia, cada persona tiene una forma particular de comportarse, de valores, de experiencias y conocimientos. La educación para la salud se considera como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de las personas, quienes pueden

asumirlos o no, sin ejercer algún tipo de manipulación conductual sobre ellos (17).

En este contexto la promoción de la salud se erige en el componente central de atención a la salud orientada al desarrollo, apropiación y gestión de condiciones favorables para la salud. La promoción de la salud utiliza herramientas como la comunicación y educación para la salud para lograr la participación del individuo y los grupos poblacionales en una causa común (17).

Sin embargo, la educación para la salud enfrenta características particulares que las diferentes culturas tienen sobre el cuidado de la salud, como los son el pensamiento, los valores, las creencias, los estilos de vida. En el área de la psicología social las creencias se ubican en la teoría de las "representaciones sociales", la cual busca integrar lo individual y lo social en el análisis de la conducta de los individuos. Según Moscovici se entiende por representaciones sociales el conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones generadas en la vida diaria, son constructos cognitivos que se comparten en lo cotidiano de la interacción social. De acuerdo a Jodelet las creencias tienen tres componentes: la información (volumen de conocimientos del objeto social), el campo de la representación (imágenes culturales) y la actitud (orientación de la acción frente al objeto de representación) (18).

Las representaciones sociales tienen la función social de orientar la conducta del individuo, las relaciones y comunicaciones sociales. En salud las creencias pueden ser las ideas o las conductas que se aceptan y expresan sobre su cuidado. Las creencias son algo diferente a lo que se conoce o se sabe, y se actúa en consecuencia a lo que se cree. Las creencias son dinámicas y flexibles; se materializan en prácticas (18).

Se entiende por estilos de vida los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos tanto del individuo como de los grupos de población, que se orientan a satisfacer las necesidades humanas para lograr bienestar (17). La satisfacción de tales necesidades al ser modeladas, de alguna manera, por la cultura, el medio ambiente y los recursos disponibles, se relaciona, en muchos casos, con conductas que deben ser modificadas a través de procesos dirigidos a cambios en los comportamientos.

Para ello quienes participan en la educación y comunicación para la salud requieren conocer las teorías de cambio del comportamiento en salud a nivel individual y grupal. Estas se presentan a continuación (17).

Las **teorías o modelos de cambio individual** parte de la consideración del individuo como punto de referencia relevante y básico para propiciar los cambios de comportamiento en la población. Incluye:

- Teoría de etapas o estados o modelo de cambio: se relaciona con la disposición del individuo al cambio de comportamiento, el cual es un proceso que involucra de manera dinámica las etapas identificadas como precontemplación, contemplación, preparación o decisión/determinación o intención, acción, y mantenimiento.

Se propone que la adopción de prácticas saludables es un proceso que el individuo realiza por etapas hasta su incorporación en la rutina de la vida cotidiana (19).

- Teoría o modelo de creencias en salud: aborda la percepción que tiene el individuo sobre el riesgo de enfermarse y de la evaluación del comportamiento recomendado para su prevención o manejo, suscita una motivación de salud. El proceso contempla las etapas de susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para la acción, y autoeficacia. El punto de partida es la motivación que incentiva el comportamiento en salud.

Desde el origen del hombre las prácticas para el cuidado a la salud se utilizan para sobrevivir, las cuales se han modificado a través del tiempo, acorde a la transformación de los sucesos de lo cotidiano. Se considera que *“el cuidado da lugar a las prácticas y los hábitos que se forjan a partir del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias”*. Harris plantea que las creencias influyen en las prácticas, las cuales a su vez pueden modificarse. Las prácticas y las creencias surgen de la realidad y se utilizan para responder al contexto en el cual se desenvuelven las personas (18).

Las prácticas sobre el cuidado a la salud responden a la realidad donde se desenvuelve el individuo, y son moldeadas acorde a su sistema de creencias. Las prácticas surgen del contexto cultural y en este adquieren un significado y una trascendencia particular. Las prácticas del cuidado a la salud se realizan en los contextos donde se

tienen los utensilios requeridos y tienen significado para las personas (18).

Se considera que “*la relación entre creencias y prácticas es dinámica, permanente y cambia a través del tiempo*”. Tener en cuenta los aspectos culturales en el cuidado a la salud, implica conocer el significado, respetar las diferencias y enriquecer los aportes que brindan las diferentes personas. Las personas cuentan con creencias y prácticas sobre el cuidado a la salud que se transmiten de generación en generación (18).

Se plantea que si el individuo posee la información sobre la severidad y la propia susceptibilidad a la enfermedad, y percibe que la práctica recomendada es efectiva, adoptara el comportamiento saludable (19).

Se considera que la posibilidad de aplicar una práctica para evitar una enfermedad, es resultado de un proceso en que el individuo requiere creer que es susceptible de padecerla, que el malestar podría afectar moderadamente su vida, y que realizar una acción puede reducir su susceptibilidad o severidad, superando la importancia de las barreras psicológicas que dicha acción conlleva (20).

Las **teorías o modelos de cambio grupal o comunitario** proponen que el bienestar colectivo se puede estimular a través de la generación de estructuras y políticas que sustenten estilos de vida saludables, y de la disminución o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos. Estas teorías complementan las teorías individuales, y sugieren estrategias e iniciativas planeadas y dirigidas por instituciones que en sus funciones tiene la protección y el mejoramiento de la salud.

Se considera que las personas a nivel interpersonal, ejercen influencia en su entorno social y éstas a su vez influyen en él, comprende la comprensión de las interacciones y los factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos sobre el ambiente en conjunto con sus características personales (20). Las teorías que acogen el nivel interpersonal son aquellas denominadas de aprendizaje social y de acción razonada.

Incluye:

- Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva: supone que en las personas influyen los entornos sociales y estas a su vez ejercen influencias en ellos. De manera continua interactúan los

factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento. Además, el aprendizaje se da en un contexto dado, ya que los padres influyen en el comportamiento de la persona, así como los pares, amigos y compañeros, entre otros. El proceso contempla las etapas de determinismo recíproco, capacidad de comportamiento / conductual, expectativas, autoeficacia, aprendizaje por observación, y refuerzo.

La teoría plantea que las personas para comprometerse a adoptar la práctica, se requiere que estas se sientan capaces para acogerla y creen que los resultados esperados son positivos y que a su vez recibirán beneficios (19).

- Teoría de difusión de innovaciones: comprende el abordaje de cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en la sociedad. El proceso contempla las etapas de ventaja de innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de probarse, y posibilidad de observarse.
- Teoría del mercadeo social: contempla el proceso de desarrollar, evaluar y controlar programas destinados a influir en el comportamiento de los consumidores con el fin de mejorar el bienestar físico y mental individual o de la sociedad de la cual forma parte el individuo. El proceso contempla las etapas de planificación y selección de estrategias, selección de canales y materiales, elaboración de materiales y prueba previa, ejecución, evaluación de la eficacia, y retroinformación.

De manera adicional, a nivel comunitario también se encuentran (19):

- Teoría de acción razonada asume que las conductas de las personas están delimitadas por creencias ocultas, derivadas y sostenidas por el contexto cultural y social en donde se desenvuelven. Se plantea que los individuos se comprometen a adoptar una práctica de acuerdo a las intenciones de compromiso para su adopción, intención que depende de la percepción que se tenga sobre la importancia que tiene la práctica y de actitud hacia la misma, influenciada a su vez por la percepción del individuo con respecto al interés que tienen las personas que le son importantes sobre la adopción personal

de la práctica. El proceso contiene las etapas de intención de comportamiento, actitud hacia el comportamiento y norma subjetiva.

- Teoría de las etapas o cambio organizacional: se relaciona con los procesos y estrategias que llevan a las instituciones a adoptar prácticas de salud, mediante políticas o programas. El proceso contiene las etapas de definición del problema o etapa de toma de conciencia, inicio de aplicación o etapa de adopción, implantación del cambio, e institucionalización del cambio.

Además, se considera que el foco central para la adopción de prácticas a lo largo del tiempo, es el desarrollo de acciones basadas en la comunidad, efectuadas a partir del uso de los conocimientos locales en aras de obtener cambios aplicables en la familia y la comunidad.

En las técnicas de trabajo social con redes se utiliza la identificación de líderes dentro del grupo poblacional, y lograr entre otros la participación comunitaria. Las redes sociales tienen un rol relevante en la promoción de estilos de vida saludables tanto a nivel individual como colectivo en la adopción de prácticas.

La **estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)** es diseñada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF), con el fin de contribuir a la disminución de la morbilidad infantil evitable (2), centrado en las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el sarampión, la malaria y VIH/SIDA (21).

La estrategia AIEPI contempla tres componentes (organización local, clínico, comunitario), los cuales comprenden acciones relacionadas con 18 prácticas familiares – clave. El componente comunitario parte de la premisa que las familias y la comunidad tienen la responsabilidad de atender a los niños, y por ende deben involucrarse en el desarrollo de acciones dirigidas a la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo infantil, lo que lleva a la necesidad de iniciar, reforzar y sostener prácticas familiares clave consideradas importantes para supervivencia infantil, su crecimiento y desarrollo, en el marco de la Atención Primaria de Salud (2).

Se plantea que un conjunto de conductas sencillas y de bajo costo contribuyen a evitar o manejar adecuadamente la enfermedad y que

puestas al alcance de las familias permiten que la familia realice la búsqueda oportuna de atención fuera del hogar, así como la aplicación de tratamientos efectivos. Con un número limitado de prácticas familiares y comunitarias se busca entregar herramientas para prevenir las enfermedades y proporcionar las condiciones apropiadas para el crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años, mediante la transferencia de contenidos educativos de las prácticas a las familias (21).

Producto de diferentes reuniones entre las agencias internacionales de UNICEF, OMS, Banco Mundial, USAID, DFID, BASICS y ONG, se identifican y consensuan las prácticas familiares clave que deberían ser promovidas, las cuales se agrupan en cuatro áreas temáticas, así (2, 22):

- Desarrollo físico y mental del niño, o crecimiento y desarrollo
- Prevención de enfermedades
- Aseguramiento de la atención adecuada en el hogar, o cuidados en el hogar
- Búsqueda de ayuda fuera del hogar, o buscar atención oportuna

El componente comunitario de la estrategia AIEPI busca lograr la participación de la familia y la comunidad para mejorar los hábitos en el cuidado y protección en el niño y la madre (2).

En el año 2006 las organizaciones de American Red Cross y United Nations Foundations presentan la elaboración de documentos técnicos para el proceso de implementación y desarrollo del componente comunitario de la estrategia AIEPI, los cuales han sido adaptados por diferentes países a sus idiomas y costumbres para promover las prácticas familiares clave (23).

Como parte de los compromisos internacionales de Colombia, se encuentran el desarrollo de políticas para la disminución de la mortalidad infantil, lo que conlleva a considerar la estrategia AIEPI como una de las principales herramientas de intervención para lograr mejorar y mantener la salud de los niños menores de cinco años, y contribuir al bienestar de los mismos.

La principal estrategia propuesta consiste en el desarrollo de proyectos participativos en zonas de alto riesgo que involucran la familia y la comunidad para apoyar la aplicación efectiva de las prácticas familiares clave, con la participación de todas las instituciones que trabajan en torno a la niñez, como lo son los prestadores de servicios de salud, las escuelas, la iglesia, las

autoridades municipales, los grupos de voluntariado y organizaciones no gubernamentales (1).

En síntesis, se trata que los actores sociales trabajen para mejorar la salud de los niños y los conocimientos y prácticas de la comunidad para la disminución de la mortalidad infantil (1).

Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias adoptan en el cuidado diario para el buen crecimiento, desarrollo y bienestar de los niños, las cuales se organizan y agrupan según su intención, así (1):

- El grupo para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño incluye prácticas relacionadas con la alimentación y la estimulación.
- El grupo para prevenir enfermedades contempla las prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente (saneamiento básico (prácticas de higiene), prevención de malaria y dengue y, de infección por VIH/SIDA).
- El grupo para los cuidados en el hogar contiene las prácticas relacionadas con las acciones para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que recaiga su estado y mejorar la dinámica familiar.
- El grupo para buscar atención fuera del hogar incorpora las prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro, los cuidados posteriores a la atención y los cuidados a la gestante.

La tabla 2 muestra los grupos con las respectivas prácticas clave contempladas en el componente comunitario de la estrategia AIEPI para Colombia.

Tabla 2 Prácticas clave a promover – Componente comunitario estrategia AIEPI

AIEPI COMUNITARIO - 18 PRÁCTICAS CLAVE		
Grupo	No. Práctica	Práctica
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
	2	Alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad en cantidad, calidad adecuada y la lactancia materna hasta los dos años o más.
	3	Consumo de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea como parte de su alimentación o mediante la administración de suplementos.
	4	Afecto, cariño y estimulación temprana - desarrollo mental y social de los niños y un entorno estimulante.
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	5	Vacunación oportuna de los niños de acuerdo con el esquema establecido para la edad
	6	Saneamiento básico - prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de excretas y basura).
	7	Prevención malaria y dengue - en las zonas endémicas
	8	Prevención infección por el VIH/SIDA - medidas de comportamiento preventivas y recuperativas de las personas afectadas -
	9	Visita regular al odontólogo - caa seis meses -
	10	Protección a niños en contacto con TBC
CUIDADOS EN EL HOGAR	11	Alimentación del niño enfermo en el hogar - alimentos e ingestión de líquidos, en especial la leche materna -
	12	Tratamiento en casa del niño enfermo - cuidados y tratamiento apropiado en casa durante la enfermedad
	13	Buen trato y cuidado permanente niños - evitar maltrato, abuso, explotación laboral sexual u otra, y descuido
	14	Participación del hombre en el cuidado del niño, gestante, salud reproductiva
	15	Prevención de accidentes en el hogar - casa segura, protección lesiones, tomar medidas para prevenir y controlar lesiones y accidentes -
BUSCAR ATENCIÓN OPORTUNA	16	Identificar signos de alarma - señales de peligro enfermar -
	17	Seguir recomendaciones del personal de salud
	18	Atención a la mujer gestante - controles, vacuna antitetánica, orientación alimentaria, apoyo familia y comunidad en parto, postparto y en lactancia

Fuente: Componente comunitario de la estrategia AIEPI – Tomado del Capítulo "Prácticas clave a promover" contenido en cada una de las 7 Guías dirigidas a diferentes actores sociales para su implementación y desarrollo. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

La promoción de las diferentes prácticas enunciadas en la tabla 2, orientan a lograr en la primera infancia lo siguiente:

- Práctica 1: alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses de edad.
- Práctica 2: a partir de los seis meses incluir en la alimentación la leche materna hasta los dos años y alimentos frescos en calidad y cantidad suficiente acorde a su edad del niño

- Práctica 3: incluir el consumo de micronutrientes de vitamina A (protección mucosas y sistema de defensas), hierro (prevención de anemia y prevención enfermedades), y Zinc.
- Práctica 4: generación de espacios para el juego, la conversación, expresiones de afecto y acompañamiento en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño
- Práctica 5: aplicación y cumplimiento del esquema completo de vacunación
- Práctica 6: disponibilidad de ambiente limpio, libre de heces y basura, con énfasis en la disposición de agua apta para el consumo, el adecuado alistamiento para la preparación de alimentos, y la estimulación del lavado de manos (prevención de diarreas y parásitos)
- Práctica 7: evitar los criaderos de zancudos y mosquitos, y hacer protección a la hora de dormir con ropa adecuada y mosquiteros tratados con insecticida.
- Práctica 8: adopción de comportamientos para evitar la infección por VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, y personas afectadas con atención, cuidados y orientación.
- Práctica 9: cuidado de la dentición temporal, visita regular al odontólogo, mínimo cada seis meses
- Práctica 10: prevención y atención a niños en contacto con personas enfermas de tuberculosis
- Práctica 11: brindar la alimentación regular y líquidos al niño enfermo
- Práctica 12: cuidados y tratamiento apropiado al niño enfermo en el hogar, con énfasis en el adecuado manejo de la EDA e IRA
- Práctica 13: se centra en evitar el abuso o el maltrato, además contempla el descuido de los niños
- Práctica 14: participación activa del hombre en el cuidado de la salud de los niños, la mujer gestante y la familia
- Práctica 15: evitar accidentes y lesiones en el hogar
- Práctica 16: reconocimiento de señales de peligro de la enfermedad que requieren la búsqueda de atención por personal de salud para evitar daños graves o la muerte. Hace énfasis en señales de peligro para neumonía, deshidratación (EDA), enfermedad febril y muerte.
- Práctica 17: aplicación de las recomendaciones del personal de salud sobre el tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio
- Práctica 18: las acciones hacen énfasis en la atención en los servicios de salud a la mujer gestante (controles prenatales); además contempla el apoyo de la familia y la comunidad durante el parto, después del parto y durante la lactancia.

A continuación se presentan los aspectos relacionados con el **origen de las prácticas clave seleccionadas** para el desarrollo del estudio:

- Saneamiento ambiental básico (24)

Se conoce como saneamiento ambiental básico el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública orientadas a alcanzar crecientes niveles de salubridad ambiental, contempla el manejo sanitario de agua potable, aguas residuales, residuos orgánicos (excretas y residuos alimenticios), residuos sólidos y el comportamiento higiénico para disminuir los factores de riesgo para la salud y evitar la contaminación.

El significado del término varía de un país a otro, de acuerdo al contexto se incluyen o no los hábitos higiénicos y el manejo de residuos, en Perú y Bolivia recogen lo expuesto; otros países en América Latina lo reducen al tratamiento de aguas negras y alcantarillado sanitario; en México se refiere solo al tratamiento de aguas negras

- *Lavado de manos* (25, 26, 27, 28, 29)

El lavado de manos con agua y jabón, durante siglos ha sido considerado como una medida de higiene personal. En el año 1199 el médico judío Musaiba Maimum, conocido como Maimonides se considera como el primero en reconocer el valor de la limpieza de las manos para mantener la buena salud.

En el siglo XIX surge el concepto de higiene en las manos, cuando un farmacéutico francés demostró que soluciones cloradas eliminaban los olores asociados con los cuerpos. En 1843 el médico americano Oliver Wendell Holmes observó que la fiebre puerperal se transmitía de un paciente a otro a través de los médicos y las enfermeras que les atendían, implementando y mostrando la importancia del lavado de manos en la prevención de la enfermedad. Luego, el húngaro Ignaz Philip Semmelweis demuestra científicamente la importancia del lavado de manos con antiséptico, éste publicó los resultados de sus estudios en 1861, lo que corresponde a 662 años después de los escritos de Maimonides.

Semmelweis (1818-1865) es conocido como el padre del control de la infección, en 1847 estuvo durante dos años como asistente de obstetricia en el hospital universitario de gran Allgemeine Krankenhaus en Viena – Austria, en donde observa mayor mortalidad post-parto en las mujeres atendidas por médicos y estudiantes (13-

18%) que por parteras o comadronas (2%). Luego del análisis de los casos y controles llegó a la conclusión de que las mayores tasas de infección estaban asociadas al manejo de cadáveres durante las autopsias antes de la atención de las mujeres embarazadas, situación que estaba relacionada con el aumento de riesgo de fiebre puerperal, lo que llevo al desarrollo un estudio utilizando como intervención el lavado de manos.

El trabajo del Dr. Semmelweiss fue revisado y reconocido dos décadas después de su muerte en 1847, luego de la presentación de evidencia teórica sobre los gérmenes y las técnicas antisépticas aportadas por Pasteur, Koch y Lister. En el control de la infección es fundamental restringir la propagación de las enfermedades, el lavado de manos es considerado el factor más importante para controlar infecciones.

En 1878 Luis Pasteur presenta el informe "*Teoría de los gérmenes y su aplicación en la medicina y la cirugía*", y en el transcurrir de los años los médicos continuaron mostrando la relación entre las bacterias y las enfermedades. Posteriormente, en 1961 el servicio de salud pública de los Estados Unidos, elabora un video de difusión sobre las recomendaciones y técnicas para el lavado de manos dirigido a los trabajadores de la salud, teniendo en cuenta la reseña histórica en el tema.

El lavado de manos rutinario busca eliminar la flora transitoria, la suciedad y la posible orgánica. La OMS promueve el mejoramiento de la higiene de las manos, mediante elementos como la formación de personal, el cambio de hábitos, la accesibilidad y el acceso a productos en los puntos de atención de los pacientes.

➤ *Agua segura (30, 31)*

El agua es esencial para la vida del planeta y del hombre, quien debe tomarla continuamente. Durante siglos el hombre ha almacenado y distribuido el agua.

En la época en que el hombre era cazador el agua se recolectaba y bebía en los ríos. Los primeros asentamientos de nuestros antepasados se ubicaron cerca de lagos o ríos con agua dulce. Es en torno al agua que se dio origen a las primeras formas de sociedad, cuya evolución y crecimiento extensivo surgió acorde a la necesidad de buscar otras fuentes de agua.

El crecimiento de la población humana llevo a desarrollar sistemas que permitieran aprovechar los recursos de agua subterráneos,

dando origen a la construcción de pozos. Hace aproximadamente 7.000 años en Jericó – Israel el agua se almacenaba en pozos para su posterior utilización. Dado que el agua requería ser transportada de los pozos a los puntos donde era necesario su uso, se inició el desarrollo de sistemas de transporte y distribución del agua, mediante canales sencillos, excavados en arena o en las rocas. Luego, se utilizaron tubos huecos similares a las tuberías que se utilizan en la actualidad, como lo son los árboles huecos de palmera utilizados en Egipto, troncos de bambú en China y Japón; luego se inició el uso de la cerámica, la madera y el metal. En Persia las personas buscaron recursos subterráneos, el agua pasaba por los agujeros de las rocas a los pozos de agua.

Los egipcios fueron los primeros en dar tratamiento al agua, cuyos registros proceden desde hace más de 1500 años – 400 A.C.-, en donde se encuentra la purificación del agua mediante su calentamiento al fuego hasta hervir, o calentándola al sol o incorporando una pieza de hierro caliente dentro de la misma, o como el filtrado del agua hervida mediante arena o grava.

En el año 3000 A.C. los registros muestran servicios de baño público e instalaciones de agua caliente en la ciudad de Mohenjo-Daro de Pakistán, y en la antigua Grecia sistemas de recogida, purificación y distribución del agua. Se les reconoce a los griegos el interés por la calidad del agua para el consumo humano. El agua utilizada era retirada mediante sistemas de aguas residuales, agua lluvia y embalses de aireación para la purificación del agua.

La llegada de los acueductos permitió transportar agua entre puntos separados ubicados en gran distancia; así mismo los romanos para mejorar la calidad del agua aplicaron tratamiento por aireación y técnicas de protección contra agentes externos en los lugares de almacenamiento de agua. Los acueductos dejaron de utilizarse en la caída del imperio romano.

En el año 500 A.C. al 1500 D.C. se desarrollaron poco los sistemas de tratamiento de agua, lo cual unido a un amplio crecimiento de la población llevaron a la aparición de enfermedades e incluso epidemias. Durante la edad media se manifestaron amplia cantidad de problemas por higiene en el agua y los sistemas de distribución de plomo, dado que los residuos y excrementos eran vertidos directamente a las aguas. Para evitarlo se hacía uso del agua no contaminada fuera de las ciudades. El retroceso también se reflejó en el uso de portadores para llevar el agua a la ciudad.

Posteriormente, se comienza la recuperación en los siglos XVI y XVII. A comienzos del siglo XIX, alrededor del año 1804 se registra el primer sistema de suministro de agua potable para una ciudad, construido en Paisley – Escocia por John Gibb, luego se inició el transporte de agua filtrada en la ciudad de Glasgow – Escocia.

En el año 1806 comienza a funcionar en París la mayor planta de tratamiento de agua, en la cual se sedimentaba el agua durante 12 horas antes de filtrarla con arena y carbón. Y en el año 1827 el inglés James Simplón construye un filtro de arena para purificar el agua potable, el cual es considerado el primer sistema efectivo con fines de salud pública.

En el siglo pasado se desarrollaron los mecanismos de purificación del agua, la desinfección del agua para el consumo humano se ha reflejado en la disminución de las enfermedades transmitidas por agua, como el cólera y la fiebre tifoidea, sobre lo cual se conoce un estudio comparativo realizado entre 1900 a 1920 en los Estados Unidos entre personas que usan tratada y no tratada.

Las aguas claras eran consideradas aguas limpias mientras los pantanos zonas sucias y aguas no saludables. Durante muchos siglos se ha utilizado la desinfección, registro sobre desinfección del agua se encuentra en el año 2000 A.C., el agua se exponía a la luz del sol y se filtraba con carbón; el agua impura debía hervirse e introducir un trozo de cobre siete veces antes de filtrar el agua. Además, hay registros de que civilizaciones antiguas que hacen referencia sobre el agua hervida y su almacenamiento en recipientes de plata; para su purificación se utilizaba el cobre, la plata y técnicas de electrolisis.

En siglos pasados las enfermedades como el cólera se decía eran causadas por castigos de Dios o impurezas del aire por el cambio en la alineación de los planetas.

En Londres la epidemia de cólera en 1854 dejó gran cantidad de muertos. El inglés John Snow descubrió que la epidemia era provocada por el bombeo del agua contaminada. La expansión del cólera se evitó cerrando todos los sistemas de bombeo. A partir de este hecho se han realizado estudios de investigación de la presencia de los microorganismos en el agua y el mecanismo de eliminación para el suministro de agua apta para el consumo humano.

En el siglo XIX se descubren los efectos de los desinfectantes para el tratamiento y desinfección del agua. Desde 1900 se utilizan desinfectantes para evitar la expansión de enfermedades y mejorar la calidad del agua.

A comienzos de los años 70 se descubrieron que los métodos de desinfección pueden producir a su vez sustancias indeseadas, por lo que desde entonces se investiga y aplican parámetros para su utilización.

➤ *Disposición de basuras y excretas (24, 32, 33, 34, 35)*

En lo relacionado a la disposición de excretas la literatura muestra que los romanos contaban con sistemas de suministro de aguas y desagües para la recogida y eliminación de aguas residuales de las ciudades. Hay poca evidencia de servicios de saneamiento en la mayoría de Europa hasta la alta edad media (años 476 a 1000). En general en Europa y Asia durante la edad media se tuvieron condiciones insalubres y de hacinamiento, por lo que de manera regular se presentaban pandemias catastróficas como lo fueron la peste de Justiniano entre los años 541 a 542 y la muerte negra entre 1347 a 1351.

El saneamiento surge como respuesta a un problema de carácter sanitario. La industrialización trajo la concentración de la población en torno a los centros de producción, lo que contribuyó a poner en evidencia la relación entre el estado sanitario del agua de consumo humano y el desarrollo de las enfermedades. En principio los conductos de evacuación de aguas se crearon para el drenaje de aguas pluviales o lluvia, y los edificios solían contar con pozos negros. Luego, se construyeron desagües con conexión a los conductos de drenaje, generando los primeros alcantarillados de tipo unitario, sistema que fue adoptado por un gran número de ciudades.

En el año 1842 Sir Edwin Chadwick presentó el primer informe sobre condiciones sanitarias en Gran Bretaña, en el cual se mostraba la necesidad de recoger las aguas residuales en un sistema específico de alcantarillado, y proponía el uso de conductos de gres y la separación de las aguas lluvia. En 1847 se dispuso la obligatoriedad de conectar los edificios a las redes de alcantarillado, estableciendo las bases modernas de saneamiento en lo concerniente a la recogida y transporte de aguas residuales.

Las primeras redes de alcantarillado mostraron la disminución del número de vertimientos y mejoría en las condiciones locales con respecto a la situación vivida, empero con mayor concentración de contaminación de los ríos, generando deficientes condiciones higiénicas y ambientales, a partir de lo cual surgió la idea de hacer tratamiento y depuración de las aguas residuales recogidas y transportadas para utilizarlas en la fertilización del suelo. A partir de

lo cual se desarrollan los sistemas de depuración orientados a la eliminación de materias sólidas y luego complementarlo con el tratamiento biológico de la materia orgánica soluble, inicialmente con filtro percoladores en 1867, y en 1914 con fangos activados. Y a partir de finales de los años 60 se desarrolla la base científica en lo relacionado a tratamientos biológicos convencionales.

El tratamiento de aguas residuales inicia con la separación de los sólidos grandes o basura de la corriente de aguas domésticas o industriales, a través de un sistema de rejillas o mallas o mediante la trituración en equipos especiales. Luego, se hace el desarenado, que es la separación de sólidos pequeños muy densos como la arena, seguido de la sedimentación primaria para la separación de los sólidos suspendidos que se encuentran en el agua residual. En la eliminación de plomo y fosforo se utilizan reacciones de precipitación. Posteriormente, en la sedimentación secundaria se convierte la materia biológica disuelta en masa biológica sólida mediante el uso de bacterias, la cual es removida. Al agua tratada pueden aplicarse un tratamiento terciario como lo es la desinfección o la filtración, entre otros. El efluente final es descargado o reintroducido a la corriente del río o bahía natural u otro ambiente como es el terreno superficial, el subsuelo u otro. A los sólidos biológicos segregados se les da tratamiento y neutralización adicional antes de la descarga o reutilización apropiada.

Los sistemas de alcantarillas combinadas transportan las descargas de aguas sucias o fétidas y agua lluvia o superficial. Las aguas se recogen en la planta de tratamiento de aguas residuales.

Se conoce como *basura* todo aquel material y producto no deseado considerado como desecho, que se necesita eliminar porque carece de valor económico. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE define residuo así: *“aquellas materias generadas en las actividades de producción y consumo, que no han alcanzado un valor económico en el contexto en el que son producidas”*

La recolección, transporte, procesamiento o tratamiento de material de desecho o reciclaje de material de desecho se denomina *gestión de residuos*, como esfuerzo del ser humano para disminuir los efectos perjudiciales en la salud y la estética del entorno. Los residuos pueden ser sustancias sólidas, líquidas o gaseosas.

Se considera que el reciclaje inició en el año 400 A.C. de diferentes formas. El reciclaje moderno comienza en la década de 1940 a partir de la necesidad que surge de reutilizar materiales como nylon,

caucho y algunos metales durante la segunda guerra mundial para su uso en la industria de armamento. En Occidente el reciclaje surge a partir de una situación de desabastecimiento y carencia.

Durante la Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII a comienzos siglo XIX) el reciclaje era rutinario, era más económico reutilizar materiales que comprar nuevos. A finales de 1800 e inicio de 1900 el reciclaje fue disminuyendo a medida que se extendía la revolución industrial, dado que la automatización del proceso de fabricación incidió en la disminución de costos, lo que llevo a la producción en masa. De repente se dio que era más económico y conveniente para el consumidor comprar nuevo que hacer reutilización de lo viejo.

El desplome de la bolsa en 1929 devastó la economía mundial generando la Gran Depresión en la década de los años 30 e inicio de los 40. Durante la segunda guerra mundial (1939 a 1945) reaparece el reciclaje debido a dificultades económicas a nivel mundial, el alto desempleo y pobreza llevaron a reutilizar los materiales viejos y hacer rendir un poco más el dinero; las dificultades financieras y escasez de materiales incitaron la búsqueda de solución al peligro económico y de conservación de las cosas o reciclaje.

Finalizando la segunda guerra mundial la mejora económica influyó en el concepto de reciclaje, la disponibilidad de más dinero significo nuevas mercancías y pocos artículos reciclados.

En las décadas de años 60 y 70 los movimientos ambientales retoman el reciclaje, de la mano del movimiento conservacionista de los Estados Unidos, se desarrollaba como actividad individual o por iniciativa comunitaria, en éste marco mediante un concurso para llamar la atención sobre la protección del medio ambiente Gary Anderson diseña el símbolo universal de reciclaje, y en 1969 U Thant, secretario general de la ONU en una conferencia de la UNESCO promueve el 21 de marzo como el día de la tierra. En los años 70 los costos energéticos incentivan el reciclaje, se aprendía que la energía y el dinero podrían ser ahorrados junto a recursos sostenibles.

En 1942 se construyó el primer molino de reciclaje en Pennsylvania. Luego, Rose Rowan acoplo un carro de reciclaje al vehículo de recogida de basura con el fin de recoger los residuos y los objetos reciclables al tiempo, lo cual se generalizo a partir de 1980 con los contenedores o recipientes de reciclaje en las viviendas.

Desde la década de los 80 los esfuerzos de reciclaje se van incorporando a la vida cotidiana, resultado del aprendizaje de las

décadas anteriores. El deterioro de la capa de ozono como preocupación ambiental y el incremento de la producción de materiales plásticos han propiciado los espacios de discusión en torno al reciclaje, así como su difusión.

- Infección Respiratoria Aguda (36, 37)

Se conoce desde 1914 que los filtrados de secreciones nasales de pacientes con resfriado común pueden generar una enfermedad, sin embargo los científicos no lograron descubrir la etiología de las enfermedades respiratorias agudas. Entre 1950 e inicios del año 1960 se descubrió y demostró que cerca de 100 virus diferentes eran los principales agentes causales de las infecciones respiratorias agudas, los principales síntomas nasales provocados por los rinovirus, seguidos por los corona virus con la etiología del catarro común.

Cerca de 200 virus provocan las infecciones respiratorias agudas, de los cuales un tercio son rinovirus, los pacientes se inmunizan de por vida, empero se conocen 100 serotipos, lo que requiere mucho tiempo desarrollar inmunidad a todos los rinovirus.

Entre 1980 a 1982 se estableció la participación de los virus en las Infecciones Respiratorias Agudas – IRA, se confirmó relación en el 58,4% de los casos, se destacó la importancia de pruebas serológicas como método de detección viral. La mortalidad por IRA se asocia al alto uso de antibióticos para tratar las IRA, la falta de atención primaria de salud, y tratamiento oportuno y eficaz.

En el año 2001 científicos holandeses identificaron el virus metapneumovirus humano causante de las IRA, neumonía y un tipo de bronquitis. La OPS/OMS considera que la principal causa de consulta externa pediátrica corresponde a eventos por IRA (40% a 60%).

Las IRA suelen presentarse en temporadas frías en formas de brotes epidémicos con duración e intensidad variable, con una evolución menor a 15 días y en ocasiones se complica provocando neumonía. Las IRA son la morbilidad más alta en el mundo y a algunas veces causa muerte. Los factores predisponentes se relacionan con el ambiente, condiciones individuales y sociales.

- Enfermedad Diarreica Aguda – EDA (38)

El padre de la epidemiología moderna John Snow, como aprendiz del cirujano-farmacéutico William Hardcastle en Newcastle – Inglaterra, a los 17 años tuvo contacto con la primera epidemia del cólera, en la

cual atendió numerosos enfermos en la aldea minera de Killingsworth.

En la segunda epidemia de cólera presentada en Inglaterra en el otoño de 1848, época en la cual no se conocía con certeza la etiología, ni el modo de transmisión de la enfermedad, se tenían dos corrientes teóricas, de un lado estaban los "contagionistas", quienes decían que el cólera era adquirido por contacto con el enfermo, con sus ropas o pertenencias, por lo que proponían medidas sanitarias como cuarentena de buques, encierro de enfermos, quema de ropa y enseres; de otro lado la teoría "miasmática" planteaba que ciertas condiciones atmosféricas, en especial por los vientos que transportaban de un lugar a otro los "miasmas" o vapores tóxicos emitidos por materia en descomposición trasladaban el cólera. Snow no compartía ninguna de estas teorías.

Snow preocupado por la alta mortalidad por cólera, estudio su comportamiento epidemiológico con base en las defunciones ocurridas entre 1848 a 1849 observando diferencias entre los distritos de la zona sur, donde se concentraba la más alta tasa de mortalidad, frente al resto de la ciudad; así como que los habitantes de la zona sur de Londres conseguían agua para beber del río bajo del Támesis, que se caracterizaba por su alta contaminación, a diferencia de las demás zonas de Londres, quienes obtenían el agua de sectores menos contaminados, ya fuera más arriba o de sus afluentes.

Con estos antecedentes en 1849 Snow sostuvo la hipótesis que el cólera se transmitía mediante ingestión de "materia mórbida" invisible al ojo humano, la cual actuaba a nivel de los intestinos produciendo el síndrome diarreico agudo con deshidratación severa. La "materia mórbida" debía generarse y eliminarse mediante deposiciones, las cuales terminaban en las aguas del río Támesis. Las personas al beber el agua contaminada del río ingerían la materia mórbida cerrando el círculo de contagio.

Sin embargo, la teoría no tuvo aceptación entre sus colegas, la comunidad médica apoyaba la teoría miasmática.

La tercera epidemia por cólera en Londres entre 1853 a 1854 los residentes obtenían el agua para consumo humano de afluentes del río Támesis o a partir de bombas de agua de uso público, administradas por dos compañías *Southwark and Vauxhall Water Company* y *Lambeth Water Company*. Los desechos humanos eran vertidos en alcantarillas improvisadas o directamente al río, era una época de escasa noción de higiene ambiental.

En 1848 a 1849 ambas compañías obtenían el agua de sectores contaminados del río Támesis. En 1853 *Lambeth Water Company* traslado sus instalaciones río arriba, en lugar de aguas limpias, mientras la otra compañía se mantuvo en su lugar original. Al darse cuenta del traslado Snow vio la posibilidad de probar su hipótesis, presentando los resultados de su estudio de investigación en el año 1855, en el cual mostró que la tasa de mortalidad por cólera en hogares abastecidos por *Southwark and Vauxhall Water Company* era 8,5 veces mayor que en las viviendas abastecidas por *Lambeth Water Company*.

Snow hasta su muerte en 1858 intentó de manera infructuosa convencer a la comunidad médica que el cólera se transmitía por la ingestión de materia mórbida presente en las aguas contaminadas del río Támesis. En la cuarta epidemia de cólera en Londres en el año 1866 la teoría de Snow fue aceptada.

Luego, Louis Pasteur demostró que los microorganismos presentes en el ambiente y no "miasmas" eran los que causaban las enfermedades transmisibles. Cerca de tres décadas después de la muerte de Snow, Robert Koch aisló y cultivo *Vibrio cholerae* de la "materia mórbida" a la cual se refería Snow, soportando su hipótesis; así mismo se aplicaron posteriormente técnicas de regresión a los datos publicados por Snow en 1853, demostrando que estuvo en lo cierto.

Snow sin disponer de conocimientos microbiológicos y epidemiológicos a los dispuestos hoy en día, apeló a sus capacidades de agudo sentido de observación, razonamiento lógico y perseverancia para caracterizar un problema de salud, pensando en el bienestar de la población, desafiando a la comunidad médica y autoridad sanitaria.

En el Municipio de Pereira – Risaralda se han desarrollado acciones desde el año 2004 para la implementación y desarrollo del componente comunitario de la estrategia AIEPI en la comuna de Villa Santana– Pereira, capacitando sobre las 18 prácticas familiares clave a los cuidadores de niños entre cero a cinco años, como herramienta para contribuir a disminuir los indicadores de morbilidad y mortalidad evitable y para mejorar la atención en salud. Sin embargo, en la zona como muestran los datos de la tabla 1 se mantiene la presentación de eventos por morbilidad infantil evitable, lo que conlleva al interés de conocer el significado que tienen las prácticas No. 6 y 16 para los cuidadores de la población infantil.

7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

7.1 Enfoque

Este proyecto fue inscrito en la vertiente de la investigación cualitativa, se enmarca en el enfoque investigativo histórico – hermenéutico, en la cual se busca interpretar y comprender un fenómeno (39, 40).

En este sentido, el presente proyecto buscó comprender el significado que los participantes dan a las prácticas clave de saneamiento básico - higiene (lavado de manos, agua segura, disposición de basuras) - e identificación de signos de alarma por IRA y EDA para la búsqueda de atención oportuna, en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

7.2 Tipo de estudio

Cualitativo puesto que produce datos a partir de la información de las propias personas en forma hablada, escrita y de la conducta observable de las personas, tratando de comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia. El método es inductivo.

7.3 Categorías de análisis

El análisis se realizó en el marco del proceso de categorización que se muestra a continuación en la tabla 3.

Tabla 3 Categorías de análisis

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS			
Categoría	Subcategorías	Operacionalización	Instrumento
Conocimientos	Grupo <u>Prevención de enfermedades</u> : Práctica 6 – Saneamiento básico – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura).	Respuesta de los entrevistados sobre conocimientos en las prácticas clave seleccionadas del componente comunitario AIEPI	* Protocolo de entrevista semiestructurada – grabación voz
	Grupo <u>buscar atención oportuna</u> : Práctica 16 – Identificar signos de alarma – señales de peligro enfermar (IRA y EDA)		*Protocolo reunión de grupo focal – grabación voz

Práctica	<u>Grupo Prevención de enfermedades:</u> Práctica 6 – Saneamiento básico – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos y disposición de basura).	Identificación en las prácticas clave del componente comunitario AIEPI seleccionadas acciones en las que se puede observar el desarrollo de las mismas	Guía de observación
Valoración que se da a la práctica	<u>Grupo Prevención de enfermedades:</u> Práctica 6 – Saneamiento básico – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura). <u>Grupo buscar atención oportuna:</u> Práctica 16 – Identificar signos de alarma – señales de peligro enfermar (IRA y EDA)	Interpretación que se da a las respuestas acerca de la valoración que se da a las prácticas clave seleccionadas del componente comunitario de la estrategia AIEPI	* Protocolo de entrevista semiestructurada – grabación voz * Protocolo reunión de grupo focal – grabación voz

7.4 Unidad de trabajo

La unidad de trabajo estuvo constituida por cuidadores de niños menores de cinco años, residentes en la comuna de Villa Santana del municipio de Pereira, que recibieron capacitación sobre las 18 prácticas clave del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

La estrategia para la selección de la unidad de trabajo partió de la disponibilidad en el archivo de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de la Alcaldía del municipio de Pereira, del registro de los cuidadores de niños menores de cinco años de la zona, que participaron en las actividades efectuadas en el marco del componente comunitario de la estrategia de AIEPI, e indagación a líderes e informantes clave de la comunidad en la identificación de aquellos potenciales participantes incluidos en los listados que podrían brindar mayor aporte. Además, que a la fecha tuvieran a cargo el cuidado de al menos de un niño menor de cinco años, y que de manera voluntaria accedieron a participar en la investigación. En total en el estudio participaron 18 cuidadores.

La caracterización sociodemográfica de los participantes muestra que la comuna Villa Santana de la ciudad de Pereira fue creada en 1978 como sitio de ubicación de familias que se encontraban en zonas con riesgo de amenaza por catástrofes naturales, como lo son las laderas de los ríos y deslizamientos de tierra, y de desplazados por la

violencia del Departamento del Chocó. Las viviendas de interés social, clasificadas en estrato socioeconómico 1 y 2, cuentan con servicio de alcantarillado, agua potable y electrificación.

Con 18 cuidadores se realizaron entrevistas a profundidad, guía de observación y grupo focal para indagar acerca del significado de las prácticas de saneamiento básico – higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura) - para la prevención de enfermedades e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro por IRA y EDA.

El 100% de los diez y ocho cuidadores de menores de cinco años entrevistados son mujeres, con una edad promedio de 38 años de edad, de las cuales el 61% tiene a cargo el cuidado un niño, el 33% dos niños y el 5% restante 3 niños. Cada cuidadora ha recibido información sobre prácticas de saneamiento básico – higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura) - para la prevención de enfermedades e identificación de signos de alarma por IRA y EDA para la búsqueda de atención fuera del hogar, a través de la participación en promedio de 21 reuniones institucionales.

En la determinación de la unidad de trabajo se tuvieron en cuenta los siguientes factores (41):

- Proporcionar sentido de comprensión a la pregunta de investigación
- Capacidad operativa para la obtención y análisis de la información
- Recomendaciones de la literatura para tal fin

En la aplicación de la protección de la identidad de los participantes, según lo enunciado en el artículo 8º de la Resolución 8430/93, se codificaron y se referenciaron solo los apartados de los códigos en el desarrollo de la descripción de los resultados.

7.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información

En el estudio se entendió por *significado* los recuentos lingüísticos que utilizan las personas para referirse a la vida social en términos de definiciones, ideologías o estereotipos. “*Los significados van más allá de la conducta y se describen, interpretan y justifican*” (41).

Para el abordaje de los conocimientos, las prácticas y la valoración que se da a las prácticas de saneamiento básico – higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basuras) – e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales

de peligro por IRA y EDA, por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia de AIEPI se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos: (Ver tabla 4)

7.5.1 Técnicas recolección de información (41)

7.5.1.1 Entrevista semiestructurada

Sampieri y colaboradores definen la entrevista como una reunión para conversar o intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). Es utilizada como herramienta para la obtención de datos cualitativos. La entrevista semiestructurada se realiza con base en una guía de preguntas, lo que permite al entrevistador la incorporación de preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.

La entrevista utilizada busco mediante preguntas y respuestas lograr la comunicación y la obtención de información para dar respuesta a la pregunta de investigación. Se tuvieron en cuenta las características para entrevistas cualitativas de: flexibilidad, preguntas y orden adecuado para los participantes, medida anecdótica, contexto social, ajuste de comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado, carácter amistoso, y preguntas abiertas y neutrales orientadas a obtener información relacionada con las prácticas seleccionadas del objeto del estudio.

En el desarrollo de las entrevistas se tuvieron en cuenta las recomendaciones de:

- El propósito de la entrevista es la obtención de información relacionada con el objeto del estudio de parte del entrevistado. Por ende, el experto es el entrevistado, el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado.
- Obtener naturalidad, espontaneidad y amplitud en la respuesta
- Generar clima de confianza. El entrevistador debe adaptarse.
- Evitar preguntas tendenciosas o que induzcan la respuesta
- Omitir calificativos
- Escuchar activamente
- Evitar distractores de la conversación como celulares, humo de cigarrillo, ruido en la calle u otros
- Evitar la dispersión temática durante la entrevista, tener en cuenta el propósito y seguir el orden de la guía
- Informar al entrevistado sobre el propósito y uso de la entrevista

- Tono del entrevistador debe ser espontáneo, cuidadoso y que demuestre interés. No incomodar al entrevistado o invadir su privacidad
- Repetir las preguntas que se consideran no están claras para el entrevistado
- Cada entrevista es única, su duración debe tener equilibrio entre la obtención de información y no cansar al entrevistado

Siguiendo los parámetros para la determinación del tamaño de la muestra para estudios cualitativos, y teniendo en cuenta disponibilidad de recursos y tiempo, se realizaron diez y ocho entrevistas individuales.

En aras de obtener la mejor calidad posible en información durante la aplicación de las entrevistas, como auxiliar de trabajo de campo, se recibió apoyo de un psicólogo con experiencia en la utilización de instrumentos de recolección de información cualitativa y con conocimiento en el componente comunitario de la estrategia AIEPI.

De acuerdo a lo enunciado en el artículo 8º de la Resolución 8430/93, previo a la realización de cada entrevista se leyó, entregó y firmó el formato de *consentimiento informado*, el cual busca proteger la identidad de los 18 participantes de la investigación. El anexo 13.1 contiene el formato utilizado.

El anexo 13.2 muestra el protocolo de entrevista aplicado en las viviendas de las 18 cuidadoras que participaron en el desarrollo del estudio, el cual contiene su planeación, pasos para su realización, la guía con la estructura de la entrevista y los referentes teóricos de las prácticas seleccionadas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Cada entrevista realizada fue grabada y posteriormente efectuada su respectiva transcripción.

7.5.1.2 Reunión de grupo focal

El grupo focal es considerado como una especie de entrevista grupal, consiste en reunir un grupo pequeño o mediano de participantes, entre 3 a 5 personas para temas complejos, o entre 7 a 10 personas para tratar asuntos cotidianos. En el grupo focal se reúne a un conjunto de personas para conversar en torno al tema de interés en un ambiente relajado e informal, bajo la orientación de la dinámica grupal de un moderador.

El objetivo del grupo focal es generar y analizar la interacción entre los participantes, y cómo se construyen los significados grupalmente. En el desarrollo de la reunión del grupo focal se intentó lograr que todos los participantes intervinieran y evitar que algún participante guiara la discusión. Por ende, el moderador incentivo la participación de cada persona, así como evitar agresiones.

Para la realización del grupo focal, en general se tuvieron en cuenta las recomendaciones enunciadas para el desarrollo de la entrevista, en el proceso de elaboración de la guía de tópicos para grupo focal se tuvieron en cuenta el contexto social, la selección de preguntas para la entrevista, y la preparación de la agenda de reunión.

De acuerdo a los parámetros para definición de participantes para reunión de grupo focal, y teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y tiempo, se realizó una sesión de grupo focal con seis personas.

Entre el grupo de diez y ocho participantes se identificaron las personas que brindaron mayor aporte durante la entrevista y mostraron interés en participar en la reunión de grupo focal. Dada iniciativa de una de las cuidadoras la reunión se realizó en su residencia, en fecha y hora concertada y coordinada con los demás participantes.

El anexo 13.3 muestra el protocolo de reunión de grupo focal aplicado en el desarrollo de la sesión, el cual contiene su planeación, pasos para su realización, la guía con la estructura de grupo focal y los referentes teóricos de las prácticas seleccionadas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

La reunión de grupo focal efectuada fue grabada y posteriormente realizada su respectiva transcripción.

7.5.1.3 Observación (41)

La observación es considerada un método de recolección de datos que consiste en el registro sistemático de comportamientos o situaciones observables, mediante categorías y subcategorías.

Durante el desarrollo de las entrevistas el entrevistador de manera paralela y complementaria observó la forma de realizar actividades relacionadas con los aspectos de lavado de manos y ambiente limpio y ordenado, de lo cual se registraron notas en la guía de observación. En total se aplicaron 18 guías de observación en las viviendas de las cuidadoras entrevistadas.

En la aplicación de la guía de observación relacionada con el elemento "*Ambiente limpio y ordenado*" se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos y respectivos parámetros de referencia, así:

- Orden y limpieza en la casa, patio, lavadero y baño, teniendo en cuenta:
 - ✓ Observar que no haya ropa, utensilios de cocina y basura apilada en diferentes lugares de la casa como habitaciones, sala/comedor, cocina y patio.
 - ✓ Observar la limpieza de pisos, ventanas, enseres, baños, cocina y patio de la vivienda, esperando que todos los elementos
- Disposición de basuras y/o residuos en cocina y baños, teniendo en cuenta:
 - ✓ Observar que los contenedores (basureros) están colocados próximos y accesibles en la cocina y baño
 - ✓ Observar si los contenedores no están rebosados de basura
 - ✓ Observar si la zona de alrededor de los contenedores de residuos está limpia
 - ✓ Observar si los contenedores cuentan con tapa y están debidamente tapados
- Reciclaje, teniendo en cuenta:
 - ✓ Observar si se realiza separación de residuos y desechos en la fuente de basuras (contenedor)
 - ✓ Observar si cuenta con algún sistema que evidencie un proceso de reciclaje
- Organización de basura para la gestión de residuos municipal
 - ✓ Observar si existe un recipiente (basurero) colocado en un sitio que permite recolectar toda la basura generada en la vivienda (Incluye la generada en baños, cocina, aseo diario de la vivienda y otros)
 - ✓ Observar si el recipiente no está rebosado de basura
 - ✓ Observar si la zona de alrededor del recipiente de residuos está limpia
 - ✓ Observar si el recipiente cuenta con tapa y está debidamente tapados

NOTA: si en la vivienda no se dispone de un recipiente para la recolección final de los residuos, observar si se almacenan en una bolsa y la misma se encuentra sellada.

7.5.2 Instrumentos de recolección de información

7.5.2.1 Protocolo de entrevista

El protocolo de entrevista pretende establecer la ruta o guía en la planeación y desarrollo de las entrevistas, buscando explorar a detalle los relatos individuales. En el diseño de la ruta se tuvieron en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos. En el anexo 13.2 se observa el protocolo de entrevista diseñado para el desarrollo del estudio, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes componentes:

- Planeación: incluye la identificación y contacto de participantes y preparación para el desarrollo de la entrevista
- Entrevista: contiene las pautas para el desarrollo de la entrevista en tres momentos: al inicio, durante el desarrollo y al final.
- Guía de entrevista: comprende los elementos y tópicos a desarrollar para la obtención de la información durante el desarrollo de la entrevista. Se encuentra distribuida en su orden en las siguientes partes:
 - Encabezado
 - Datos del entrevistado
 - Introducción
 - Características de la entrevista
 - Preguntas
 - Conclusiones
 - Agradecimiento
 - Observaciones

De la aplicación de las entrevistas se obtuvieron las narraciones individuales relacionadas con el objeto de investigación.

7.5.2.2 Protocolo de reunión de grupo focal

El protocolo de reunión de grupo focal intenta establecer la ruta o guía para la sesión de trabajo, buscando analizar la interacción grupal con relación al objeto de investigación. En el diseño de la ruta se tuvieron en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos. El protocolo de reunión de grupo focal utilizado para el desarrollo de la

investigación se observa en el anexo 13.3, en cuya preparación se contemplaron los siguientes componentes:

- Planeación: incluye la identificación y contacto de participantes y preparación para el desarrollo de la reunión del grupo focal
- Entrevista: contiene las pautas para el desarrollo del grupo focal en tres momentos: al inicio, durante el desarrollo y al final.
- Guía de reunión de grupo focal: comprende los elementos y tópicos a desarrollar para la obtención de la información durante el desarrollo de la reunión del grupo focal. Se encuentra distribuida en las siguientes partes:
 - Encabezado
 - Datos del entrevistado
 - Introducción
 - Características de la entrevista
 - Preguntas
 - Conclusiones
 - Agradecimiento
 - Observaciones

Del trabajo realizado en la reunión de grupo focal se obtuvieron los planteamientos que se construyen a través de la interacción grupal, con relación al objeto de investigación.

7.5.2.3 Guía de observación

La guía de observación contiene los aspectos generales que se deben observar y luego registrar las notas descriptivas e interpretación de lo observado.

La guía de observación diseñada para el estudio contempló los elementos a verificar frente a la aplicación de las prácticas de saneamiento básico – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos y disposición de basuras (ambiente limpio y ordenado)), en el marco comunitario de la estrategia AIEPI. El anexo 13.4 contiene la guía de observación utilizada para el desarrollo de la investigación.

En la utilización de las guías de observación se recolectaron datos relacionados con los aspectos de lavado de manos y ambiente limpio y ordenado de las viviendas de las cuidadoras.

7.7 Procedimientos de ordenamiento de datos

La organización, revisión, preparación y análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de información enunciados, se realizó prácticamente en paralelo, de manera incremental, en la medida que se transcribían las narraciones de las entrevistas, se ordenaban los datos registrados en la guía de observación, e incorporaban los datos recolectados durante la reunión de grupo focal.

A continuación se describen los pasos utilizados para la organización, revisión y preparación del material para el análisis de los datos obtenidos a través de las tres fuentes de información.

7.7.1 Organización de los datos obtenidos

Los datos obtenidos de las narraciones de los participantes de tipo auditivo (grabaciones) y las notas de observación, se revisaron, organizaron y prepararon para su transcripción, categorización de los datos, codificación y análisis de la información, mediante la utilización de un programa computarizado tipo procesador de textos, utilizando tres archivos diferentes, uno por cada instrumento utilizado en la recolección de información (entrevistas, guía de observación, grupo focal).

En la revisión de todo el material disponible, se verificó que este estuviese completo, según orden de utilización de los instrumentos de recolección, y que tuviese la calidad necesaria, es decir grabaciones que se entienden y notas que pueden leerse, en aras de poder realizar el análisis, lo que a su vez permitió obtener un panorama general de los insumos.

7.7.2 Transcripción de los datos en el procesador de texto

La transcripción de las grabaciones de audio resultado de las narraciones de los participantes efectuadas durante las entrevistas y la reunión de grupo focal, se realizó en un programa computacional de procesamiento de texto tipo Word[®]. Así mismo, los datos registrados de manera manual en la guía de observación se copiaron y organizaron en el programa mencionado, mediante este se diseñaron dos tablas para cada uno de los dos aspectos observados, identificando aspecto, número de guía y notas de observación.

Los esquemas utilizados en el procesador de texto en la transcripción de la grabación de audio de las entrevistas se observa en la imagen 1 y de la reunión de grupo focal en la imagen 2, así mismo el esquema

utilizado para la copia de las notas de la guía de observación en las imágenes 3 y 4.

Ilustración 2 Esquema utilizado en el procesador de texto en la transcripción de la grabación de audio de las entrevistas

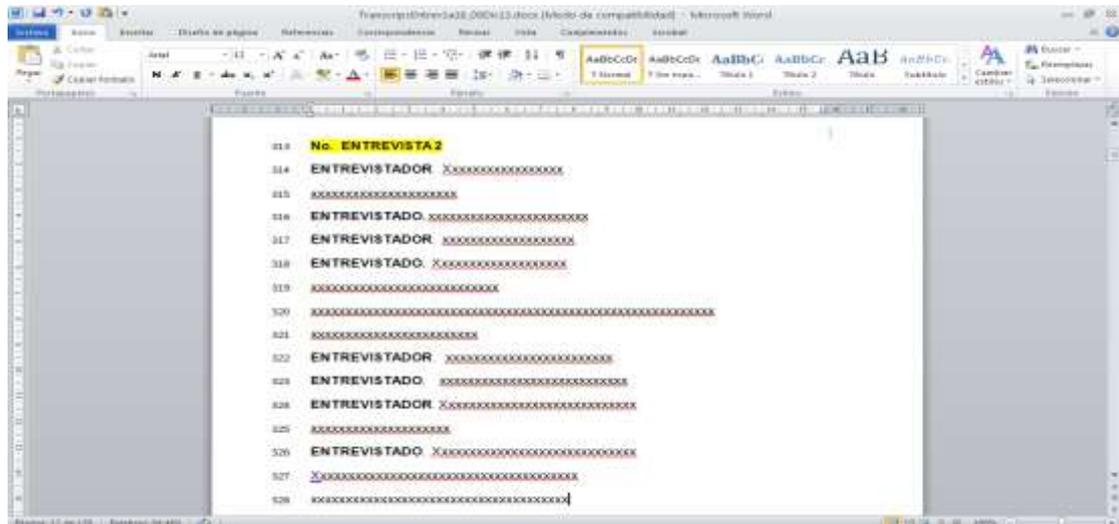


Ilustración 3 Esquema utilizado en el procesador de texto en la transcripción de la grabación de audio de la reunión de grupo focal

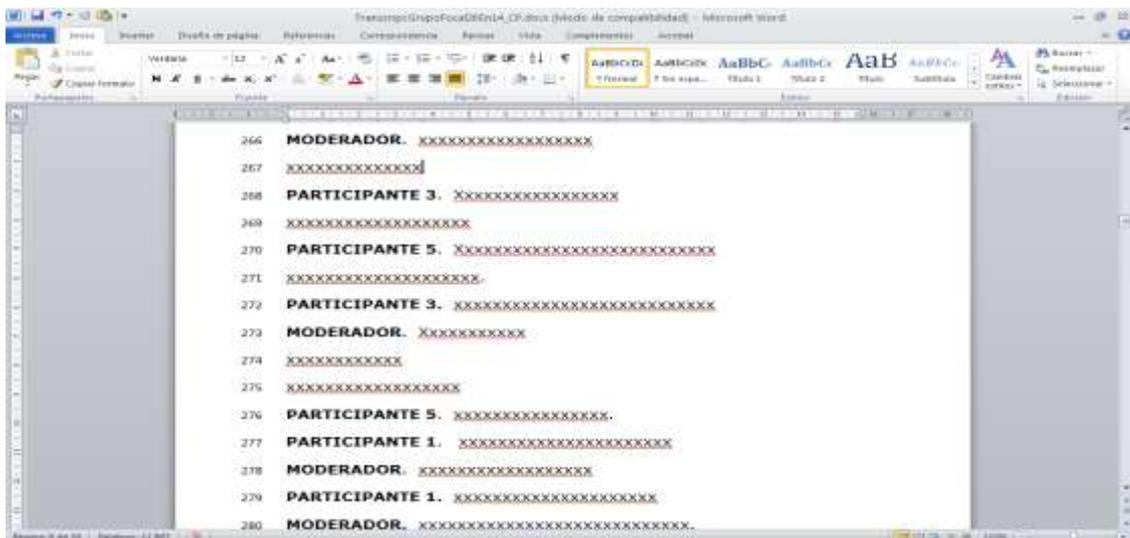


Ilustración 4 Esquema utilizado en el procesador de texto en la copia de las notas de la guía de observación – aspecto lavado de manos

Elemento observado	Nº guía (GO_)	Notas de observación
7.2.1 Lavado de manos	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	

Ilustración 5 Esquema utilizado en el procesador de texto en la copia de las notas de la guía de observación – aspecto ambiente limpio y ordenado

Elemento observado	Nº guía (GO_)	Notas de observación			
		Disposición de basuras y/o residuos en cocina y baños	Orden y limpieza de la casa, patio, lavadero y baño	Reciclaje	Organización de la basura para la gestión de residuos municipal
7.2.2.2 Ambiente limpio y ordenado	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				

Durante el proceso de transcripción se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Principio de confidencialidad
- Asignación e identificación por códigos a los participantes, así:
 - Con palabras mayúsculas y números consecutivos entre 1 y 18, resaltado en amarillo, según orden de realización de las entrevistas, así: "No. ENTREVISTA 1" (Ver imagen 1).
 - En la guía de observación siguió la numeración consecutiva entre 1 y 18, según orden de la realización de las entrevistas, así "1" (Ver imágenes 3 y 4).

- Con palabras y números asignados entre 1 y 6, según orden de aparición en la grabación en la reunión de grupo focal, así: "Participante 2" (Ver imagen 2).
- Además, se incluyeron números consecutivos a cada renglón o fila transcrita, obteniendo numeración entre el 1 al 5632 para la transcripción de las entrevistas; y entre 1 a 1078 para los datos de la reunión de grupo focal.
- Para facilitar la identificación del entrevistado en el análisis de los resultados se antecede el número de la entrevista y símbolo tipo raya al piso al número del renglón, así: "1_1820"; para grupo focal la incorporación de letras y símbolo tipo raya al piso al número de renglón, para su identificación en el análisis de los resultados, así: "GF_589"; y de igual manera para la guía de observación, así: "GO_18".
- Separación de las intervenciones identificando según instrumento aplicado, lo siguiente:
 - Entrevistas: Entrevistado y entrevistador (Ver imagen 1)
 - Guía de observación: Elemento observado, número de guía, notas de observación (Ver imágenes 3 y 4)
 - Reunión de grupo focal: Moderador y participante (Ver imagen 2)
- Transcripción de todas las palabras, sonidos, e indicación de pausas de silencio, expresiones u otros
- La identificación de las categorías de análisis preestablecidas, el surgimiento de otras categorías, y el establecimiento de relaciones entre sí.

Luego de tener transcrita toda la información, se revisaron y observaron los datos obtenidos para obtener un panorama general

7.7.3 Codificación de datos (41, 42, 43)

Se aplicó el proceso manual de codificación de datos, se utilizaron letras y números, este se describe a continuación:

- Codificación abierta – primer nivel: Se identificaron los segmentos que caracterizan el significado de una unidad constante, identificando y etiquetando mediante códigos a las categorías relevantes de datos, buscando comprender lo que significan en el marco de las categorías de análisis.
- Codificación axial de la información: se identificaron las relaciones entre las categorías.

- Codificación integradora: se dio cuando se logró identificar la categoría central o nuclear, es decir aquella que logró la vinculación entre las categorías.

7.7.4 Análisis de información (41)

El proceso de análisis cualitativo partió de los datos obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas, la reunión de grupo focal, la guía de observación y la revisión de literatura científica sobre los elementos que orientaron la comprensión de las prácticas seleccionadas en el marco comunitario de la estrategia AIEPI, para el desarrollo de la propuesta de investigación, lo cual permitió la triangulación de los datos.

El análisis de la información comprendió los pasos de:

- Revisión de todo el material recolectado mediante las tres instrumentos de recolección de información
- Interpretación de los datos y explicación de situaciones
- Encontrar significado a los datos en el marco de la pregunta de investigación planteada
- Relacionar los resultados del análisis de los datos obtenidos con la teoría que estudia la vida cotidiana, las creencias y la acción razonada

El análisis involucró estudiar los datos, de manera inductiva, interactiva y flexible indagando referentes teóricos que permitieran comprender la información. Tales referentes provienen de las ciencias sociales que estudian la educación para la salud y las perspectivas de cambio de comportamiento en salud que permitieron develar los significados de las categorías de análisis.

En el estudio la *confiabilidad* se logró a partir de la consistencia en los resultados en coherencia con la interpretación. Para evitar la introducción de sesgos de parte de los investigadores durante el análisis de los datos se tuvieron en cuenta las recomendaciones de:

- Mantener una visión objetiva
- Establecer conclusiones posterior al análisis de los datos
- Tener en cuenta todos los datos

La confiabilidad pretende asegurar que otro investigador siguiendo igual procedimiento investigado pueda llegar a los mismos resultados y conclusiones. La confiabilidad puede ser (44):

- *Confiabilidad interna*: cuando se observa concordancia en las conclusiones de parte de varios investigadores frente a un mismo evento
- *Confiabilidad externa*: cuando se encuentran iguales resultados en situaciones y por investigadores

En la presente investigación la confiabilidad interna se estableció en la medida que hubo consenso entre los investigadores, y la confiabilidad externa dependió de la posibilidad de que hubiesen publicaciones sobre el mismo objetivo, encontrando limitada evidencia publicada relacionada con la pregunta de investigación.

La *validez* de los datos obtenidos tiene relación con la riqueza de los aportes de los participantes (45), a través de la aplicación de los tres instrumentos de recolección de información. La validez corresponde a la captación del significado completo de lo expresado por los participantes en relación con la pregunta de investigación. En la validez pueden influir tendencias o sesgos tanto de participantes como investigadores, para lo cual se recomendó:

- Objetividad en las interpretaciones
- Considerar todos los datos como importantes
- Tener en cuenta a todos los participantes por igual
- Buscar evidencia a favor y en contra del resultado del análisis

Se identifican varios tipos de validez, así (44):

- *Validez de construcciones hipotéticas*, la cual trata de establecer una medida operacional para los conceptos utilizados.
- *Validez interna*: se relaciona con la búsqueda de una relación causal o explicativa
- *Validez externa*: comprende la verificación de si los resultados de la investigación son generalizables más allá de la misma

En este estudio en la validez se tuvieron en cuenta todos los datos por igual, se considera que todos los datos son importantes, aportan elementos relevantes para la investigación. De los diferentes tipos de validez se acogió la interna y se buscó la posibilidad de validez externa.

Se considera que la triangulación mejora los resultados de la investigación, su validez y confiabilidad, dado que se permite relacionar los datos obtenidos a través de diferentes procedimientos, utilizando lo que se considere útil, pertinente y tenga relación.

La tabla 4 recoge los objetivos, unidad de análisis e instrumentos de recolección de la estrategia metodológica de la investigación.

Tabla 4 Objetivos, instrumentos de recolección de información y unidad de trabajo

Objetivo general: Comprender el significado de las prácticas de saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años de la comuna de Villa Santana - Pereira en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el año 2013

# orden	Objetivo específico	Instrumentos	Unidad de trabajo
1	Describir los conocimientos y prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI	* Protocolo de entrevista semiestructurada - grabación voz * Protocolo de reunión de grupo focal - grabación voz * Guía de observación	Diez y ocho (18) cuidadores de niños menores de cinco años residentes en la comuna de Villa Santana del municipio de Pereira, que recibieron capacitación sobre las 18 prácticas clave del componente comunitario de la estrategia AIEPI
2	Interpretar los conocimientos y prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI		
3	Construir el sentido que tienen los conocimientos y las prácticas sobre saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de los cuidadores de menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI		

La ilustración 6 muestra el esquema de procedimientos de ordenamiento de los datos aplicados en el estudio

Ilustración 6 Esquema procedimientos de ordenamiento de datos



8. RESULTADOS

En este numeral se presentan los resultados del estudio realizado con 18 cuidadores de menores de cinco años de la comuna Villa Santana de la ciudad de Pereira, que han participado en la implementación del componente comunitario de la estrategia AIEPI durante los años 2009 a 2013, con el propósito de comprender el significado de dos prácticas comunitarias: saneamiento básico e identificación de signos de alarma.

En el proceso de codificación abierta de los datos se identificaron en el marco de las categorías y subcategorías planteadas, los aspectos que se observan en la tabla 5

Tabla 5 Aspectos por categoría que surgen de la codificación abierta

ASPECTOS POR CATEGORIA QUE SURGEN DE LA CODIFICACIÓN ABIERTA			
Categoría	Subcategoría	Aspectos	
Conocimientos	* Grupo Prevención de enfermedades: Práctica 6 - Saneamiento básico - prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura). * Grupo buscar atención oportuna: Práctica 16 - Identificar signos de alarma - señales de peligro enfermar (por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA e Infección Respiratoria Aguda - IRA)	Fuente de conocimiento	Institucional Familiar Desde la experiencia
		Tipo de conocimiento	Saneamiento básico Agua Segura Disposición de basura Lavado de manos Señales de peligro Enfermedad Diarreica Aguda - EDA Señales de peligro Infección Respiratoria Aguda - IRA Terapias alternativas
		Práctica	Resultados obtenidos por la guía de observación - Grupo Prevención de enfermedades: Práctica 6 Saneamiento básico - prácticas adecuadas de higiene Lavado de manos Ambiente limpio y ordenado (disposición de basuras)
		Valoración que se da a la práctica	Practicas seleccionadas Limitaciones
			De origen económico Por apatía - pereza - Acceso a los servicios Entorno

Los anteriores aspectos del esquema de tipificación de categorías son propios del análisis inductivo y paulatino de los datos del estudio, son el producto de las reflexiones que llevaron a esbozar las ideas consideradas como clave, que ayudaron a entender los datos y

responder a la pregunta de investigación, cuyos principales elementos se presentan a continuación.

8.1 Categoría: Conocimientos

8.1.1 Fuente de conocimiento

8.1.1.1 Institucional

Las cuidadoras manifestaron que han recibido información sobre saneamiento básico – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basura) – para la prevención de enfermedades e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro por IRA y EDA – en menores de cinco años mediante la participación en diferentes actividades efectuadas por entidades públicas y privadas en el marco de diferentes programas y proyectos, que son referenciadas indistintamente por las entrevistadas, como lo dicen las cuidadoras 4_860 *"Hemos recibido capacitaciones del programa de CONFAMILIAR, del programa de cero a siempre, y de otros universitarios también hemos recibido capacitaciones, pues en este momento no me llegan los nombres pero si sé que hemos recibido capacitaciones de otras entidades"*; 8_2252 *"Pues la verdad casi todas en el hospital, desde que el niño mío caía allí al hospital, todo eso me enseñan allá, y también de cero a Siempre"*; y 9_3145 *"... mejor dicho tenemos tantas capacitaciones que ahorita hasta se le olvidan a uno"*.

La denominada estrategia "AIEPI", tiene escasa recordación entre las cuidadoras, como lo indican 8_2045 *"La verdad nada, no distingo pues esa estrategia"* y 13_4156 *"Pues yo la estrategia AIM no la he llegado a escuchar..."*, a excepción de quien participa como "unidad" en el marco de la estrategia entre la comunidad como lo es la cuidadora número 2. No obstante, en la reunión de grupo focal efectuada de manera posterior a la realización de las entrevistas, las cuidadoras expresaron que conocían el significado de la sigla AIEPI, como lo referencian GF_21 *"Atención integrada a la niñez?"* y GF_24 *"Atención a los niños con enfermedades IRA Y EDA"*.

En el programa institucional de Crecimiento y Desarrollo el 38% de las cuidadoras mencionan que en el hospital les enseñan a cuidar los menores de cinco de años, este comprende el conjunto de acciones que permiten evaluar de forma regular el proceso de evolución en los niños y niñas menores de 9 años, en aras de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, como lo indica 4_840 *"Pues como mamá cuando los hemos llevado a controles de crecimiento y*

desarrollo nos han hablado ... de los cuidados que debemos tener con los niños ...", y mediante las acciones de la Empresa Social del Estado Salud Pereira, entidad municipal que presta servicios de primer y segundo nivel de atención como lo menciona la participante 9_3212 "... y la E.S.E. Salud Pereira, allá nos capacitaron también...".

En la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia denominada *cero a siempre*, al igual que el anterior programa es mencionada por el 38% de las cuidadoras, quienes comentan que reciben información del sector salud sobre el cuidado de los niños, como lo indican la participante 12_4043 *"En el programa de estrategia de cero a siempre"*.

La estrategia gubernamental del nivel nacional es creada en el marco del actual plan de gobierno nacional, pretende reunir las políticas, programas, proyectos, acciones y servicios sectoriales de protección, salud, nutrición y educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años de edad de niños con clasificación 1, 2 y 3 en el Sistema de Identificación de Beneficiarios – SISBEN del Departamento Nacional de Planeación (46). Las madres inscritas reciben bonificaciones económicas o de mercado.

A través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, las cuidadoras han obtenido información sobre el cuidado de los niños a en el programa de hogares comunitarios, el cual tiene dos modalidades, los tradicionales y de Familia Mujer Infancia –FAMI. El ICBF es un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Ministerio de Salud, de acuerdo al artículo 14 del Decreto 1138/99 (47).

Los hogares infantiles son creados mediante la Ley 8 de 1989 para la atención integral al preescolar, se atiende a niños o niñas de 0 a 5 años de edad, entre sus modalidades las cuidadoras hacen referencia a los "jardines sociales", a los cuales les llaman *"jardín infantil"*, en donde reciben instrucciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como lo indica la cuidadora 5_1328 *"... porque como a mí también me toca ir a las reuniones del jardín de allí de los niños entonces ahí también le enseñan a uno como hay que enseñarle a los niños a lavarse las manos..."*.

El programa FAMI atiende entre 12 y 15 familias que cuentan con mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 2 años, el cual pretende orientar sobre el autocuidado durante la etapa de gestación y dar pautas para la crianza de los hijos, manejo de conflictos, orientación y formación en salud sexual y reproductiva, el programa es referenciado por la cuidadora 1_14 *"Modalidad familiar,*

le dicen FAMI", del cual comenta 1_16 "o sea, es un programa que le ayuda sobre todo a todas las madres cabeza de hogar que tienen hijos de un año a cinco años ... pero para uno poder recibir ese mercado debe asistir...".

También se hace referencia a la información suministrada por las Cajas de Compensación Familiar CONFAMILIAR y CONFAME, como lo dice 3_605 *"Parte en talleres que yo he estado..., son varias por ejemplo el del CONFAMILIAR, del CONFAME, de Secretaría de Salud también he tenido, manejar todo lo de los niños como cuidarlos, cuando están enfermos cuando debemos llevarlos al hospital, todo eso"*.

Las cuidadoras relacionan las actividades ejecutadas por la academia como capacitaciones efectuadas por expertos y que han sido discontinuas como lo mencionan las cuidadoras 9_3201 *"No primero nos capacitaban de la Universidad Tecnológica, de allá... nos mandaba expertos pa' acá y aquí nos enseñaban"* y 10_3618 *"... de la universidad los muchachos que están estudiando para médicos nos han reforzado un poquito de eso..."*.

A su vez, las cuidadoras reconocen como fuente de información sobre prevención de enfermedades e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro por IRA y EDA, a la administración municipal, como lo refieren las participantes 12_3988 *"... y por otra parte la gente que pasa así haciendo encuestas de la secretaría de salud dan consejos y uno los va poniendo en práctica"*, y 14_4539 *"De brigadas de la secretaría de la salud ..."*; así como acciones de seguimiento para el control de vectores y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores como lo dice la participante 8_2630 *"... han venido de secretaria de salud miran el tanque, a que lo tiene bien que cada cuanto lo lava ... Pero así fuera de eso no más"*.

8.1.1.2 Familiar

Las cuidadoras dicen conocer y aplicar acciones de prevención de enfermedades a partir de lo que han aprendido en el entorno familiar, de los conocimientos que se han transmitido de padres a hijos, como lo referencian las participantes 4_901 *"De mi papá, de mi papá, mi papá es agricultor ..."*; 11_3818 *"de mi mamá, mi mamá me ha enseñado todo eso"*; 16_4940 *"En los principios que me inculcaron mis padres cuando era una adolescente una niña"*; y 18_5252 *"mi madre era la que nos enseñaba nos daba madera pero aprendimos y mi abuela también..."*

8.1.1.3 Desde la experiencia

Se expresa que el contacto con la enfermedad les ha llevado como madres y abuelas cuidadoras a identificar factores de riesgo y aplicar medidas preventivas, como lo mencionan las participantes 4_1034 *"... de lo que viví con mi hija mayor, viví situaciones iguales... para que todas estas cosas no los afecten..."*; 5_1218 *"... la experiencia mía pues... Imagínese que hasta me ha tocado lidiar hasta con nietos enfermos, con los hijos..."* y 16_4846 *"Bueno por instinto lo tengo porque soy abuela de un infante de 4 años 8 meses, entonces por instinto debo de saber cuáles son las prevenciones en cuestión de salud, de alimentación y aseo infantil"*.

Así mismo, a partir del contacto con la comunidad las participantes han obtenido conocimiento sobre la aplicación de prácticas, como lo menciona la participante 10_5026 *"De la experiencia y en el programa de vecinos y amigos de la infancia... de por sí que hay un niño pequeño en la casa y hay que estar alerta"*.

8.1.2 Tipo de conocimiento (contenido)

8.1.2.1 Conocimiento procedimental de la práctica

➤ Saneamiento básico

Los relatos de las cuidadoras referencian a los hábitos higiénicos y el manejo de residuos como prácticas en saneamiento básico, así lo mencionan las participantes 4_868 *"... nos habla sobre...saber cómo organizar el hogar a tenerlo aseado, a manejar las basuras, no tenerlas por ahí regadas, ni en la calle, los cuidados que hay que tener en la cocina con la alimentación de los niños, el aseo personal, el aseo de los alimentos, el aseo de la casa"*; 6_1860 *"Ah sobre la higiene, de que tener todo bien aseado por lo que las cucarachas los ratones todas esas cosas, eso el orin de eso es muy infeccioso para niños y adultos ..."*, y 12_3928 *"Que debemos lavarles las manos a los niños antes de comer y después, que el agua debe ser hervida ... lo de las basuras, que hay que taparlas y hay que reciclar ..."*.

Como parte del manejo de residuos reconocen recomendaciones que incluyen el reciclaje y algo de las diferencias entre lo orgánico y no orgánico para la realización de este proceso. En 6_1855 se dice: *"... nos han enseñado sobre cosas de higiene, de recolección de basura, de reciclaje, que las bolsas van aparte, que las bolsas no deben tirarse acá atrás porque las bolsas nunca se pudren nunca se dañan, de que las cáscaras de las verduras y todo eso, esos si se puede tirar porque es algo orgánico"*.

Se reconoce al polvo como factor relacionado con el entorno que afecta la salud, como lo expresan las cuidadoras 1_160 *"... cuando hay mucho polvo, ese polvo los enferma a ellos..."*, 8_2954 *"No yo digo que aquí lo que los enferma mucho es el polvo, porque es que aquí es un polvero muy constante..."*, 5_1622 *"El polvo... ese polvero claro malísimo"*.

La influencia de los hábitos higiénicos en la conservación de la salud es reconocida por las cuidadoras, como lo menciona la cuidadora 12_4058 *"Pues si uno lo tiene en unos hábitos saludables si uno está bien en la higiene y el aseo... entonces de por sí los hábitos saludables hacen que el niño tenga o que no tenga defensas"*

➤ Agua segura

La comuna cuenta con suministro discontinuo de agua potable y reconocen los posibles deterioros del agua por diversos factores. De allí la importancia que se confiere al tratamiento del agua a través del calor.

Se reconoce que el agua hervida protege de enfermedades, que es beneficioso consumir agua hervida, como lo indican las cuidadoras 5_1289 *"No pues aquí la hervimos, la hervimos el agua, claro que como ahorita dicen que uno puede utilizar el agua de la llave ... pero de todas maneras eso no sirve para los niños si le van a mandar un remedio un jarabe siempre se le hace con agüita hervida"*; 4_933 *"Hervir el agua cuando la vamos a tomar..."*; 6_1895 *"... pero para utilidad de nosotros la de la llave o se hirve el agua para los niños, se hirve el agua para hacer de comer"*; 8_2100 *"... para las comidas dejo que hiervan bien las cosas, porque a veces dan muchos cólicos eso medio hervido..."*; 13_4282 *"Para consumirla siempre es hervida ..."*; 14_4533 *"Pues para la niña siempre manejo agua hervida, nosotros si tomamos agua cruda..."*; 15_4818 *"Pues poquito se utiliza el agua hervida porque sabe maluco, pero cuando el nieto estaba aquí se le hierve porque el niño es más delicado..."*; lo que a su vez es manifestado en la reunión del grupo focal , como lo expresado por GF_228 *"El agua para consumirla la hervo, no tomamos agua sin hervir, me da pavor, aunque dicen en las noticias y en la radio que el agua la podemos tomar del grifo pero ... miren la válvula del baño que mantiene sucia, lo que quiere decir que el agua no viene tan filtrada tan limpia como para consumirse"*.

Lo anterior se extiende al manejo de los utensilios de cocina, como lo señala la cuidadora 15_4844 señala: *"La loza la lavo con agua caliente y le echo límpido, que una señora me enseñó eso, porque la*

loza se curte entonces hay que echarle agua caliente y límpido y ayuda a prevenir enfermedades como por hongos”, así como lo mencionado en la reunión del grupo focal GF_216 “Primero cuando voy a lavar la loza, la enjabono, después que la he enjabonado entonces si abro la llave y empiezo a jugar todo de una vez” y GF_255 “Y en la cocina los tengo jabonados y los lavo todos juntos para economizar el agua, y me gusta lavar mucho, por ahí cada mes aseo general con límpido la loza y todo”.

Para el manejo de los tanques de almacenamiento de agua se reconocen los riesgos que representan como lo mencionan las participantes 4_922 *“Del agua, pues uno no tener agua estancada en tanques más de 3 o 4 días, en baldes, en cosas donde se puede reproducir el zancudo que puede transmitir enfermedades como el dengue, entonces de eso si sé que no se debe tener esas aguas ahí estancadas”* y 15_4826 *“... porque a la vez entra mucho zancudo y pone el huevo, o sea se multiplica mucho el zancudo”*, así como la aplicación de medidas para la prevención de enfermedades asociadas a aguas estancadas, como lo manifiestan las entrevistadas 3_651 *“De pronto cuando estoy lavando el tanque le pego una cepilladita alrededor de la llave para que se vea limpia y veo que de ahí sale el agua para los alimentos para que no haya bacterias porque muchas veces uno tiene la mano sucia y toca la llave, entonces lo hago como por el aseo”*; y 13_4282 *“... pues el tanque lo mantenemos limpio lo lavamos cada dos cada tres días, es un tanque muy pequeño y siempre se recogen residuos, hay sucios”*.

Las cuidadoras recogen agua lluvia para las actividades de aseo en el hogar, como lo indican las participantes 1_88 *“Pues a veces cuando se va el agua si la recojo, pero no para lavar los alimentos sino como para uno bañarse o para vaciar el baño”* y 4_940 *“Pues cuando se ocurre la utilizo para el baño y a veces para lavar loza”*.

Además, en la reunión del grupo focal las cuidadoras dan importancia al uso racional del agua, como lo expresa GF_256 *“... los lavo todos juntos para economizar el agua...”*.

➤ Disposición de basura

Las cuidadoras identifican el manejo adecuado de las basuras y la práctica de reciclaje, empero no lo practican como lo expresan las entrevistadas 1_48 *"Yo echo toda la basura junta, yo no reciclo"*; y 4_915 *"También me han explicado sobre recolección de basura, sobre cómo se puede reciclar, pero yo no reciclo por pereza..."*.

Las cuidadoras suelen juntar las basuras y reconocen la importancia de tener un dispensador con tapa, así lo expresan las participantes 4_892 *"Pues yo trato de recogerla en una chuspa, yo no tengo una caneca con tapa pero sé que es importante uno tener una caneca con tapa porque pues ahí no está toda esa basura expuesta a la contaminación y todo ese cuento..."*; 5_1260 *" Ah en un balde con tapa, si ahí está, ahí lo tenemos tapadito..."*; 8_2168 *"Yo recojo la basura con el recogedor la hecho en una bolsa y la meto en un tarro y el tarro trae tapa, para que no se metan tantos zancudos y todo eso"*; 10_3518 *"... las basuras, yo la echo en una chuspa y allá tengo un tarro y en ese tarro meto las chuspas y la tapo"*; y 16_4903 *"La basura yo la echo en una caneca, a esa caneca le coloco una bolsa, mantiene tapada y cada vez que pasan los recolectores de basura, se saca"*.

De igual forma, se conoce que la basura en el entorno afecta el medio ambiente, como lo dice la entrevistada 4_895 *"... También tratamos de que la basura así de la calle recogerla y tratar de no tirar mucha basura en los solares, basura de la que no se descompone, sé que la basura que se descompone si se puede tirar, pero lo que son chuspas, tarros plásticos, chuspas de mecato, eso no se puede tirar, eso es una manera de cuidar el medio ambiente"* y 6_1952 *"... aquí en la esquina y puede salir de aquí pa arriba y están las bolsas de basura, eso genera mucho zancudo, los ratones, las cucarachas, eso trae mucha cosa para los niños y para uno"*.

Así como que la basura que afecta el medio ambiente influye en la salud de las personas, como lo dicen las participantes 4_1102 *"Sé que por aquí no se manejan mucho las basuras... sé que eso al tener toda esa contaminación alrededor del barrio, eso atrae para que los niños se estén enfermando..."* y 10_3498 *"Ehh problemática por ejemplo las basuras... están por ahí tiradas regadas y eso es contaminación tanto para los niños como para nosotros los adultos, porque ayuda a las enfermedades en menores de cinco años..."*.

Así mismo, la basura de reciclaje se separa y utiliza para la generación de ingresos económicos como lo dicen las participantes 3_621 *"Yo parte por ejemplo los vidrios, los llevo allá donde los*

cortan me dan 100 y 200 pero es para no echar los vidrios a la basura..."; y 6_1882 "Lo que es basura, basura que no se usa, por ejemplo el papel higiénico, los pañales de la niña, todas esas cosas, esas las saco al carro de basura..., lo que es cartón, latas de atún, cosas que se pueden vender".

➤ **Lavado de manos**

Las cuidadoras conocen la práctica de lavado de manos, como lo expresan las participantes 5_1325 *"Pues así, con buen jaboncito, agüita, que se estregue bien, sobretodo más importante que dizque acá arriba nos han enseñado a nosotros... el buen lavado de manos no es que usted se fue por allá a botar una basura y metió las manos al chorro y ya, no eso no es".*

Se reconocen los momentos en los cuales se debe realizar el lavado de manos para la prevención de enfermedades, e identifican insumos para efectuarlo, como lo dicen las cuidadoras 1_109 *"Ay yo todo el día me lavo las manos, porque mantengo preparando teteros";* 10_3505 *"... El lavado de manos con un jabón antibacterial desde el antebrazo y lavarnos bien y por acá por los dedos, se lava las manos cuando entra el baño, cuando manipula alimentos, cuando vamos a comer";* 12_3935 *"Acá antes de comer se lavan las manos, después de comer, luego cuando entran al baño...";* y 13_4245 *"...yo me lavo cada que voy a alimentar la bebé o voy a hacer algún alimento siempre me lavo las manos y mi esposo como él trabaja, el si de pronto en las noches llega antes de comer se lava las manos ya come ...",* así como lo expresado en la reunión del grupo focal GF_281 *"...a cada cambio de pañal lavarme las manos, cuando salgo del baño tengo que lavarme las manos, cuando se va arreglar la comida hay que lavarse las manos, cuando uno va a lavar hay que lavarse las manos muy bien",* y la forma de realizarlo, como lo mencionan GF_286 *"Con jabón antibacterial y después se hace así se lava desde aquí hasta acá";* GF_288 *"me mojo las manos, me las enjabono, me lavo acá me lavo acá me estrego, cuantas veces me las lavo mientras este acá en la casa a cada rato" .*

A su vez, se orienta a los niños en la aplicación de la práctica de lavado de manos, como lo dice la cuidadora 1_112 *"... les explico que después de salir del baño de hacer chichi ellos deben lavarse las manos".*

Las cuidadoras identifican como importante el lavado de manos para prevenir enfermedades, como lo menciona la entrevistada 3_681 *"Para mí es muy importante porque así evito mucha enfermedad en los niños en los bebes",* y que a su vez es referenciado en la reunión

del grupo focal como lo menciona GF_568 *"a uno los doctores siempre le dicen eso, que lo principal es lo del lavado de las manos porque ellos pueden coger infecciones"*.

➤ Señales de peligro de Infección Respiratoria Aguda – IRA

Las cuidadoras reconocen los signos de infección respiratoria leve y como darle manejo en casa, acorde a la información obtenida, como lo dice la participante uno 1_181 *"No les da fiebre y solo tienen mucho moquito nasal, entonces yo les hago lavado nasal para descongestionarlos, cuando tienen malestar se les da acetaminofén cada 6 horas"*, y 1_185 *"Es una jeringa de 10 miligramos y entonces uno coge agua salina que es la que venden en la droguería, entonces uno saca de esa agua y los acuesta en la cama de lado y les da tres jeringadas por una nariz y luego por la otra, cada 4 horas según si está muy congestionado o a necesidad antes de dormir"*; y como lo manifiesta la entrevistada 4_1085 *"Que las cosas no sean tan graves tan delicadas, por ejemplo una gripita la puedo manejar aquí en la casa, si tiene fiebre darle acetaminofén porque lo he hecho, darle de los mismos medicamentos que el médico me ha mandado entonces yo más o menos que le puedo dar, las cantidades que le puedo dar, si está comiendo, si se está hidratando, si está tomando buen líquido, bueno yo sé que ya no es algo tan delicado, pero si pasan todas estas cosas lo contrario ya sé que tengo que irme para donde el médico"*, y 11_3864 *"No pues si la fiebre no es alta y no persiste se le da acetaminofén y la gripa desde que usted le esté lavando la nariz no se le va a los pulmones, o sea desde que el moco no vaya a los pulmones no hay necesidad de ir por urgencias"*.

Los cuidadores identifican presentación de signos de alarma que requieren la búsqueda de atención oportuna como lo manifiesta la entrevistada 1_192 *"La fiebre y cuando están respirando muy ligero, cuando se ponen morados al llorar a veces"*; 8_2285 *"... cuando le comienza a zumbiar el pechito y que está tapada la nariz, yo ya sé que eso es sobre esa Bronconeumonía"*; 10_3486 *"Por ejemplo cuando el niño presenta una fiebre muy alta, más de 38, dificultad para respirar, esas son señales de que de pronto puede haber una neumonía, o sea algo más grave que hay que remitirlo"*; y como lo dice la onceava participante 11_3849 *"Si, las costillitas que si se hunden mucho, cuando que, me enseñaron un poco de cosas yo hasta lo tengo anotado, yo le mantengo a ella termómetro, le tomo la temperatura, si sube más de 38 grados correr con ella. Cuando respira muy rápido muy seguido. Cuando tiene diarrea y tiene más de tres deposiciones en el día hay que llevarla"*, así como en la reunión del grupo focal en las expresiones GF_420 *"es un silbidito que indica una enfermedad respiratoria"*, GF_458 *"yo por ejemplo"*

como me doy cuenta que tiene un problema respiratorio, porque respira muy rápido o tiene las fosas nasales muy congestionadas, está tapado, o le miro el estómago, está arrugadito, entonces ahí me doy cuenta que el niño tiene un problema respiratorio, que hago, no me pongo a hacerle remedios caseros, de una vez me voy para donde el médico”.

Además, se reconocen acciones que favorecen la protección de las enfermedades respiratorias, por ejemplo 1_160 *“... cuando hay mucho polvo... supongamos uno trapea y al rato ya está otra vez sucio, entonces toca volver a trapear, pero aunque uno trapee mucho igual pueden tener infecciones, o cuando ellos cogen cosas del suelo y se las meten a la boca eso les puede dar una infección”*; 8_3023 *“Pues mantenerlos con el tapabocas, no mantenerlos tanto afuera, más que todo cuando llueve que se levanta más ese polvo bregar a tenerlos acá encerraditos, si bregar a prevenir de que ellos estén tanto recibiendo todo ese...polvo”*; y 11_3801 *“No pues, tratar de que cuando está haciendo así friito mantener las ventanas cerradas...”*.

➤ Señales de peligro Enfermedad Diarreica Aguda – EDA

Se reconocen los signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna de la enfermedad diarreica aguda, como lo expresa la participante 1_259 *“Cuando tiene los labios secos, los ojitos como muy opacos, cuando se le ponen las uñitas moradas, eso es lo que me han enseñado en el hospital”*, 6_1931 *“Cuando le siento el estomaguito como una locomotora por allá adentro, como cuando el estomaguito les hace así o como que empiezan a botar gases muy hediondos, porque con el de 4 añitos me ha tocado así”*; 7_2319 *“Cuando no toma casi líquido y tiene los labiecitos como sequitos, no tiene saliva. Yo lo veo ya como débil yo pienso que es ahí cuando él ya está deshidratado”*; y 10_3492 *“Ehh los labios secos, el signo del pliegue, ojos llorosos, si el signo del pliegue aquí en el estomaguito, cuando uno lo dobla así y se le demora para devolver, los labios secos, ah para o sea que para llorar no le salen lágrimas”*.

Las cuidadoras identifican mecanismos de manejo para la enfermedad diarreica aguda, como lo expresan las participantes 1_254 *“... lo normal es darle suero para que no se deshidrate pero si sigue con la diarrea y sigue con la diarrea y no le quita hay que llevarlo al hospital porque se puede deshidratar así les dé mucho suero y se puede morir”*; 6_1941 *“Pues yo le doy suerito porque al no recibirme agua de panela ni más nada le doy como alguito que me lo hidrate, entonces lo más recursivo es el suero, porque sí”*; y 12_4082 *“Ehh pues la diarrea, si es poquita, y no es fétida, porque eso también influye, yo les doy a los niños guayaba, colada de guineo, les doy el*

suero a veces casero, si hacen más de 6 deposiciones los llevo al hospital porque allá le aplican suero y les mandan amoxicilina generalmente".

8.1.2.2 Terapias alternativas

Se mencionan argumentos que dan cuenta de la aplicación de los conocimientos que surgen del saber popular y que antecede a las practicas recomendadas, como lo dice 5_1184 *"Por lo que yo he sido una madre de campo y pues yo tuve nueve hijos entonces yo siempre vivía en el campo y entonces el niño mío cuando se enfermaba yo acudía como quien dice a la yerbatera, ah entonces ella me decía a mi esta agüita de ramas para que le baje la fiebre...usted sabe que uno en veces en el campo se demora para salir porque en veces en el campo no entra sino un carro cada 8 días día de por medio y entonces a uno le tocaba agarrarse de esos métodos y entonces fue así que yo aprendí, muchas cosas caseras para los niños",* lo que a su vez se respalda en la reunión del grupo focal como lo mencionan GF_868 *"Porqué, porque si ahora tiempos podíamos tratar y eso siempre no lo han dicho, no lo dieron a nosotros en las clases que a medida de que va evolucionar el pasar del tiempo ya no aceptan muchos médicos que nosotras hagamos cosas en la casa para los niños, que se deben de ser remitidos al médico, primero es el médico, como les decía yo a ustedes ahora, si un médico le hace los exámenes y no encuentra que es que puede hacer uno, tratarlo ya a su capacidad"* y GF_502 *"... ese muchacho está muy enfermo hágale un agua de arroz tostao y zanahoria si eso no funciona ya, váyase para el puesto de salud".*

Las cuidadoras identifican beneficios en la aplicación de conocimientos que surgen del saber popular, como lo expresan las participantes 5_1566 *"... una bebida de pronto alivio que es caliente, de canela o de yerbabuena o voy y cojo las tres ramas, la bebida que me le dieron al niño cuando él se me enfermó";* 8_2363 *"Yo le doy así cositas caseras, como le digo yo el melado y todo eso, o bebidas y si veo que no, le doy acetaminofén y si no entonces ya hay si lo llevo derecho ...";* y de las creencias de las personas como lo es lo expresado por la participante 18_5148 *"Pues que si es un ojo bravo a unos les da lloradera otros... hay muchos ojos, les da la diarrea y vómito y uno dice ahh el niño tiene diarrea y uno lo lleva donde Doña ... porque al hospital no saben qué hacerle para lo del ojo y ella lo reza, le unta algo en el estomaguito y le manda droga unas pastas y ramas para bañarlo para darle a tomar y con eso es suficiente, porque eso a mí los nietos míos me los alivió ella y si siguen enfermos hay que llevarlos al médico porque puede ser una infección en los intestinos y hay que llevarlos inmediatamente",* creencias que

a su vez se referencian en la reunión del grupo focal: GF_168 *"niños ojeados y descuajados, hay médicos que no lo aceptan, pero que lo hay lo hay"*, GF_888 *"ese Doctor me la sanó, me la curó con meros rezos y plantas pero no sé qué tenía la niña, lo que dijo él es que estaba ojeada"*, GF_886 *"tocó llevarlo donde alguien que lo rezara que lo estaban descuajando"*.

8.2 Categoría: Práctica

Este ítem da cuenta de los resultados obtenidos de la guía de observación relacionados con lo observado en las prácticas adecuadas de higiene de lavado de manos y disposición de basura como ambiente limpio y ordenado, contenidos en la práctica 6 – Saneamiento básico.

8.2.1 Lavado de manos

Las notas de observación sobre el lavado de manos son el resultado de lo observado en la realización de acciones que realizaron las cuidadoras durante el desarrollo de la entrevista, como lo son la preparación de alimentos y en el acompañamiento del niño en la entrada y salida del baño.

El 44% de las cuidadoras aplicaron la técnica establecida, como se identifica en las notas de las guías de observación GO_2 *"El lavado de manos lo explica adecuadamente y se realiza la práctica de acuerdo a los pasos establecidos en la guía técnica"* y GO_5 *"Al preparar alimentos para sus hijos, realiza lavado de manos según la guía técnica"*; el 55,6% realiza un lavado de manos diferente a lo informado para el cuidado de la salud, como se observa en lo registrado de las guías de observación GO_1 *"El lavado de manos fue un "enjuague" y no con la aplicación de la guía técnica establecida"*, GO_8 *"Ofrece alimentos a todo el grupo familiar y no realiza lavado de manos según la guía técnica"* y GO_10 *"Prepara alimentos para el nieto y no realiza el lavado de manos según la guía técnica"*.

En resumen, lo expresado sobre la técnica establecida del lavado de manos no se aplica al momento de ejecutar la práctica.

8.2.2 Ambiente limpio y ordenado (Disposición de basura)

Las notas de observación sobre el *"Ambiente limpio y ordenado"* en términos de la disposición de la basura, son el resultado de lo observado en las viviendas durante el desarrollo de las entrevistas.

Con relación al aspecto de *orden y limpieza en la casa, patio, lavadero y baño*, en términos de disposición de basuras, el 68% de las viviendas observadas demuestran aplicación de mecanismos de higiene y organización de los bienes que se encuentran al interior del hogar, como lo referenciado en las guías de observación GO_2 *"la casa se observa totalmente limpia, el baño y la cocina se encuentran limpias e higiénicas, todo organizado, limpio"*, GO_3 *"La casa está limpia, no se evidencia exceso de polvo a pesar de quedar ubicada frente a una zona sin pavimentar. Se observa la cocina limpia y organizada, el patio está limpio y no hay desorden, la casa bien tenida, limpia y en orden"* y GO_8 *"La casa estaba totalmente limpia, todos los espacios habían sido organizados y se encontraban totalmente limpios"*.

En el aspecto *disposición de basuras y/o residuos en cocina y baños*, el 45% de las viviendas de las cuidadoras se observó la dispensación de residuos en recipientes sin tapa, como se referencia en las guías de observación GO_8 *"Los recipientes de la basura estaban limpios pero sin tapa"* y GO_13 *"Los recipientes de cocina y baño estaban limpios pero sin tapa"*.

El aspecto de *reciclaje* se observó en el 89% del total de las viviendas de las cuidadoras, en las cuales se identificó que lo expresado durante la entrevista sobre la separación de las basuras en la fuente no se aplica, como lo presentan las guías de observación GO_4 *"Ella no recicla, la basura orgánica la arrojan a los lotes baldíos"*, GO_5 *"No realiza reciclaje y arroja los sobrados de la comida a un lote baldío"* y GO_8 *"No se observa que recicle"*.

Finalmente, el aspecto *organización de basura para la gestión de residuos municipal* se observó en el 33% de las viviendas de las entrevistadas, de las cuales en el 88% tenían la basura desordenada, como lo muestran las notas de las guías de observación GO_1 *"La basura no está organizada"* y GO_9 *"Arroja alimentos en las zonas baldías"*.

8.3 Categoría: Valoración que se da a la práctica

8.3.1 Prácticas seleccionadas

Las cuidadoras reconocen que la aplicación de prácticas de saneamiento básico contribuyen a su bienestar, como lo expresan 4_883 *"Para tener una mejor calidad de vida, tener una mejor salud"*, y 8_2508 *"Eh, pues uno aprender muchas cosas, eh pues uno que lo que no hacía antes ahora sí lo está haciendo, para mejorar este medio ambiente..."*.

Se reconoce que la limpieza y el orden les aporta en la prevención de enfermedades 3_685 *"Primero que todo organizar pisos, que este limpio, segundo estar pendiente de ellos, que no vayan a comer algo sucio, estar pendiente del lavado de manos..."*, así como lo mencionado en la reunión del grupo focal GF_589 *"... o sea, si un niño tiene buen aseo y buenas defensas, el niño no se nos va a estar enfermando cada 8 días o cada 10 días"*.

La información obtenida ha incentivado la realización de acciones para mitigar los riesgos como lo expresa la cuidadora 1_289 *"ya les pongo más cuidado que no se vayan a meter nada a la boca que de pronto se lo traguen y se asfixien, ya sacudo con trapo húmedo, ya no barro con escoba sino con trapeador, y no fumo dentro de la casa como lo hacía hace años, sino afuera o atrás"*; y 12_3982 *"Yo pienso que uno debe de ser muy puntual con eso porque eso le evita a uno muchas enfermedades, muchas bacterias, le evita infección al niño que eso se produzca en fiebre, diarrea y vómito y cosas así"*.

Se reconoce en la experiencia que la realización de medidas preventivas es un mecanismo que permite consultar menos al personal médico, lo que a su vez incentiva la aplicación de las mismas, como lo expresan las participantes 12_4008 *"... antes de empezar a hacer todo eso que me han enseñado mantenía el niño del medio en el hospital con infección con infección y yo empecé las prácticas y hace mucho no voy al hospital con ninguno de los tres entonces de pronto eso me motivó a que siguiera haciéndolo porque es también muy incómodo estar en un hospital con un niño enfermo..."*; y 11_3881 *"...me ha servido mucho porque llevar a la niña al médico es una rareza..."*.

Así mismo, se reconoce disminución de tiempo de estadía en el hospital como lo menciona la participante 5_1464 *"Si claro, a mí me han ayudado porque cuando yo veo los niños así gracias a Dios nunca en los años que yo tengo no sé qué es hospitalizar un muchacho no sé qué es tenerlo hospitalizado más de dos o tres días, entonces si me han ayudado mucho"*.

Las cuidadoras identifican que la información recibida les ha brindado beneficios como lo expresa la participante 6_2398 *"...Y porque... yo le tiraba muy duro al niño grande, entonces yo ya después de eso, ya he ido mejorando con él..."*.

Se identifica como importante la información brindada por personal de salud, como lo dice 1_208 *"Que son muy importantes porque los médicos saben y uno debe aplicarlos muy bien"*; y la participante

5_1628 "Ah pues que muy importante, muy bueno uno saber, hay madres que tienen niños y no saben prácticamente cuando el niño está enfermo o se va a enfermar, porque el niño puede tener los ojitos llorositos, decaído.....esos son síntomas que el niño se va a enfermar".

Se identifica que se obtiene información para el cuidado de la familia como lo indican las participantes 1_214 "Si porque allá le enseñan a uno como estimularlos, para que caminen ligero o para que aprendan a bajarse de la cama o para que gateen ligero"; 9_3323 "Y me sirvió de lo mas de grande, mucho también el... saber manejar los enfermos, yo soy una que tengo aquí en mi casa el esposo hace 4 años está enfermo de EPOC severo, y gracias a Dios primeramente y a esas capacitaciones me lo dejaron en la casa y yo lo manejo en la casa..."; y 14_4624 "Muy bueno que le enseñen a uno eso para tratar de prevenir las enfermedades al máximo y más como usted dice cuando uno tiene unos niños tan pequeños".

Se reconoce que la entrega de incentivos materiales representados en recursos económicos o mercado, identificados como "ayuda", influye en la participación en reuniones en las cuales se da información sobre las acciones preventivas como lo mencionan la cuidadora uno 1_16 "... o sea que le ayuda sobre todo a todas las madres cabeza de hogar que tienen hijos de un año a cinco años y allá les dan una ayuda mensual de un mercado... y todo lo relacionado con la nutrición de ellos, pero para uno poder recibir ese mercado debe asistir..." y 1_40 "Distraerse uno, en el mercado que le dan y en todos los temas que a veces tocan que son interesantes..."; y las participantes 8_2393 "Porque, pues la verdad antes íbamos que porque, por los mercados ..."; 14_4563 "...eso nos dan un mini mercado ...".

8.3.2 Limitaciones

8.3.2.1 De origen económico

Acorde a la información obtenida sobre la aplicación de medidas preventivas, la disponibilidad de recursos económicos influye en su aplicación, como lo mencionan las participantes 1_286 "... a veces uno no tiene lo económico que ellos necesitan bien, no puede comprar un desinfectante no puede comprar alcohol"; 5_1640 "Si claro porque uno no tiene siempre para irse para el puesto de salud volao..."; y 11_3813 "... cuando tengo plata le compro la bolsa y sino no...".

8.3.2.2 Por Apatía y pereza

Se reconoce que hay conocimiento pero falta de interés para la aplicación de medidas preventivas, como lo expresan las cuidadoras 4_990 *"El conocimiento pues ya lo tenemos si no lo practicamos es que no nos hace..."*; 8_2216 *"Porque pues unas personas que no las aplican porque no les gusta o por pereza, o porque la verdad son cochinos"*; 8_2882 *"Porque eso es falta de interés de uno..."*; y 18_5240 *"No, la gente no la pone en práctica, porque no les parece bueno no les parece bien yo les digo aprendan a manejar... y dice ah no que pereza, yo no me pongo en esas cosas y yo creo que es por pereza"*.

La poca aplicación de las prácticas se asocia a la pereza, lo cual es marcado en el tema de reciclaje, como lo mencionan 1_138 *"Será la pereza yo creo, porque imagínese que como 8 bolsas para reciclar, que el plástico, que las bolsas, que la comida que uno va a botar, que las cáscaras y todo, que las botellas en una parte, que el cartón en otra parte"*; 4_915 *"También me han explicado sobre recolección de basura, sobre cómo se puede reciclar, pero yo no reciclo por pereza, me da pereza ponerme a separar la basura, que la orgánica, que esta es la que no se descompone y no tener un arrume de cosas y entonces la opción más rápida es esperar el día miércoles y el día sábado y saca uno todo de una"*; y 11_3806 *"Ay es que mantener un poco de baldes en la casa, y estar escogiendo de aquí y allá y uno de por si tiene mucho trajín en la casa, es como muy duro"*.

El cuidado se relaciona con el cariño y la atención con los niños como lo dicen las participantes 11_3800 *"No les importan los hijos, esa es la verdad es esa, por ejemplo aquí hay dos familias que reciben plata de familias en acción y la verdad es que mmm ni alimento ni ropa nada, esos niños mantienen en la calle llenos de mocos, solamente los tienen como por negocio para que el estado les ayude"*; y 14_4586 *"La persona que no lo haga es porque no le da la gana no está preocupada por sus hijos y en si por su familia en general"*, y como lo expresado en la reunión del grupo focal GF_508 *"... me ha tocado ir a bienestar familiar a decir que maltratan a esos niños, muchas veces es que la gente no tiene conciencia de lo que está pasando a su alrededor, porque si no tienen ese valor y ese sentimiento a un propio hijo... pero sino cuidamos los hijos no hay nada"*.

Las cuidadoras mencionan que las personas están conformes con el contexto en que se desenvuelven como lo dice la participante 9_3350 *"No, eso es ya gente que les gusta vivir así..."*.

8.3.2.3 Acceso a servicios

Las cuidadoras observan dificultades en la atención institucional como lo expresan las participantes 12_4116 *"... hace mucho no he tenido que volver a un hospital, más ahora la atención en el hospital es muy mala y uno se tiene que quedar medio día esperando que le atiendan un niño...";* y 18_5582 *"... no pues allá me mandaron acetaminofén y se demoraron 4 horas para atenderme, y la persona seguir y seguir enferma...";* y que a su vez en la reunión del grupo focal lo expresan GF_815 *"Yo le he dicho a mi hija ponga cara de mártir de la terrorífica para que se la atiendan",* GF_856 *"yo si no me pongo a espéralos, yo les peleo y me les meto hasta el consultorio..."*, y GF_893 *"hay deberes que hay que cumplir pero también tenemos derecho, que en muchos centros hospitalarios pasan por encima de nosotros y eso es lo que yo no acepto"*.

Se identifica falta de continuidad en las acciones institucionales que se realizan con la comunidad como lo expresa la cuidadora 18_5359 *"... hace como unos 3 años, ese cambio que se nos llevaron el doctor ... que era el empeñado, él nos hacia las prácticas, él nos llevaba a las casas, ... hasta veces de darles por ahí papeletas de suero o algo traía el doctor, mucha cosa muy importante, cambiaron al doctor y eso se fue acabando"*, y lo manifestado en la reunión del grupo focal que indicaron GF_98 *"cuando a un líder o a un ciudadano le ofrecen un programa como el que le ofrecieron..., pero que nunca se ejecutó entonces es como falta de responsabilidad de la entidad que le está ofreciendo el aval por decirlo así";* GF_145 *"nosotros hace dos años prácticamente de AIEPI mejor dicho nada"* y GF_186 *"Con el mismo instructor, que así empezamos y sabemos que estamos haciendo no que nos coja el uno que sí que esto no el otro que si el otro que no, entonces así no hacemos nada"*.

8.3.2.4 Entorno

Se identifican condiciones desfavorables en el entorno relacionado con la basura que facilitan la presencia de vectores que afectan la salud, como lo mencionan las participantes 5_1285 *"Basura, por ejemplo basura, mucha cosa de animales que vienen y tiran ...";* 8_2198 *" Si señor, ja, mucha mosca y mucho zancudo también";* 12_4105 *" Por ejemplo acá abajo dejaron como una zanja no le hicieron como la represita donde cae el agua, sino que dejan que corra entonces cada rato si uno no le está abriendo a esa zanja de aquí para abajo sí, eso produce mucho zancudo o enfermedades";* 15_4803 *"... es que casi no vienen a fumigar hay mucho zancudo, cucarachas y ratones por el problema de las basura...";* 16_5058 *"Si la basura porque queman basura colchones viejos, las quemas"*

contaminan y afectan la salud de la infancia y el reguero de basura también afecta la infancia porque se reproduce la cucaracha y el ratón y eso genera bacterias para los niños los adultos y los ancianos”; y 18_5403 “... tenemos una epidemia de zancudo ... demasiado zancudo son nubes de zancudo...”.

Se reconoce que el polvo afecta la salud como lo mencionan las cuidadoras 8_2455 *“Si señor, por mucho polvo que hay por acá, eso es lo que les da mucha gripa y que sufren mucho de Bronconeumonía”*; 11_3850 *“El polvo, uich... ese polvo si los mata...”*

8.4 Significado de las prácticas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI

El significado de las dos prácticas del componente comunitario de la estrategia AIEPI objeto de esta investigación revela que el comportamiento de las cuidadoras de la comuna Villa Santana hacia la información/conocimiento, el ejercicio de las prácticas y su respectiva valoración está determinada por las creencias que han desarrollado sobre estas.

Esto se relaciona con el hecho de que en los espacios de interacción social surgen las creencias de las personas sobre objetos, acciones y eventos, como resultado de la experiencia y observación directa, de procesos inferenciales o a partir de informaciones. Las creencias pueden persistir a través del tiempo, pueden ser olvidadas o pueden ser reformuladas. Ajzen y Fishbein (1975), autores de la teoría de la acción razonada, plantean tres tipos de creencias: descriptivas, inferenciales e informativas. Las primeras se obtienen por observación directa y de la experiencia, las segundas provienen de la interacción social a partir de las creencias descriptivas; y las creencias informativas se generan de informaciones derivadas del exterior, como otras personas, los medios de comunicación, las entidades (48, 49).

Según Reyes la teoría de la acción razonada *“es una teoría comportamental que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual”*. Esta perspectiva es la que da cuenta del significado de las prácticas objeto de estudio (49).

Los resultados obtenidos acerca de la información/conocimiento de las prácticas de saneamiento básico – higiene - para la prevención de enfermedades e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro por IRA y EDA, por parte de las cuidadoras de niños menores de cinco años, se encuentran

diferentes tipos de creencias según la categoría de análisis que orientan la indagación en el proceso investigativo. Se recuerdan, a continuación, algunas de las evidencias identificadas.

Sobre el conocimiento de las prácticas, las cuidadoras, en sus relatos, dan cuenta de la información obtenida de la fuente institucional, objeto del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Aún sin reconocer la estrategia como tal los participantes repiten la información que "han asimilado" y que da cuenta de los procedimientos específicos de cada una de las prácticas.

Las entidades encargadas de transmitir el discurso institucional tienen un estatus de autoridad que promueve que las cuidadoras utilicen convenciones semánticas que hacen suponer que la información recibida es comprensible. Se mencionan términos que aluden a la experiencia en el uso de la información/conocimiento compartido con las instituciones. Se trata, al parecer, del conjunto de conocimientos y experiencias que suelen presentarse en signos y símbolos vinculados a las estructuras sociales de poder, representado por las instituciones; y se pone en evidencia la tendencia de la cuidadora a expresar las acciones que deben realizarse y que validan su rol (50, 51, 52, 53, 54, 55, 56) en el cuidado de los menores de cinco años. Se trata aquí de creencias informativas cuya expresión le traerá, posiblemente, consecuencias positivas.

En contraste, **lo observado en la práctica** se distancia del discurso institucional. El lavado de manos no se realiza según lo expresado; la basura se recoge dando impresión de orden y limpieza en la vivienda, sin que se ponga en práctica la técnica institucional recomendada sobre el saneamiento básico. Se constata que a pesar del reconocimiento explícito de las formas de aplicación de los conocimientos/información, expresados previamente, su uso es limitado en la rutina de la vida cotidiana.

El comportamiento asumido en la ejecución de la práctica corresponde al reflejo de las rutinas de lo cotidiano dentro de una estructura temporal en un espacio y tiempo determinado que corresponden, principalmente, a creencias de tipo descriptivo elaboradas a través de su observación en el transcurrir de la vida cotidiana. Esta no ha sido permeada aún por las creencias informacionales acerca de las condiciones específicas para su realización.

En lo cotidiano la rutina del lavado de manos y de disposición de basuras es la síntesis de un proceso constantemente repetitivo de apropiación de símbolos preestablecidos, que representan la

tipificación recíproca de las acciones, que en lo observado en las viviendas se distancia de la técnica institucional establecida para su aplicación.

En la realidad, en el marco de la estructura social, el individuo apropia la ejecución de acciones de manera espontánea, las cuales se presentan como un criterio de conducta válido, sin cuestionamientos, e integrado en la rutina de la vida cotidiana en la cual se desenvuelve la persona. La acción espontánea ejecutada por el individuo, asegura la transferencia de la información a través del tiempo, que en la memoria colectiva se da como preestablecida, siendo transmitida generación tras generación (51, 56, 57).

Con relación a la identificación de signos de alarma, por IRA y EDA, al momento de tener contacto con la enfermedad, las cuidadoras recurren a las terapias alternativas. El conocimiento del cuidado a la salud surge en la vida cotidiana a partir de símbolos previamente establecidos en el contacto con los malestares. Por eso, según la atribución causal se recurre a mecanismos terapéuticos que representan en la estructura social la forma de dar solución a los malestares que se presentan, como el "ojo bravo" (50, 55). La relevancia dada a ciertos símbolos permite que mediante el lenguaje se acumulen significados y experiencias, que permiten se mantengan a través del tiempo y se transfieran de generación en generación (50, 51, 52).

En este contexto la aplicación de la práctica surge de la interrupción de la rutina de la vida cotidiana, que como evento extraordinario conlleva a la búsqueda de prontas soluciones, recurriendo en lo cotidiano al cúmulo de conocimientos y experiencias que han dado mejor respuesta frente a un acontecimiento como es la enfermedad (50, 51, 53, 56, 58, 59). En la atención a los signos de enfermedad, antecede la aplicación de procedimientos aprendidos en el ámbito familiar y social, y que han dado respuesta a los problemas que afrontan; estos, posteriormente, se conjugan con el contenido de las prácticas del componente comunitario de la estrategia AIEPI, nomenclatura que a su vez pasa desapercibida para las cuidadoras.

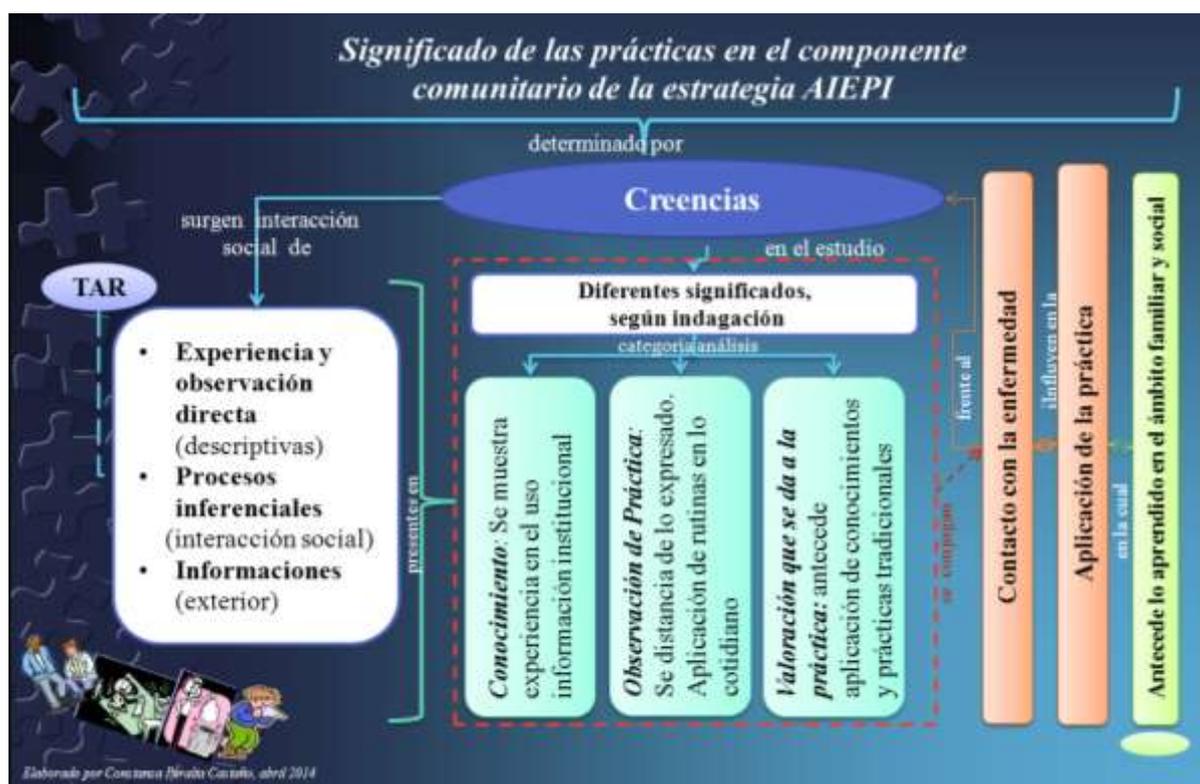
La aplicación de conocimientos y prácticas médicas tradicionales antecede y complementa el abordaje aplicado en la predominante medicina moderna (55), lo que hace de este tipo de conocimiento/información una creencia inferencial en tanto que las terapias alternativas son la primera opción para enfrentar el malestar. Estas maneras de afrontar la enfermedad se transmiten de manera oral, a través del tiempo y están relacionados con el contexto en que se desenvuelve el individuo.

Si bien la enfermedad es el evento crítico que obliga a hacer uso de los recursos y procedimientos “aprendidos”, éstos se ponen en práctica una vez que la cuidadora ha llegado a la convicción de que con las terapias alternativas y la medicina tradicional, no alcanzan a resolver el problema. Y eso ocurre porque en la interacción social las personas, comparten creencias que se transforman en principios de acción o de organización del comportamiento que caracteriza la estructura social en la cual se desenvuelven.

Cabe señalar que si bien la Teoría de la Acción Razonada o de las actitudes tal como fue formulada por Ajzen y Fishbein pretende establecer un modelo matemático de predicción de la conducta, en la que la hipótesis es que las actitudes o la forma de comportamiento del individuo para hacer las cosas, están determinadas por las creencias que se tienen acerca del objeto (60), aporta elementos para su aplicación desde un enfoque cualitativo, como se intentó en la presente investigación, favorece el análisis integral y comprensivo del comportamiento en problemáticas relacionados con la salud.

La ilustración 7 muestra el esquema del significado de las prácticas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Ilustración 7 Esquema del significado de las prácticas en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI



9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

9.1 La metodología

La aplicación de la metodología definida para el desarrollo del proyecto permitió el acercamiento a la comprensión del significado de las prácticas de – prácticas adecuadas de higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basuras) – e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención fuera del hogar por señales de peligro por IRA y EDA, en cuidadores de niños menores de cinco años en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el municipio de Pereira.

Una vez transcrito los relatos y consolidado los datos de la aplicación de la guía de observación, y tomando como referencia los objetivos del proyecto, la metodología permitió abordar el análisis de la información a partir de la descripción de lo expresado e interpretación de los datos a la luz de la teoría de las ciencias sociales que estudia la vida cotidiana, las creencias, y la acción razonada. Esta perspectiva difiere de manera importante de otros trabajos sobre el componente comunitario de la estrategia AIEPI, los cuales suelen orientarse a mostrar los resultados de la aplicación de instrumentos de trabajo que pretenden verificar el cumplimiento de aspectos preestablecidos en programas y proyectos institucionales, que limitan la comprensión de las acciones desde la manera como lo viven los actores claves de la estrategia.

9.2 Los resultados

Los resultados a partir de la experiencia vivida de las cuidadoras de niños menores de cinco años revelan significados que difieren, según las categorías de análisis. En la categoría conocimientos (conceptos y procedimientos) se evidencia el “dominio” de las estructuras lingüísticas a través de las cuáles se expresa el discurso de las instituciones que gestionan estrategias de educación para la salud relacionadas con las prácticas que recoge el componente comunitario de la estrategia AIEPI y donde predominan creencias informativas. A pesar de este “dominio” del lenguaje la realización de las prácticas, en otras palabras, el desempeño de las prácticas, tiene lugar al margen de las consideraciones previamente expresadas. Y es que, desde la teoría de la acción razonada, el principal elemento que antecede a la acción, en este caso la ejecución de la práctica, es la *intención conductual*, de la cual depende la ejecución y la intensidad con que se realice la conducta. La *intención* a su vez es determinada por dos variables: una personal de actitud individual hacia la

conducta, como resultado de la evaluación favorable o no frente a la misma; y otra social también denominada influencia social normativa o norma subjetiva, relacionada con la percepción de las expectativas que tiene la persona hacia cierta conducta, que la llevan a ejecutar o a no ejecutar la misma, como lo señalan Ajzen y Fishbein (61). Son, posiblemente, esas variables que apropiadas intersubjetivamente orientan la intención conductual. Lo expresado muestra que las cuidadoras poseen la información, desplegada por las instituciones, sobre las prácticas de saneamiento básico – higiene - e identificación de signos de alarma por IRA y EDA para la búsqueda de atención fuera del hogar, sin embargo la conducta seguida o comportamiento no es consistente con el propósito de la implementación del componente comunitario de la estrategia.

10. CONCLUSIONES

- Las cuidadoras tienen información sobre los procedimientos para la realización de las prácticas de saneamiento básico - higiene- e identificación de signos de alarma para la búsqueda oportuna de atención fuera del hogar por IRA y EDA, y comparten términos que les permiten interactuar con los referentes institucionales, así como mostrar importancia en el tema y emprender acciones que validen su rol.
- En la realidad de la vida cotidiana la utilización de las prácticas de saneamiento básico – higiene (lavado de manos, agua segura y disposición de basuras) – e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro de enfermedad por IRA y EDA, en el cuidado de niños menores de cinco años surgen de diferentes tipos de creencias que han sido apropiados en el ámbito familiar y social, frente al contacto y experiencia con la enfermedad.
- Las creencias y las prácticas aplicadas en lo cotidiano por las cuidadoras son el reflejo de lo aprendido a través de la transferencia en el tiempo de generación en generación y de la experiencia frente al contacto con la enfermedad, las cuales a su vez son validadas en lo colectivo.
- Los resultados obtenidos en lo particular en el significado de las prácticas objeto de estudio siguen la lógica de las teorías de las ciencias sociales que estudian la vida cotidiana, las creencias y de la acción razonada, en el contacto con la enfermedad se incentiva la aplicación de prácticas de cuidado a la salud, en su utilización antecede el uso de lo aprendido en el ámbito familiar y social al de la medicina moderna.

- En el significado de las prácticas se vinculan diferentes tipos de creencias; el contacto con la enfermedad promueve su integración en el cuidado de la salud. A tal integración precede el uso de lo aprendido en el ámbito familiar y social al de la medicina moderna.
- Las diferencias entre las creencias sugieren las limitaciones en la aplicación de la práctica en la vida cotidiana.
- La teoría de la acción razonada favoreció la comprensión del significado de las prácticas.

11. RECOMENDACIONES

- A partir de los conocimientos y las creencias en el ámbito individual, familiar y social concertar los contenidos y métodos en la aplicación de prácticas para el cuidado a la salud y la prevención de la enfermedad.
- Repensar los procesos metodológicos de carácter institucional para el abordaje de acciones para el cuidado a la salud y la prevención de la enfermedad, coherentes con la realidad en lo cotidiano del individuo, la familia y la comunidad, sus creencias y sus costumbres.
- En educación para la salud se tener en cuenta las creencias y la percepción favorable y desfavorable que tienen las personas frente a la práctica, tanto a nivel individual como social, ya que son importantes tanto las intervenciones individuales como las grupales.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Colombia. Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. Guía para referentes y coordinadores locales - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales, Convenio 637/09 [CD-ROM]. Bogotá, DC: OPS Colombia; 2010.

(2) Alianza Regional AIEPI Comunitario. OPS, American Red Cross y United Nations Foundation. El componente comunitario de la estrategia AIEPI: marco conceptual. [Internet] Abril 2006. [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/pensar/sitio/RedGestion/diplomado/DC17.pdf>

(3) OPS/OMS. La estrategia AIEPI posee tres componentes. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 28 de marzo de 2013] Disponible en:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CckQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fspanish%2Fad%2Fch%2Fca%2Fsi-component.doc&ei=3uiHUo3PEYTzkQentYHYBQ&usq=AFQjCNGHmcl2pwJcXimb4kqjm07r50p0ag&sig2=Auo1z9BAgSIGyFPSVeMtaA>

(4) Plan de desarrollo del Municipio de Pereira - Risaralda. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 28 de marzo de 2013] Disponible en: http://portal.pereira.gov.co:7778/PUBLICADOR/PLAN_DESARROLLO/PLAN_DESARROLLO-F.pdf

(5) Ochoa V. LC. Adaptación – Las prácticas familiares clave para la salud y el desarrollo de los niños. Universidad Pontificia Bolivariana. [Internet] 2011. [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013] Disponible en:

http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030020020_MEDICINA/PGV2_M030020030_MEDIOS/LAS%2018%20PRACTICAS%20CLAVE%20NUEVO%20AIEPI%20COMUNITARIO.PDF

(6) Cerezo M. R. La importancia del Componente Neonatal en los Servicios de Salud y la Comunidad. Salud del Niño y del Adolescente – Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS - Presentación powerpoint - Diapositiva 15. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013] Disponible en:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.respyn.u>

anl.mx%2Fespeciales%2F2005%2Fee-11-2005%2Fdocumentos%2F50.pdf&ei=mTUWU4_0KofqkQeGt4HgDw&u sg=AFQjCNF3GaKTaBl1XRjDIPoXqerh93wfnQ

(7) Benguigui Y, Bossio JC y Fernández HR. Presentación libro: "Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades Transmisibles – Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) – OPS/OMS. Washington, DC, EE.UU. [Internet] Abril de 2001. [Fecha de acceso 18 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/aiempi-27-i.pdf>

(8) Paranhos Vania D, Pina Coelho J y Mello de Falleiros D. La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y el enfoque en los cuidadores: revisión integradora de la literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] Feb. 2011. [Fecha de acceso 18 de marzo de 2013]; 19(1): 203-211. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_27.pdf

(9) Cadena L y Carapaz M. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre AIEPI y su tratamiento en el Subcentro de Salud de la Parroquia Cristóbal Colón, Provincia del Carchi, durante el período noviembre 2009 a septiembre 2010. 2010 Tesis de pregrado de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ecuador. [Internet] 2010; [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/680/1/06%20ENF%20414%20TESIS.pdf>

(10) Carrasco Macas MA. Implementación de la estrategia AIEPI y sus 16 prácticas en salud dirigido a madres de niños/as menores de cinco años de la comunidad de Barbascal de la Provincia de Santa Elena, Noviembre 2010 – marzo 2011. Tesis de pregrado de Licenciatura en promoción y Cuidados de la Salud. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador. . [Internet] 2011; [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]; Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2045/1/104T0008.pdf>

(11) Naranjo G, Toapanta M y Yumbay D. Evaluación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) niños menores de cinco años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el período de noviembre del 2010 a marzo del 2011. Universidad estatal de Bolívar. Ecuador. [Internet] 2011. [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]; Disponible en:

<http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/430/1/TESIS%20FINAL.pdf>

(12) Londoño Franco A y Mejía López S. Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006 – 2007. Rev Gerenc Polit Salud. [Internet] Bogotá 2008; [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]; 7(15):77-90). Disponible en: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_15/estudios_2.pdf

(13) Parada Rico DA. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador de cinco años. Rev Ciencia y Cuidado [Internet] 2011; [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013]; 8(I):29-39). Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3853511.pdf&ei=O1IOU4qaJMKpsASsm4G4Aw&usg=AFQjCNGbWmoXjuFrYstOihbrR2mwg2DPow>

(14) Figueroa Pedraza D. Participación comunitaria y salud. Universidad Autónoma de Nuevo León. Rev. Facultad de salud pública y nutrición. [Internet] México, 2002. [Fecha de acceso 29 de marzo de 2014]; Vol. 3 No.2 Abril-Junio. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html

(15) Instituto de la UNESCO para la educación. Educación para la salud – Promoción y educación para la salud. Quinta Conferencia Internacional de Educación de las personas adultas (CONFINTEA V). [Internet] Hamburgo, Alemania. 1997. [Fecha de acceso 18 de diciembre de 2013]; Disponible: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf

(16) Sánchez Moreno A, Ramos Grací E y Maset Campos P. Educación para la salud. En: F. Martínez Navarro y cols. Salud Pública. Madrid, España. Mc Graw Hill Interamericana de España. 1998. p. 497-500

(17) Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. [Internet] Lima, Perú. 2005. [Fecha de acceso 25 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

(18) Melguizo Herrera E y Alzate Posada ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia y COLCIENCIAS. [Internet]. 2008. [Fecha de acceso 03 de marzo de 2011], av. enferm., XXVI (1):112-123.

Disponible en:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_12.pdf

(19) (n.d.). Comunicación en salud: Teorías, modelos y prácticas. [Internet]. (n.d.). [Fecha de acceso 28 de marzo de 2014]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf>

(20) Cabrera G, Tascón J y Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2001. [Fecha de acceso 03 de noviembre de 2011], 19(1): 91-101. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>

(21) Hill Z, Kirkwood B y Edmond K. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Unidad de Investigación de Intervención de Salud Pública Departamento de Epidemiología y Salud de la Población Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Organización Mundial de la Salud - Ginebra. Washington, D.C: OPS; 2005. p. vii a 1

(22) Colombia. Ministerio de la Protección Social y OPS. Capítulo "Prácticas clave a promover" - Guías dirigidas a diferentes actores sociales para su implementación y desarrollo del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Convenio 637/09 [CD-ROM]. Bogotá, DC: OPS Colombia; 2010. Bogotá, DC. Colombia. 2010.

(23) Alianza Regional AIEPI Comunitario - OPS/OMS, American Red Cross y United Nations Foundation -. AIEPI Comunitario: documentos de apoyo técnico para su implementación y desarrollo. (n.d.). Abril 2006.

(24) Wikipedia. [Internet]. Saneamiento ambiental. (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Saneamiento_ambiental

(25) Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 05 de abril de 2013] Disponible en:
<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/233.full>

(26) Lavado de manos hospitalario - Reseña Histórica. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en:
<http://jennyzulay.weebly.com/>

(27) Salaverry García O. Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal – Historia de la Salud Pública. Revista Perú Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3):512-7.

(28) Miranda M y Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev Chil Infect 2008; 25 (1): 54-57.

(29) Sunyer Cañellas T, Banqué Navarro M, Freixas Sala N y Barcenilla Gaité F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. Medicina Clínica, Volumen 131, Issuenull, Pages 56-59. [Internet] 2008. [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775308764625?via=sd&cc=> (y) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308764625>

(30) Condorchem envitech. Historia antigua del tratamiento de agua potable. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://blog.condorchem.com/historia-antigua-del-tratamiento-del-agua-potable/>

(31) Water treatment solutions Leentech. Historia desinfección del agua. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://www.lenntech.es/procesos/desinfeccion/historia/historia-desinfeccion-agua.htm>

(32) Etincelle 111. La Historia del reciclaje. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://bellabrigada.wordpress.com/2011/11/22/la-historia-del-reciclaje/>

(33) Ecologia blog. Historia del reciclaje. [Internet] 2013. [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://www.ecologiablog.com/post/10011/historia-del-rejiclae>

(34) Acemsa – Ceuta. Un poco de historia. España. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://www.acemsa.es/index.php/red-de-saneamiento/un-poco-de-historia>

(35) Wikipedia [Internet]. Reciclaje. (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Reciclaje> en 2013

- (36) Rodríguez Lucena YC. Infecciones respiratorias agudas altas en pacientes de 0 a 4 años de edad en la comunidad Divina Pastora. Enfermedades infecciosas, neumología, pediatría y neonatología. [Internet] 2011. [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2722/4/>
- (37) Wikipedia [Internet]. Infección respiratoria aguda. (n.d.). [Fecha de acceso 07 de agosto de 2013] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_respiratoria_aguda
- (38) Cerda Jaime y Valdivia G. John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Revista Chil Infect 2007; 24 (4): 331-334
- (39) Martínez Migulez M. Cómo hacer un buen proyecto de tesis con metodología cualitativa. [Internet]. (n.d.). [Fecha de acceso 03 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/proyectotesis.html>
- (40) Vasco CE. Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 1985. [Fecha de acceso 03 de noviembre de 2013] Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/177/TresEstilosdeTrabajo_1_.pdf
- (41) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Quinta edición. Editorial Mc Graw Hill. Perú. 2010.
- (42) Memorias módulo de investigación cualitativa - Maestría en Salud Pública II cohorte: Documento en proceso de construcción traducción del libro original en inglés producto de la línea de investigación en juventud doctorado en ciencias sociales niñez y juventud: Creswell John W. Qualitative inquiry and research design - Choosing among five traditions. Manizales 2011 diciembre 9 y 10. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Salud; 2011. p. 42
- (43) Murillo J. Teoría fundamentada o grounded theory. Facultad de Formación del Profesorado y Educación- Máster en Calidad y Mejora de la Educación - Métodos de Investigación. Universidad Autónoma de Madrid. (n.d.)

(44) Martínez Miguelez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. Paradigma, Maracay [Internet] 2006. v. 27, n. 2. [Fecha de acceso 06 de febrero de 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso el 05 de abril de 2013

(45) Ulin P, Robinson E y Tolley E. Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Family Health International – FHI y USAID. OPS/OMS. Washington, DC – USA. 2006. p. 51

(46) Colombia. Departamento Nacional de Planeación. De cero a siempre. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 03 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>

(47) Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF -. Preguntas frecuentes – Hogares. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 03 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Servicios/PreguntasFrecuentesNew/Hogares>

(48) Callejo María L y Vila A. Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria. Boletín de la Asociación Matemática Venezolana [Internet] 2003. [Fecha de acceso 08 de abril de 2014]; Vol. X, No. 2: 173-194. Disponible en: <http://www.emis.de/journals/BAMV/conten/vol10/mcallejo+vila.pdf>

(49) Reyes Rodríguez L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes – investigación educativa. Universidad pedagógica de Durango. [Internet] 2007. [Fecha de acceso 08 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf

(50) Berger P. y Luckmann T. Los fundamentos del conocimiento de la vida cotidiana- La construcción social de la realidad. Decimoséptima reimpresión. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina. 2001. p. 36 – 65

(51) Lalive D'Épinay C. La vida cotidiana: Construcción de un concepto sociológico y antropológico. Universidad de Concepción. Chile. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - Sistema de información científica. Sociedad Hoy. [Internet] 2008. 14: 9-31, 1ª Sem. 2008. [Fecha de acceso 16 de

diciembre de 2013] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/902/90215158002.pdf>

(52) Restrepo LC y Espinel Vallejo M. Semiología de las prácticas de salud. Pontificia Universidad Javeriana. Centro Editorial Javeriano. Bogotá, D.C. 1996

(53) (n.d.). Trabajo de psicología social II – La construcción social de la realidad. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 16 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Construccion-Social-De-La-Realidad/238346.html>

(54) Berger y Luckmann. Los fundamentos de la vida cotidiana. “La construcción social de la realidad”. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 16 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.um.es/tic/LECTURAS%20FCI-I/FCI-I%20Tema%205%20texto%20c%202.pdf>

(55) Morales R. FA. Alcance de las medicinas alternativas y su impacto en la familia. En: Jáuregui Reina CA y Suarez Chavarro P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad – enfoque de salud familiar. 2ª edición – 1ª reimpresión. Bogotá, D.C. Colombia: Editorial médica internacional Ltda. (Panamericana); 2008. p. 413 a 414

(56) Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Traducción autorizada por Doubleday & Company, Inc Nueva York. Amorrortu editores Buenos Aires, Argentina - 1959. [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 16 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://doctoradosociales.com.ar/wp-content/uploads/goffman-erving-la-presentacion-de-la-persona-en-la-vida-cotidiana2.pdf>

(57) Instituto de Estudios Peruanos - IEP. Los fundamentos de la vida cotidiana - Módulo: Aproximaciones teóricas, nociones de prácticas y representaciones Sesión 1, Lectura Nº 2. Taller Interactivo: Prácticas y Representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en el Perú -. Lima, Perú. [Internet] 2002. [Fecha de acceso 16 de diciembre de 2013] Disponible en:
<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/berger.pdf>

(58) Villegas MM y González FE. La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. Centro de Investigaciones Educativas Paradigma Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Venezuela. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad. [Internet] 2011. Vol. 10, No. 2. [Fecha de acceso 12 de diciembre de 2013] Disponible en:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/147/175#>

(59) Hernández Tezoquipa I, Arenas Monreal ML y Valde SR. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor., México Revista de salud pública. [Internet] 2001. 35(5):443-50. [Fecha de acceso 16 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6582.pdf>

(60) Worchel S, Cooper J., Goethals GR y Olson J. Psicología Social. Madrid: Thomson Editores Parainfo. 2002

(61) (n.d.) Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975) [Internet] (n.d.). [Fecha de acceso 08 de abril de 2014]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y>

13. ANEXOS

13.1 Formato consentimiento informado¹

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) cuidador(a):

Como parte del requisito para obtención a título de en el programa de Maestría en Salud Pública II Cohorte de la Universidad Autónoma de Manizales, se está realizando un estudio con el objetivo de: *Comprender el significado de las prácticas de saneamiento básico e identificación de signos de alarma por parte de cuidadores de menores de cinco años de la comuna Villa Santana - Pereira en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el año 2013.*

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en la realización de una entrevista mediante la aplicación de una guía de preguntas que le tomará aproximadamente una hora. Usted puede contestar solamente las preguntas que así desee.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en julio de 2013 si así desea solicitarlos. Cualquier inquietud sobre esta investigación será atendida por el entrevistador.

He leído el procedimiento descrito arriba. El entrevistador(a) me ha explicado la investigación y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los investigadores John Jairo Ocampo Rincón y Gloria Constanza Peralta Castaño sobre *significado de prácticas comunitarias en salud en el marco de la estrategia AIEPI. Pereira 2013.* He recibido copia de este procedimiento.

Nombre y apellido participante

Firma del participante

Lugar y fecha (d/m/a): _____

¹ Adaptación del documento hallado en internet el 26 de marzo de 2013 en: http://www.pucpr.edu/vpaa/Junta_Revision_Institucional/EJEMPLOS_CONSENTIMIENTO_INFORMADO.pdf

13.2 Protocolo de entrevista²

13.2.1 Planeación entrevista

A continuación se presentan los pasos en su orden a tener en cuenta para el desarrollo de la entrevista:

- Identificar el participante: Persona seleccionada a entrevistar (cuidadores menores de cinco años Comunidad Villa Santana - componente comunitario estrategia AIEPI)
- Contactar al participante: Presentación, incentivación para participación, concertar cita para entrevista
- Confirmación de cita entrevista: Un día antes
- Ser puntual en la cita
- Tener disponible guía de entrevista, y el formato de consentimiento para entrevista
- Vestido sport, poco llamativo
- Grabación de voz de la entrevista: verificar que se está grabando durante la entrevista, y disponer de pilas recargadas de repuesto disponibles

13.2.2 Entrevista

13.2.2.1 Al inicio:

- Colocar en silencio y apagar el celular
- Presentación e introducción entrevista
- Entregar para lectura y firma el formato de consentimiento para entrevista
- Solicitar autorización para hacer grabación de voz
- Mantener presentes las categorías de análisis

13.2.2.2 En el desarrollo:

² Esquema elaborado con base en la revisión documental sobre investigación cualitativa - libro: Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Piedad. Metodología de la investigación. Quinta edición. Editorial Mc Graw Hill. Perú. 2010. Pág. 394 a 470

- Escuchar activamente y promover el dialogo
- Ser respetuoso, evitar la crítica
- Discreción en la grabación
- Demostrar aprecio por las respuestas
- Promover el diálogo, teniendo en cuenta: Qué se conoce o sabe?; Cómo se hace?; y Qué tan importante es?

13.2.2.3 Al final:

- Preguntar al entrevistado si quiere agregar algo más o si tiene alguna inquietud
- Agradecer

13.2.3 Guía de entrevista

Encabezado

No. Entrevista: ____

Fecha (d/m/a) _____

Hora: __ am __ pm

Sitio de entrevista: _____

Nombre y apellido entrevistador: _____

Datos del entrevistado

Nombre y apellido: _____

Edad: ____

Género: H____ M____

Número de capacitaciones recibidas en los últimos 5 años: ____

Número de niños menores de cinco años a cargo ____

Introducción

5 minutos

Hace varios años se ha brindado información sobre el cuidado de la salud de los niños menores de 5 años orientada a disminuir la presencia de enfermedades, se quiere conversar sobre éste tema con el propósito de conocer las ideas y experiencias que tiene sobre el lavado de manos, el consumo de agua, el manejo de basuras, y la manera de identificar las señales de alarma en casa que requieren que los menores sean llevados a buscar el médico.

Todas las respuestas son válidas, no hay correctas ni incorrectas.

13.2.4 Contenidos del componente de AIEPI Comunitario Colombia, practicas No. 6 y 16 a tener en cuenta y verificar durante la entrevista

Revisar paralelamente lo desarrollado en el numeral 10.1.3

Ilustración 8 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – abastecimiento de agua y mantener la calidad de los alimentos⁽¹⁾

Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI

Práctica 6: Saneamiento básico

Mensaje clave:

A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura.
Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.

Mensajes de apoyo:

- Las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas. Estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niños y pueden causarles la muerte.
- ☑ **Abastecimiento de agua:**
Las familias deben:
 - Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan.
 - No permitir bañarse, lavar, ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de diez metros de la fuente.
 - Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas.
 - Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; estos se deben vaciar y enjuagar todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.
 - Si hay alguien de la familia que cuenta con la facilidad de hervir el agua, ésta debe someterse durante cinco minutos.
- ☑ **Mantener la calidad de los alimentos:**
 - No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente.
 - Lavar las manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos.
 - Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
 - Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.
 - Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados.
 - Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y los utensilios potencialmente contaminados.
 - Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.



Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

Ilustración 9 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – lavado de manos⁽¹⁾



Guía para referentes y coordinadores locales



Lavado de manos

Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar sus heces, antes de manipular los alimentos y antes de comer. El lavado de manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, además de suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.

- **Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces:** Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. Las heces de los niños pequeños deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas.
- Se deben mantener **LAS LETRINAS O BAÑOS LIMPIOS:** limpiar con agua y jabón todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa. Si no hay letrinas, hay que hacer las necesidades en un hueco, lejos de la casa y cubrir con tierra las heces y el papel usado.
- **LA BASURA** debe mantenerse **FUERA DE LA CASA** y enterrarla lejos si no hay servicio municipal de recogida.

Si el niño tiene diarrea o deshidratación, se debe llevar al establecimiento de salud

Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

Ilustración 10 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticos No. 16: Signos de peligro⁽¹⁾



Para buscar atención fuera del hogar

Práctica 16: Identificar signos de peligro

Mensaje clave:

Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.

Mensajes de apoyo:

- Hay enfermedades que necesitan **ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR** para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por **SEÑALES DE PELIGRO**, que es necesario reconocer para saber cuándo **BUSCAR AYUDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE NEUMONÍA:** el niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE DESHIDRATACIÓN:** Si el niño tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañadas de vómitos, llora sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos, no mama o no quiere comer, no se mueve normalmente y no se despierta.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE ENFERMEDAD FEBRIL:** el niño está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE MUERTE:** Si el niño no quiere mamar, no se quiere despertar, le dan "ataques" o convulsiones, vomita todo lo que come, respira agitado y con ruidos y tiene alguna señal de deshidratación se debe llevar urgentemente al establecimiento de salud. Si es un recién nacido, además de los anteriores se debe observar si el bebé tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.



Cuando aparece cualquiera de estas señales de peligro, se debe llevar rápidamente a el niño enfermo al establecimiento de salud

Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

13.3 Protocolo de reunión de grupo focal

13.3.1 Planeación de reunión de grupo focal

A continuación se presentan los pasos en su orden a tener en cuenta para el desarrollo del grupo focal:

- Identificar el moderador, observador y seis (6) participantes
- Identificar los participantes y número de grupo: Para el desarrollo del proyecto se realizó una sesión con seis (6) personas seleccionadas de las diez y ocho (18) entrevistadas para participar en el grupo focal (cuidadores menores de cinco años Comunidad Villa Santana - componente comunitario estrategia AIEPI)
- Contactar a los participantes: Presentación, incentivación para participación, concertar cita para participar en reunión de grupo focal
- Confirmación de cita grupo focal: Un día antes
- Ser puntual en la cita
- Tener disponible guía de preguntas para grupo focal y formato de consentimiento informado
- Vestido sport, poco llamativo
- Grabación de voz del desarrollo de la reunión de grupo focal: verificar que se está grabando durante la reunión grupo focal, y disponer de pilas recargadas de repuesto disponibles
- Disponer de agenda para reunión:

Agenda reunión grupo focal

4:45 pm Revisar el sitio de trabajo (vivienda de cuidadora)
Verificar equipo de grabación
5:00 pm Recibir a los participantes
5:10 pm Iniciar reunión de grupo focal
7:00 pm Concluir reunión grupo focal

13.3.2 Reunión de Grupo focal

13.3.2.1 Al inicio:

- Colocar en silencio y apagar el celular
- Presentación e introducción reunión grupo focal
- Mencionar el carácter de confidencialidad de lo hablado en la reunión del grupo focal
- Solicitar autorización para hacer grabación de voz
- Mantener presentes las categorías de análisis

13.3.2.2 En el desarrollo:

- Escuchar activamente y promover el dialogo
- Ser respetuoso, evitar la crítica
- Discreción en la grabación
- Demostrar aprecio por las respuestas
- Promover el diálogo, teniendo en cuenta: Qué se conoce o sabe?; Cómo se hace?; y Qué tan importante es?

13.3.2.3 Al final:

- Preguntar a los participantes si quieren agregar algo más o si tiene alguna inquietud
- Agradecer

13.3.3 Guía de reunión de grupo focal

Encabezado

No. Reunión grupo focal: ____

Fecha (d/m/a) _____

Hora: __ am __ pm

Sitio de reunión grupo focal: _____

Datos de los participantes en reunión de grupo focal

Nombre y apellido moderador: _____ Género: H_ M
_

Nombre y apellido observador: _____ Género: H_ M _
—

Nombres y apellidos participantes:

_____ Género: H_ M _

Introducción

5 minutos

Hace varios años se ha brindado información sobre el cuidado de la salud de los niños menores de 5 años orientada a disminuir la presencia de enfermedades, se quiere conversar sobre éste tema con el propósito de conocer las ideas y experiencias que tiene sobre el lavado de manos, el consumo de agua, el manejo de basuras, y la manera de identificar las señales de alarma en casa que requieren que los menores sean llevados a buscar el médico.

Todas las respuestas son válidas, no hay correctas ni incorrectas.

13.3.4 Contenidos del componente de AIEPI Comunitario Colombia, practicas No. 6 y 16 a tener en cuenta y verificar durante el grupo focal

Revisar paralelamente lo desarrollado en el numeral 10.2.3

Ilustración 11 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – abastecimiento de agua y mantener la calidad de los alimentos⁽¹⁾

Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI

Práctica 6: Saneamiento básico

Mensaje clave:

A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura.
Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.

Mensajes de apoyo:

- Las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas. Estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niños y pueden causarles la muerte.

Abastecimiento de agua:

Las familias deben:

- Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan.
- No permitir bañarse, lavar, ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de diez metros de la fuente.
- Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas.
- Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; estos se deben vaciar y enjuagar todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.
- Si hay alguien de la familia que cuenta con la facilidad de hervir el agua, ésta debe someterse durante cinco minutos.



Mantener la calidad de los alimentos:

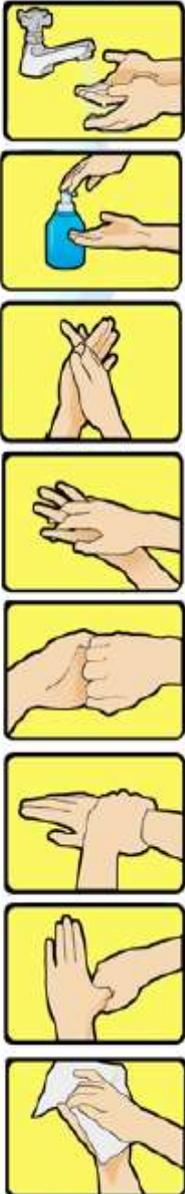
- No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente.
- Lavar las manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos.
- Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
- Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.
- Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados.
- Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y los utensilios potencialmente contaminados.
- Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.

Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

Ilustración 12 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 6: Saneamiento Básico – lavado de manos⁽¹⁾

Guía para referentes y coordinadores locales



Lavado de manos

Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar sus heces, antes de manipular los alimentos y antes de comer. El lavado de manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, además de suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.

- **Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces:** Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. Las heces de los niños pequeños deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas.
- Se deben mantener **LAS LETRINAS O BAÑOS LIMPIOS:** limpiar con agua y jabón todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa. Si no hay letrinas, hay que hacer las necesidades en un hueco, lejos de la casa y cubrir con tierra las heces y el papel usado.
- **LA BASURA** debe mantenerse **FUERA DE LA CASA** y enterrarla lejos si no hay servicio municipal de recogida.

Si el niño tiene diarrea o deshidratación, se debe llevar al establecimiento de salud

Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

Ilustración 13 Guías de prácticas clave para actores sociales – Componente comunitario estrategia AIEPI – Colombia, 2010. Contenidos prácticas No. 16: Signos de peligro⁽¹⁾

Para buscar atención fuera del hogar

Práctica 16: Identificar signos de peligro

Mensaje clave:

Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.

Mensajes de apoyo:

- Hay enfermedades que necesitan **ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR** para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por **SEÑALES DE PELIGRO**, que es necesario reconocer para saber cuándo **BUSCAR AYUDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE NEUMONÍA:** el niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE DESHIDRATACIÓN:** Si el niño tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañadas de vómitos, llora sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos, no mama o no quiere comer, no se mueve normalmente y no se despierta.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE ENFERMEDAD FEBRIL:** el niño está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel.
- **SEÑALES DE PELIGRO DE MUERTE:** Si el niño no quiere mamar, no se quiere despertar, le dan "ataques" o convulsiones, vomita todo lo que come, respira agitado y con ruidos y tiene alguna señal de deshidratación se debe llevar urgentemente al establecimiento de salud. Si es un recién nacido, además de los anteriores se debe observar si el bebé tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.



Cuando aparece cualquiera de estas señales de peligro, se debe llevar rápidamente a el niño enfermo al establecimiento de salud

Fuente: Transcripción - Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI - Guías de prácticas clave para actores sociales. Convenio 637/10 Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS. Bogotá, DC. Colombia. 2010

13.4 Guía de observación

Encabezado

No. Guía de observación: _____ No. Entrevista _____

Fecha (d/m/a) _____

Hora: ___ am ___ pm

GUÍA DE OBSERVACIÓN

**Grupo Prevención de enfermedades - Práctica 6:
Saneamiento básico - prácticas adecuadas de higiene
(lavado de manos y disposición de basuras)**

Elemento observado	Si	No	Observación
Lavado de manos			
Ambiente limpio y ordenado			

13.5 Presupuesto

13.5.1 Presupuesto global

Tabla 6 Presupuesto global

PRESUPUESTO GLOBAL	
Rubros	Valor (\$)
Personal	\$ 85.120.000
Materiales, suministros y bibliografía	\$ 13.948.000
Viajes desarrollo proyecto	\$ 242.000
Salidas de campo	\$ 104.000
Total	\$ 99.414.000

13.5.2 Descripción de los gastos de personal

Tabla 7 Presupuesto: Descripción de los gastos de personal

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL				
Investigador / experto / auxiliar	Formación académica	Dedicación	Valor Unidad (\$)	Total (\$)
Tutor	Profesional en salud con experiencia en investigación	Tiempo parcial 15 meses	\$ 28.000.000	\$ 28.000.000
Investigadores principales				
John Jairo Ocampo Rincón	Médico, especialista en epidemiología	Tiempo parcial 15 meses	\$ 24.000.000	\$ 24.000.000
Constanza Peralta Castaño	Odontóloga, especialista en gerencia	Tiempo parcial 15 meses	\$ 28.000.000	\$ 28.000.000
Coinvestigadores	No Aplica	No Aplica		
Auxiliar de trabajo de campo	Profesional con experiencia en aplicación de instrumentos de investigación (encuestas, grupo focal, guía de observación)	Tiempo parcial 3 meses	\$ 1.320.000	\$ 1.320.000
Apoyo técnico - transcripción de datos	Experto en transcripción de datos	Tiempo parcial 3 meses	\$ 2.200.000	\$ 2.200.000
Apoyo técnico - asesoría elaboración de artículo, revisión de estilo y traducción item de resumen al inglés y portugues	Investigadores con experiencia en publicaciones	Tiempo parcial 3 semanas	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000
Total				\$ 85.120.000

13.5.3 Materiales, insumos y bibliografía

Tabla 8 Presupuesto: Materiales, suministros, bibliografía

MATERIALES, SUMINISTROS, BIBLIOGRAFÍA			
Materiales	Cantidad	Valor Unidad (\$)	Total (\$)
Fotocopias	600	\$ 100	\$ 60.000
Hojas digitadas	1500	\$ 2.000	\$ 3.000.000
Uso computador (horas)	5000	\$ 1.000	\$ 5.000.000
Uso Internet (horas)	5000	\$ 1.000	\$ 5.000.000
Empastados			
Argollados			
Papelería y útiles de oficina (incluye entre otros: tinta impresora, celular, edición e insumos formatos entrega versión final)	1	\$ 450.000	\$ 450.000
Discos compactos	10	\$ 800	\$ 8.000
Grabadora	1	\$ 150.000	\$ 150.000
Pilas recargables y cargador	1	\$ 80.000	\$ 80.000
Imprevistos	1	\$ 200.000	\$ 200.000
Total			\$ 13.948.000

13.5.4 Descripción y justificación de los viajes

Tabla 9 Presupuesto: Descripción y justificación de viajes

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES				
Lugar / No. de viajes	Justificación	Pasajes (\$)	Estadía (\$)	Total (\$)
Traslado Manizales Pereira Manizales	Desarrollo del proyecto	\$ 242.000	\$ -	\$ 242.000
Total		\$ 242.000	\$ -	\$ 242.000

13.5.5 Salidas de campo

Tabla 10 Presupuesto: Salidas de campo

SALIDAS DE CAMPO				
Aspecto	Valor unitario (\$)	Cantidad	Proyectos	Total (\$)
Traslado a la zona - obtención de información	\$ 4.000	26	1	\$ 104.000
Total				\$ 104.000

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores agradecen la orientación en el desarrollo de la investigación a su asesora de tesis Dra. Dora Cardona Rivas, Doctorado en Ciencias Sociales Niñez y Juventud, docente de la Universidad Autónoma de Manizales, a las cuidadoras de los niños menores de cinco años que voluntariamente participaron, y a todas las personas que han contribuido con sus diversos aportes al desarrollo del estudio.