

**CONSULTA GRUPAL PEDIÁTRICA: UN MODELO DE
INTERACCIÓN EDUCATIVA EN ENFERMEDAD DIARREICA
AGUDA DESDE EL SENTIDO DE LAS MADRES Y CUIDADORES**

TRABAJO DE TESIS DE POSGRADO EN PEDIATRIA

AUTOR PRINCIPAL

Tatiana Velandia Bueno

TUTOR

Olga Patricia Torrado Cote

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA - POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**

Chía, Colombia

Doy gracias a Dios por permitirme ser un instrumento de su Voluntad y dirigir a mi tutura, padres y demás personas que contribuyeron en el desarrollo de este proyecto

Tabla de contenido

Resumen	4
Problema	5
Justificación	7
Pregunda de investigación	10
Objetivo General	10
Objetivos especificos	10
Revision de la literatura y marco teórico	11
Metodologia	25
a. Tipo de diseño	25
b. Validez resultados	25
c. Fases del estudio	26
- Fase 1	26
- Fase 2	28
- Fase 3	30
- Fase 4	32
-Fase 5	32
Consideraciones Éticas	33
Resultados	34
Discusión	60
Conclusiones	66
Recomendaciones.....	68
Referencias Bibliograficas	69

CONSULTA GRUPAL PEDIÁTRICA: UN MODELO DE INTERACCIÓN EDUCATIVA EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DESDE EL SENTIDO DE LAS MADRES Y CUIDADORES

Resumen:

Objetivo: Identificar los elementos transformadores en los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en los factores determinantes de Enfermedad Diarreica Aguda en las madres o cuidadores de niños menores de 2 años de un área rural vulnerable posterior a la aplicación de un modelo de interacción educativa dentro de una consulta grupal pediátrica.

Metodología: Entre los años 2008 y 2009 se realizó en Guatavita una investigación cualitativa tipo investigación acción, identificando las veredas más vulnerables, por medio de entrevistas semiestructuras a funcionarios del hospital que conocían la población. Posteriormente se seleccionaron las familias de estas veredas que vivieran con niños menores de 2 años, a cuyos cuidadores se les realizó una entrevista estructurada de actitudes, creencias y prácticas, tomada del estudio de la OMS sobre prácticas saludables, adaptada a los factores predisponentes de enfermedad diarreica aguda, para realizar una caracterización de la población. A los participantes seleccionados se les implementó una consulta grupal pediátrica participativa en dos tiempos, el inicial, en donde a través de grupos focales, se exploraron percepciones y conceptos en relación a los determinantes de enfermedad diarreica aguda, y seis meses después en una segunda consulta, se exploraron los mismos aspectos, además de una evaluación a través de la percepción personal de la consulta grupal.

Resultados: Se encontraron diferentes elementos transformadores que influyen de manera positiva en el proceso de comunicación médico paciente.

Conclusiones: Esta forma de interacción educativa va más allá del dar conocimiento, generando elementos transformadores en la relación médico paciente; destacando la comunicación asertiva dentro este modelo.

Palabras clave: Consulta grupal pediátrica participativa, modelo de interacción educativa, comunicación asertiva

Abstract:

Objective: Identify the elements of transformation in the knowledge, attitudes and practices that influence the determinants of acute diarrheal disease in the mothers or caregivers of children under 2 years of a vulnerable rural area after application of a model of educational interaction within group of pediatric consultation.

Methods: Between 2008 and 2009 was conducted in Guatavita a qualitative, action research, identifying the most vulnerable villages. Then we selected the families of these villages to live with children under 2 years whose caregivers underwent a structured interview of attitudes, beliefs and practices, taken from the WHO study on healthy practices, adapted to the predisposing factors of disease acute diarrhea, for a characterization of the population. The participants selected are pediatric group implemented a participatory consultation in two stages, initial, where through focus groups, perceptions and concepts explored in relation to the determinants of acute diarrheal disease, and six months later in a second consultation , explored the same issues, plus an assessment through the personal perception of the consultation group.

Results: There were different elements of transformation that will positively affect the physician-patient communication process.

Conclusions: This form of educational interaction goes beyond the knowledge to generating elements of transformation in the doctor patient relationship, emphasizing assertive communication within this model.

Keywords: pediatric group Search participatory model of educational interaction, assertive communication

Problema

En Colombia la Enfermedad Diarreica es una de las causas más frecuentes de mortalidad en menores de cinco años; afecta el estado nutricional y genera asistencia frecuente a los servicios de salud especialmente en las comunidades rurales por desconocimiento de prácticas protectoras, manejo domiciliario de la enfermedad y reconocimiento oportuno de los signos de alarma.

La consulta médica pediátrica tradicional frecuentemente se ve afectada por el proceso de comunicación médico paciente el cual se desarrolla de manera unidireccional; en donde generalmente se ejerce un modelo de poder absoluto sobre el paciente, disminuyendo la capacidad explicativa para resolver problemas de la enfermedad, así como también resistencia de los pacientes ante el poder médico(1). Adicionalmente que en el actual régimen de seguridad social el tiempo de consulta está muy limitado, lo cual puede ser una de las causas de las barreras en relación al entendimiento y difusión de las explicaciones médicas, (2,3) como también la limitación de indagar acerca de los conocimientos, actitudes, y prácticas de diferentes patrones culturales relacionadas con el proceso de salud enfermedad, lo que puede redundar en el manejo para la prevención y/o tratamiento de la patología. Lo anterior se ve reflejado en el pobre reforzamiento de prácticas protectoras de la salud del niño, desconocimiento de los signos de alarma y manejo oportuno de la enfermedad en casa, evidenciado en la persistencia y complicaciones de enfermedades prevalentes como es el caso de la diarrea, la cual puede ser disminuida con intervenciones reforzando prácticas como la lactancia materna

exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, los hábitos higiénicos adecuados, como el lavado de manos, manejo apropiado de basuras y la conservación adecuada de los alimentos (4-6) entre otros, además modificando aquellos hábitos que pueden ser elementos de riesgo.

Para el presente estudio se ha trabajado en el municipio de Guatavita (Cundinamarca), en donde se encuentra la disposición de la Empresa Social del Estado Hospital, San Antonio de Guatavita para desarrollar el modelo de consulta grupal pediátrica participativa, y así poder evaluar los elementos transformadores en los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en los factores determinantes de Enfermedad Diarreica Aguda en los cuidadores de niños menores de 2 años de un área rural vulnerable posterior a una interacción educativa a través de este modelo.

Justificación

A nivel mundial la enfermedad diarreica es la segunda causa de mortalidad en niños menores de 5 años con un 16% de prevalencia en el 2004, excluyendo las causas perinatales. Igualmente en la región de las Américas ocupa el mismo lugar con 27.835 casos para el mismo año.(7)

En Colombia la enfermedad diarreica aguda es la cuarta causa de mortalidad infantil en menores de 1 año de edad con 666 casos y la segunda causa con 297 casos en niños de 1 a 4 años de edad para el año 2002 según estadísticas del DANE (8). Igualmente en los municipios con predominio del área rural, es una de las principales causas de consulta médica. Estas cifras son producto de una estrategia en educación inadecuadas que produce falta de adhesión a las recomendaciones suministradas (1), poca aplicación de las prácticas protectoras de enfermedad e incluso muerte por el desconocimiento de los signos de alarma, como se estableció en el estudio realizado en Antioquia sobre las características del proceso enfermedad-atención-muerte en niños con diarrea , en donde el 91% de los niños que murieron por diarrea habían consultado previamente a una institución de salud(3).

En Guatavita (Cundinamarca) de acuerdo al perfil epidemiológico realizado por la oficina de Desarrollo Social del 2006 esta enfermedad fue la cuarta causa de consulta externa en niños menores de un año y la primera en niños de 1 a 4 años de edad, con una tasa de 5,47% y 9, 32% para cada uno de los grupos mencionados, mientras que por el servicio de urgencias esta enfermedad ocupó el

segundo lugar en menores de un año y el primer lugar en niños de 1 a 4 años de edad , con una tasa de 5,66% y 9,15% respectivamente(9). Pese a los registros establecidos por el PAB para el 2005 respecto a las condiciones de acueducto y alcantarillado en Guatavita, siguen existiendo sub registros en relación a los conocimientos, actitudes y práctica que puedan evidenciar el grado de vulnerabilidad social.

Se requiere implementar una estrategia en educación en salud que contemple una perspectiva participativa de las personas involucradas en ella, y además crítica, que facilite al pediatra conocer las actitudes, creencias y prácticas de las madres o cuidadores de los niños que participan en el cuidado de la salud de los niños, cuyo modelo más representativo lo constituya la Educación Popular, referido al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores desde su práctica cotidiana, utilizando como instrumento pedagógico la investigación participativa(10). La aplicación de este tipo estrategia educativa en salud trae como beneficios el entendimiento a profundidad de los conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado de la salud del niño y en los factores de riesgo y protectores para ciertas enfermedades prevalentes como la enfermedad diarreica aguda, ayudando a detectar, a través de la intervención de la comunidad, los problemas prioritarios en salud en este caso infantil, con la subsecuente generación de alternativas de solución dentro de un contexto social.

La población beneficiaria de este proyecto son las familias y los niños de la comunidad de Guatavita, la institución hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio Guatavita en su personal de salud y administrativo por ser costo efectivo, y el grupo académico en pregrado y posgrado de la facultad de Medicina en el Área

de Pediatría de La Universidad de La Sabana, al generar un aporte novedoso al conocimiento en investigación en Pediatría Social en atención primaria.

Pregunta

¿La consulta grupal pediátrica participativa como modelo educativo de atención primaria, contribuye a mejorar la comunicación entre el pediatra y las madres o cuidadores, evidenciado en la comprensión de sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación al reforzamiento de los factores determinantes positivos en enfermedad diarreica aguda de niños menores de dos años?

Objetivo general

- Identificar los elementos transformadores en relación a conductas, comunicación y conceptos en factores determinantes de enfermedad diarreica aguda posterior a la aplicación de un modelo de interacción educativa a través de la consulta grupal pediátrica en las madres o cuidadores de niños menores de 2 años de un área rural vulnerable.

Objetivos específicos

- Realizar una caracterización de los conocimientos, actitudes y prácticas en la población participante sobre determinantes de enfermedad diarreica aguda en las zonas de vulnerabilidad.
- Explorar las percepciones y conceptos en relación a los factores determinantes de enfermedad diarreica aguda en el modelo de consulta grupal.
- Establecer la satisfacción en relación a las ventajas o inconformidades que los participantes perciban del modelo de consulta grupal

Marco teórico

El concepto de salud (y por tanto enfermedad, salud pública y medicina) ha tenido una evolución dentro de un contexto histórico, social y cultural. Inicialmente el pensamiento mágico religioso atribuía a la enfermedad como un castigo divino, siendo los chamanes o curanderos las personas capaces del restablecimiento de la salud a través de conjuros y la terapia a base del aislamiento del enfermo, al perder su valor social por no poder ser parte productiva para el soporte del grupo.

Durante la civilización griega aún predominaba el pensamiento religioso, siendo la enfermedad una consecuencia del mal comportamiento humano, aunque para esta época Hipócrates ya señalaba que "las causas de las enfermedades no tenían ningún origen divino, sino que eran manifestaciones de cambios ocurridos en el interior del organismo como consecuencia de su interacción con el medio que lo rodea". Su doctrina se soportaba en la relación del ambiente y las condiciones de vida de las poblaciones con la generación de un determinado estado de salud, de allí que la atención a la salud, tenía altas dosis de aspectos preventivos. Su teoría fue considerada como una herejía ya que se oponía a las concepciones religiosas del momento.

Pese a esto existieron escuelas en donde se empezaron a preparar médicos a la manera de aprendices artesanos, y así esta práctica de la medicina, aunque dominada por el empirismo y la superstición, alcanzó un nivel alto de conocimiento. Con la civilización egipcia y mesopotámica se desarrolló el primer cambio

conceptual, pasando de lo mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública.

Con el imperio romano, las campañas militares llevan a la creación de un servicio médico organizado a través de especies de sanatorios u hospitales militares provisionales. Además, Roma aplicó sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, con la construcción de grandes acueductos para el manejo de aguas y para alejar las sustancias de desecho.

En la Edad Media, la evolución de la medicina se dio en dos vertientes: la religiosa, que retrasó el progreso de las ciencias, persistiendo el concepto de salud como ausencia de enfermedad, y la medicina árabe. Con la primera aparecen las escuelas monásticas, en donde se enseñaba la medicina hipocrática, y en donde elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud se ha mantenido hasta hace algunas décadas. Con la segunda vertiente, la medicina árabe, se contribuyó en gran medida a la farmacología.

Durante la época del renacimiento el campo de la promoción de la salud tiene una importante manifestación, introduciéndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de salud. Los cambios conceptuales de esta época influyeron definitivamente en la concepción del proceso salud enfermedad, expresándolo como un proceso mecánico y a la enfermedad como un trastorno del mismo, basado en la teoría propuesta por Descartes. Igualmente por ésta misma época apareció el Vitalismo o Animismo, propuesta por Paracelso, en donde el

hombre no era una máquina, sino un ser viviente, y la enfermedad era consecuencia de la alteración anormal de dichas fuerzas vitales.

En el siglo XVII, caracterizado por un fuerte desarrollo en las ciencias exactas, permitió la conceptualización del proceso Salud-Enfermedad como un evento susceptible de ser medido, naciendo el concepto de probabilidad de ocurrencia de una enfermedad.

Durante el siglo XIX, con el desarrollo de la microbiología y el descubrimiento de agentes microscópicos, a quienes se les atribuyó toda la responsabilidad como causa de enfermedad, y con la toxicología la cual mostraría que las causas externas pueden no solo ser microbianas sino también físicas y químicas, se generó la tesis de la monocausalidad de las enfermedades, las cuales basados en la tradicional clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas, según fueran producida por el ambiente o por el estilo de vida de las personas, condujo al enfoque de los servicios hacia dos tipos de prácticas preventivas históricamente importantes: La Higiene Pública y la Higiene Privada. La primera implicaba el control del ambiente humano mediante campañas de Salud Pública y la segunda implicaba la educación personal y la urbanidad para evitar excesos que pudieran conducir a la enfermedad.

El cambio conceptual más relevante se realizó en 1946, cuando La Organización Mundial de la salud en su Carta Magna define la salud como “Completo estado de bienestar físico, psíquico y social”. A partir de ese momento son muchas las definiciones se han desarrollado sobre el concepto de salud,

encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el hombre. (11,12)

En la actualidad, a pesar de toda la evolución generada en torno al concepto de salud, este concepto dentro de la población difiere significativamente.

Según los resultados del Instituto Distrital de Cultura y Turismo (1997) en una investigación realizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los habitantes de Bogotá, la mayoría de madres consideran que la salud de sus hijos es buena ya que no se enferman o se enferman muy poco, producto de la buena alimentación que reciben. Esto indica que para ellas, el concepto inicial primitivo de salud manifestado como la ausencia de enfermedad sigue persistiendo, ligado “al buen comer” o a la creencia popular de que “si come de todo es porque está alentado”(13).

La asistencia a la consulta médica está mediada por un proceso en el que interviene la percepción individual, la interpretación de síntomas y las características de los sistemas de salud (14). Dentro de las condiciones que predisponen a la utilización de los servicios de salud se encuentra la relación médico paciente (15,16) en donde la comunicación asertiva se convierte en uno de los pilares básicos para asegurar esta relación, como comunicación humana respetuosa de los valores y derechos de la otra persona, permitiendo a los profesionales contribuir a la generación de confianza con la comunidad, basada en el reconocimiento mutuo de profesionales y comunidad.

La asertividad se aprende y enseñarla es una prioridad en la formación médica.(17) 'desafortunadamente esta característica no es cumplida dentro de la consulta médica tradicional. Esto se demuestra en el estudio hecho en México en el cual se realizó unas entrevistas a profundidad a varias mujeres que asistían a un servicio de salud, y quienes consideraban que "Su malestar no era suficientemente atendido, ni recibían la información necesaria para su cuidado. Al no encontrar la respuesta que ellas esperaban en los servicios de salud, buscaban sus propios caminos como la autorregulación de tratamientos y la automedicación".(2)

Otro ejemplo de este problema de comunicación entre médico y paciente es el que se observa en el estudio realizado en Antioquia acerca del proceso salud-atención-muerte, en donde el 91 % de niños que habían consultado a una institución de salud por diarrea murieron en sus hogares debido a que no entendieron las indicaciones ni los signos de alarma suministrados por el personal de donde habían consultado.(3) De esta manera podemos afirmar que el proceso de comunicación en salud es una herramienta importante para generar cambios en actitudes en las personas o grupos al ser considerados como un espacio generador de conductas y comportamientos.(18)

La comunicación ha tenido unas fases de evolución al igual que el concepto de salud, siendo actualmente entendida como un proceso individual y social, fundamentalmente humano, en el que se ponen la exposición en común las ideas, los pensamientos, las exigencias, emociones, historias, sentimientos, necesidades, con lo cual es posible la construcción colectiva de sentido. Dentro de ella se incluye la

transmisión de información, los procesos de recepción, la acción de diálogo y la mediación de esferas de poder.(18,19)

Cuando este concepto empezó a utilizarse en el área de la salud en la década de los ochenta, fue inicialmente considerado como un medio pasivo de comunicación, cuyo objetivo era impartir conocimiento, difundiendo mensajes en los medios masivos de comunicación. A finales de esa década estuvo dirigida a contribuir en el campo de la salud pública.

Posteriormente en los noventa, se posicionó la comunicación en salud como una disciplina social para la formación básica de las personas, familias y comunidades (20) para luego considerarse como herramienta importante para generar un cambio de actitudes y de prácticas en las personas y los grupos. Esto posicionó a la comunicación dentro del campo de la salud como herramienta activa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como instrumento social que promueve el cambio de comportamientos y actitudes, y como un proceso social que busca la presencia y la participación individual y colectiva a través de la construcción de ambientes saludables.(21) La comunicación es un espacio emergente de construcción que busca empoderar a la persona y a la comunidad de su proceso salud-enfermedad.

La comunicación dentro del ámbito de la salud se encuentra incluido dentro de un marco de mayor complejidad: la educación para la salud. Al igual que el concepto de salud y de comunicación, la educación para la salud ha tenido un

desarrollo manifestado en diferentes enfoques. El primero de ellos, entiende la educación como un proceso a través del cual se transmite el aprendizaje.

En 1969 la Organización Mundial de la Salud la define como la acción ejercida sobre los individuos para modificar su comportamiento, para adquirir y conservar hábitos de vida sana, para enseñar a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios y para conducir a la toma de decisiones autónomas.(22,23)

Posteriormente con la introducción de la definición de Promoción de la salud en 1986, se reconceptualiza como instrumento que posibilita la promoción de la salud que supone una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluía la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria.(24)

El segundo enfoque busca la modificación paulatina de algunos aspectos del estilo de vida, cuando el objetivo es la búsqueda de comportamientos saludables. La Organización Mundial de la Salud modifica sus definiciones abordándola no solo como la transmisión de información, sino también como al fomento de motivación, habilidades y autoestima para adoptar medidas que mejoren la salud. Además incluye conceptos como los factores y comportamientos de riesgo y uso del sistema de asistencia sanitaria.(25)

Dentro de este segundo enfoque encontramos definiciones como los de Green y Morton, quienes afirman que la función de la educación para la salud no es solo la de transmitir información sobre hábitos sanos y enfermedad, sino que

también aborde conocimientos, actitudes, prácticas y habilidades dirigidas a facilitar cambios en las conductas individuales y colectivas para conseguir metas en salud (23), definiendo los conocimientos como aquellos productos cognitivos mediados por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio que permiten respaldar emocionalmente sus actitudes y justificar sus prácticas individuales y colectivas; las actitudes como las formas de motivación social que predisponen a la acción de un individuo y las cuales se caracterizan por estar cargadas de emociones, además de expresar un conjunto de creencias y tienen una fuerte carga valorativa sobre algo o alguien; y las prácticas como el producto de interacción de aspectos políticos, económicos, sociales y ambientales que afectan el comportamiento de las personas.(26)

El tercer enfoque se centra en la comprensión de los fenómenos de la experiencia de la vida humana, centrado en la interacción humana. Se pasa de un enfoque individual a uno colectivo, de la imposición de la información a la conciliación a través de un diálogo activo y continuo; la educación se convierte en un espacio en donde el conocimiento se construye a partir del consenso y de la ubicación socio histórico, orientado a conseguir un cambio social que mejore condiciones de vida desde todos los sectores, en donde los esfuerzos educativos se dirigen a concientizar a las personas (comunidad y funcionarios de salud) sobre las necesidades para transformar dicha realidad.

Es en este punto en el cual la educación y la comunicación para la salud se definen como procesos de diálogos a través de los cuales las personas y grupos deciden quienes son, que quieren y como pueden obtenerlo. (27) La educación para

la salud puede interpretarse entonces como un elemento de la promoción de la salud, entendiéndose como un proceso dinámico y evolutivo, mediante el cual individuos y comunidades dentro del contexto de sus vidas diarias, están en condiciones de ejercer mayor control sobre la salud, sus determinantes y sobre su propio bienestar, a través de la acción intersectorial.(28,29)

La promoción se enmarca dentro de una dimensión cultural de la salud, reconociendo la existencia de diversas maneras de conceptualizar la salud en el marco de las diferentes culturas, abogando por una transformación cultural favorable a la salud, entendiéndose que dicha transformación no es homogénea y responde a las necesidades, saberes y prioridades de los grupos humanos.

Gran parte de las acciones de promoción de la salud infantil las han realizado personas que comparten la vida con los niños, es por esto que las actividades que se planeen deben tener una participación activa de estos actores, empezando por la familia. Para plantear estas acciones es importante hacer un análisis local de los determinantes de la salud, tanto de los factores protectores o determinantes positivos y factores de riesgo o determinantes negativos de la salud.

El logro de este análisis requiere un diagnóstico completo de la población, sus potencialidades, debilidades, su historia, sus necesidades, la cultura, la tradición y los recursos con los que se cuenta, para posteriormente establecer prioridades y sectores vulnerables.(30)

Las acciones de promoción del sector de la salud se pueden agrupar en acciones individuales y colectivas.(31) Dentro del segundo grupo, para este trabajo

cabe destacar los programas de comunicación en salud, que utilizan los diferentes medios de comunicación para promover los derechos de los niños, hacer difusión de las diferentes acciones de promoción y difundir una cultura de respeto y amor por los niños; y los programas de educación para la salud, tanto en los espacios institucionales como en los diferentes espacios existentes en la comunidad.(30)

Dentro de la metodología o técnicas didácticas para la educación en salud se encuentran las individuales y las colectivas. En el primer grupo se encuentran la entrevista, los debates y las clases o sesiones. Dentro del segundo existe la dinámica de grupo en grupos reducidos, en donde la comunicación es multidireccional y las experiencias de unos sirven para que otros aprendan. Por grupo entendemos un conjunto de individuos que comparten un destino común, que son interdependientes en algún grado significativo, que poseen una identificación social común y que interactúan mutuamente de modo que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas.

Las características propias del trabajo grupal determinan su carácter favorecedor a la comunicación y a la participación de todos sus miembros, aumentando sus conocimientos y mejorando las actitudes saludables, base para el proceso de aprendizaje y del cambio de los estilos de vida. Esta metodología es totalmente abierta ya que permite trabajar con personas sanas, enfermas, familiares y hasta con los mismos profesionales de la salud. Ofrece además muchas modalidades como los grupos de aprendizaje, de apoyo, los terapéuticos, de ayuda mutua, ofreciendo una amplia gama de posibilidades para abordar los temas y los espacios referentes a la educación para la salud.

La participación activa en el grupo es mucho más importante e influyente que la simple recepción de información, ya que existe muy poco nivel de intercambio de feedback. Además permite la confrontación de ideas favoreciendo aportes novedosos y originales que las que un individuo solo pudiera ofrecer.(32)

Para el desarrollo de programas de educación y promoción de la salud se requiere del análisis de las opiniones y conductas de los diferentes agentes implicados en el proceso, tanto usuarios como personal de salud. Se necesita información que nos permita entender que ocurre y por qué. Para ello se utiliza la investigación cualitativa, que para este caso, se realiza desde una perspectiva epistemológica construccionista, el significado emerge a partir de nuestra interacción con la realidad, se construye en relación a un mismo fenómeno, se obtiene el conocimiento , cuando se interacciona con el mundo interpretándolo.

Desde la perspectiva teórica se realiza a través del interpretativismo, el cual desarrolla interpretaciones de la vida social y el mundo desde una perspectiva cultural e histórica (33).

El método más representativo para este estudio es la investigación acción, orientada a la práctica educativa, en donde la finalidad es aportar información que guíe la toma de decisiones y los procesos de cambio para la mejora de las mismas. El objetivo prioritario de la investigación acción consiste en mejorar la práctica en vez de generar conocimientos. Una de las técnicas cualitativas es el grupo de discusión no estructurado, en donde se introducen los temas mediante preguntas generales y se permite que los participantes interactúen.

El rol del investigador es moderar y facilitar la discusión. Un tipo especial de grupo de discusión, es el grupo focal, técnica que se ha desarrollado a partir de los

estudios de mercadeo, popular como método para evaluar los programas de educación en salud, y las opiniones de la población sobre la experiencia y uso de los servicios de salud. En el grupo focal participan de 7 a 10 personas, que constituyen un grupo homogéneo. La discusión ocurre en torno a un tema y ha sido cuidadosamente planificada, a partir de un análisis de situación previo y las preguntas se organizan en una forma natural y lógica. (34-36)

En el posgrado de pediatría, dentro del programa de pediatría social, como requerimiento de práctica se han venido formando proyectos de promoción de la salud dentro de diferentes escenarios, uno de los cuales tenía como objetivo el conocimiento de la realidad social en el municipio de Guatavita, en donde se ha venido implementando desde el año 2006 un modelo de intervención educativa en el Hospital San Antonio de Guatavita, a través de la consulta grupal pediátrica participativa, aplicada a niños menores de 2 años quienes son llevados por sus respectivos cuidadores.

En esta consulta y a través de la participación activa de los cuidadores de los niños, se integra el contexto social del paciente, siendo los padres de los niños los que identifican las fortalezas y las debilidades en los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidado de la salud de los niños, aportando soluciones en los casos requeridos. Como fortaleza se ha encontrado que existe una comunicación asertiva entre el pediatra y los cuidadores y se optimiza el tiempo y el recurso médico, refuerza actitudes positivas y aumenta la confianza en el médico.

Como oportunidades se encontraron que este tipo de modelo puede ser replicable en otros escenarios clínicos por la facilidad de aplicación, se cuenta con el apoyo Institucional hospitalario, hay mayor satisfacción del usuario y tiene una dimensión comunitaria en la medida que los participantes divulgan la experiencia aprendida.

Como debilidades se encontraron que existe una dificultad operativa para la asignación de citas por grupos de edades, es necesario tener entrenamiento en grupos focales y es aplicable a niños hasta los dos años ya que por ser un periodo de mayor susceptibilidad por los grandes cambios a nivel físico, de neurodesarrollo e inmunológicos, son las personas a quienes se les debe hacer más énfasis en aspectos de prevención, además operativamente los niños de mayor edad sienten pudor y se dificulta la realización del examen físico. Como amenazas se encontraron barreras de acceso físicas y administrativas, además de ser un modelo susceptible de ser distorsionado por parte de personal no capacitado.(37)

Guatavita es un municipio ubicado en el departamento de Cundinamarca en la periferia nororiental, ubicada a 75 Km de Bogotá, con una extensión de 23800 hectáreas, la conforman 15 veredas. Tiene una población aproximada de 5339 habitantes en su zona rural, mientras que la zona urbana cuenta con 1955 habitantes. Como previamente se estableció, en este municipio la diarrea continúa siendo una causa importante de consulta médica, y cuyas características según el perfil epidemiológico en el cual describen en diferentes veredas factores de riesgo para esta enfermedad como son la falta de acueducto en algunas veredas como Choche, Santa María, Tominé de Indios, Amoladero y Potrerito, o en donde existe este

servicio el agua no tiene tratamiento, o el abastecimiento se hace por mangueras, ríos, quebradas, aljibes.

Otro de los elementos encontrados que puede predisponer a diarrea es la falta de alcantarillado, aunque la mayoría de ellas cuentan con pozo séptico. En cuanto al manejo de basuras solo unas cuantas veredas cuentan con el servicio de recolección de basuras como son Tomines, Santa María, Choche, Carbonera Alta y Baja, Potrero largo y Guandita, en el resto de las veredas se realiza la quema de los residuos sólidos por cuenta de sus habitantes.

Se revisó la mortalidad en la población encontrando en orden de frecuencia las siguientes causas: pendiente falla de muerte, insuficiencia cardiaca aguda, shock carcinogénico, falla cardiaca descompensada, infarto agudo de miocardio. No fueron descritas las edades de presentación. Igualmente este perfil epidemiológico fue cruzado con el sistema de alerta acción y no se encontró ningún caso de mortalidad en menores de 5 años.

Por las condiciones descritas previamente, y como requerimiento de proyecto de grado y de promoción de la salud en el área de pediatría social, consideramos que esta población era la pertinente para desarrollar el proyecto que se describe a continuación.

Metodología

Diseño

Cualitativo tipo investigación acción desarrollado mediante instrumentos como las entrevistas semi-estructuradas (anexo 1), entrevistas estructuradas (anexo 2), observaciones no participantes, observaciones participantes y grupos focales.

Validez de resultados

Credibilidad

Se realiza corroboración estructural, proceso durante el cual varias partes de los datos se soportan entre sí reuniendo datos para establecer conexiones creando un todo que soporte el fenómeno, escuchando las “voces de los participantes” y acudiendo a varias fuentes de datos y registrando las dimensiones de los eventos y experiencias a través de la filmación en videocámara, transcripción permanente escrita por parte del psicólogo acompañante en todas las consultas acerca de los acontecimientos tanto verbales como no verbales y bitácora de campo para registrar las observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias, evitando que nuestras creencias y opiniones afecten la calidad de las interpretaciones de los datos, privilegiando a todos los participantes por igual, y considerando todos los datos importantes garantizando credibilidad al trabajo.

Adicionalmente se realizó triangulación de investigadores en dos de las cinco fases, la primera, en la realización de la entrevista estructurada y observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias entre los entrevistadores y la segunda en las observaciones participantes durante la consulta grupal entre el pediatra y el psicólogo acompañante.

Transferencia

Los datos obtenidos únicamente se analizaron en la población participante determinada sin embargo, estos mismos contribuyen a un mayor conocimiento del fenómeno y sirven como guía para establecer algunas pautas en futuros estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas en determinantes y manejo de la enfermedad diarreica aguda de los cuidadores de los niños. Transferencia. La población siempre participó libremente

Se obtuvo la autorización para la realización del estudio a través de la coordinación administrativa del Hospital San Antonio de Guatavita.

Para cumplir con los objetivos del estudio se desarrollaron cinco fases, las cuales no necesariamente se comportaron de manera lineal e incluso en algunos momentos se cruzaron durante su ejecución.

Fase 1: Identificación de las zonas de mayor vulnerabilidad del municipio rural seleccionado

Para cumplir con el primer objetivo específico se diseñó una entrevista semi estructurada (anexo 1) para ser diligenciada vía telefónica y de manera

voluntaria por el personal de salud del Hospital, previa capacitación para su diligenciamiento a los encuestadores, y quienes deberían haber trabajado en el área de salud, haber realizado trabajo de campo y/o haber vivido al menos 5 años en el municipio de Guatavita.

Además por las características mencionadas el personal seleccionado debería conocer las necesidades, problemas y factores de riesgo y de vulnerabilidad de la comunidad. Aceptó participar todo el personal que ha venido laborando en el Hospital con los criterios de selección: 4 promotoras y 2 auxiliares de enfermería.

Se diseñó un instrumento con contenidos relacionados con:

- a. La percepción de la vulnerabilidad social de las 15 veredas, definida como una condición producto de la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos, combinado a características biológicas y de contextos estructurales que pueden predisponer a morbilidad o mortalidad infantil³⁸, según lo observado durante los años de experiencia laboral o comunitaria.
- b. Especificación de las condiciones por las cuales son consideradas vulnerables las veredas seleccionadas.
- c. De las veredas seleccionadas según los años de experiencia laboral y comunitaria cuáles son las que requieren mayor intervención de la Estrategia Atención integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, específicamente en lo que tiene que ver a lactancia materna, signos de alarma y cuidados del niño enfermo.

- d. Según el conocimiento por los años de experiencia y convivencia en esta comunidad en dónde conoce que ha ocurrido mayor mortalidad de niños menores de dos años de edad.

La selección de las veredas se realizó teniendo en cuenta la frecuencia y características según la definición de vulnerabilidad previamente establecida e identificadas por las personas que conocedoras del fenómeno.

Fase 2: Caracterización de los conocimientos, actitudes y prácticas en la población participante sobre determinantes de enfermedad diarreica aguda en el área de vulnerabilidad

Para la selección de los participantes en las veredas identificadas se procedió de la siguiente manera para el trabajo de campo:

- Para seleccionar las viviendas se procedió a una visita domiciliaria en donde participó la promotora de salud de cada vereda, quien conocía la ubicación geográfica, composición familiar y características sociales de las familias de estas regiones
- Los criterios de selección para ingresar al estudio la familia fueron los siguientes: tener al menos un niño menor de dos años que viviera de manera permanente con ellos y cuyos cuidadores no presentaran algún tipo de discapacidad física severa y que tuvieran la capacidad de entablar un proceso de comunicación.

Se hizo una prueba piloto durante el mes de Diciembre del 2007, para la validación del instrumento a 20 cuidadores de niños que asistían a la consulta control de

Fueron seleccionadas treinta y cuatro familias en total de las tres veredas seleccionadas, a quienes se les realizó una visita domiciliaria designada a un día por cada vereda, durante la cual se procedió, previa firma de consentimiento informado, a aplicarles un instrumento tipo encuesta tomado y adaptado de un estudio comunitario que se explicará a continuación, que por la forma de estructurarse y de aplicarse en este proyecto dentro de un contexto social y cultural, y realizado a un individuo que estaba influenciado por su grupo familiar, se clasificó como entrevista estructurada. (Anexo 2), definida como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados), con la cual se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema, en donde para este caso se hace con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué ítems se preguntarán y en qué orden), y en donde el contexto social es un elemento a considerar.(36) Este instrumento fue tomado de un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con componente comunitario acerca de las prácticas saludables, y por recomendación de la guía de la OMS para realizar la encuesta de hogares sobre prácticas clave, se realizó la adaptación y traducción de esta encuesta al lenguaje local,(39) tomando las preguntas relacionadas con enfermedad diarreica aguda y los factores considerados como de riesgo y protectores para esta misma patología. Los temas que se manejaron en esta entrevista fueron los siguientes: información general que incluía datos generales del niño y cuidador, información socio familiar, prácticas clave en lactancia materna y

alimentación complementaria, búsqueda de atención y signos de alarma, manejo en el hogar, asistencia domiciliaria y medidas de higiene y saneamiento ambiental.

pediatría.

Se realizaron visitas domiciliarias a las familias seleccionadas y previa capacitación y coordinación del equipo encuestador, se hizo la aplicación de este instrumento a la persona quien se encontraba a cargo del niño en el momento de la visita.

Fase 3: Exploración de las percepciones y conceptos en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas en factores determinantes de enfermedad diarreica aguda a través de la interacción educativa con el modelo de consulta grupal en un primer acercamiento.

Realización de la Consulta grupal pediátrica como modelo de interacción educativa a los padres o cuidadores quienes asistían con sus niños. Esta consulta se llevó a cabo, previa citación vía telefónica a todas las familias seleccionadas, para su realización el día 22 de Agosto de 2008. Los participantes asistentes se dividieron en grupos focales, adaptándose el modelo para conformar cada grupo entre 4 a 6 participantes. Esta consulta se compuso de tres momentos:

El primer momento en el cual se realizó el grupo focal, en donde se hicieron preguntas abiertas acerca del conocimiento los factores protectores y de riesgo para enfermedad diarreica aguda como la lactancia materna, la alimentación

complementaria, signos de alarma para enfermedad diarreica aguda, la búsqueda de atención al presentar estos signos, el manejo y la asistencia domiciliaria del niño enfermo y las medidas de higiene y saneamiento ambiental. Durante este momento el pediatra no emitió algún tipo de concepto, respetando las opiniones dadas por cada uno de los cuidadores.

Durante el segundo momento el pediatra realizó la anamnesis sobre antecedentes perinatales, patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, familiares, alimentarios, inmunológicos y del desarrollo de cada uno de los niños asistentes a la consulta. Posteriormente se realizó un entrenamiento por parte del pediatra a los cuidadores acerca de la medición del peso, la talla y la temperatura de sus hijos, luego de lo cual ellos realizaban estas tomas bajo supervisión del profesional de salud.

El resto del examen físico fue completado por el pediatra en el cual se incluyó el resto de sistemas como son: cabeza y cuello, tórax y cardio pulmonar, abdomen, extremidades, neurológico, sistema osteo articular, piel y faneras. Finalizado el examen físico se realizó las correspondientes formulas o remisiones de acuerdo a los hallazgos.

El tercer momento correspondió a la realización de un resumen acerca de todos los conceptos en conocimientos, actitudes y prácticas dadas por los cuidadores, validando y felicitando por aquellas prácticas correctas, dando una explicación del por que no de las incorrectas. Además se realizó el fortalecimiento de los conceptos poco claros o incorrectos.

Las estrategias de registro utilizadas en cada una de las consultas grupales fueron:

- Grabación en videocámara con autorización de los participantes
- Acompañamiento permanente por psicólogo para anotaciones adicionales
- Transcripción de las entrevistas al finalizar la consulta

FASE 4: Exploración de las percepciones y conceptos en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas en factores determinantes de enfermedad diarreica aguda y de nuevas conductas presentadas a través de la interacción educativa con el modelo de consulta grupal en un segundo acercamiento, realizada con la misma metodología de los grupos focales y dividida en tres momentos, y evaluación del modelo de consulta grupal pediátrica a través de la percepción de los participantes, una vez transcurridos 6 meses luego del inicio. Para la evaluación de la satisfacción de la consulta grupal se formularon preguntas abiertas en cada grupo focal, enfocadas a la establecer las ventajas, desventajas e inconformidades que hubieran percibido durante la realización de la misma. Esta consulta y evaluación fue realizada a los participantes que asistieron a la primera.

Fase 5: Análisis de datos

Se realizó una caracterización descriptiva demográfica y de los conocimientos actitudes y prácticas en enfermedad diarreica aguda de los cuidadores a los que se le aplicó la entrevista estructurada en la fase 2, según lo encontrado más frecuentemente.

Se realizó análisis de información de las entrevistas semi-estructuradas aplicadas al personal de salud, de los grupos focales, de las observaciones participantes de la

consulta y de las observaciones no participantes de las visitas domiciliarias, identificando unidades de significado, categorizándolas y asignando una unidad de codificación manual y abierta, analizando términos de similitudes y diferencias, logrando identificar y comprender creencias y prácticas de padres, madres y cuidadores frente a los factores determinantes de enfermedad diarreica aguda. Esto se hizo tanto para los datos obtenidos de los grupos focales de la primera como de la segunda consulta, y posteriormente se compararon las interpretaciones de ambas consultas para identificar los elementos transformadores.

Consideraciones éticas

Según el decreto 8083 de la normatividad de la ética a cada madre, padre o cuidador se le invitó a participar en el proceso de investigación en tanto se busca proteger la vida de los niños y niñas, realizando un consentimiento informado donde se explicó claramente los objetivos del estudio y la confidencialidad de los datos recogidos. (Anexo 4). Se explicó verbalmente a los padres y cuidadores la intención de la investigación y el procedimiento a seguir.

Los pacientes que se encontraron con alteraciones físicas o algún tipo de enfermedad se les formuló o se les realizó remisión según el grado de complejidad de la patología encontrada.

Resultados

Fase 1

Los participantes seleccionados en esta fase fueron los siguientes: cuatro promotoras de salud y dos auxiliares de enfermería.

La percepción de vulnerabilidad por parte de los participantes se evidenció en diferentes elementos que enumeramos a continuación:

- Vivienda lejana al municipio en donde se cuenta con los recursos básicos de abastecimiento, con disponibilidad de transporte limitado.
- Pobreza por bajos ingresos económicos, secundaria a la baja oportunidad laboral.
- Resignación y costumbre a las condiciones de vivienda y pobreza
- Mal cuidado del medio ambiente dado por el manejo de excretas a campo abierto.
- Descuido en la salud personal y en los niños debido a la falta de tiempo por actividades laborales.
- Antecedentes en la región de la enfermedad en brote secundaria a Hepatitis A
- Ausencia de agua potable, referida como no apropiada para el consumo humano por falta de tratamiento

- Población infantil elevada en comparación con el resto de veredas del municipio.

La percepción para los sitios que requerían intervención en AIEPI fue que en todas las veredas necesitaban de esta estrategia en todas las áreas, manifestada por parte de todas las participantes que respondieron la entrevista semi estructurada. (Anexo 1)

Corales fue la única vereda en donde se encontró la percepción de mortalidad infantil sentida, a pesar que en el perfil epidemiológico no se evidenció mortalidad en menores de 5 años de edad.

Se seleccionaron por mayor frecuencia de eventos de vulnerabilidad las siguientes veredas: Potrero largo, Corales y Santa María. Descritos en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de fase 1.

Categoría	Subcategoría	Comentarios
Valoración y experiencia	Veredas vulnerables	Corales, Potrero largo, Montequiva, Amoladero, Potrerito, Guandita, Tominé, Choche, Santa María, Montecillo.
	Determinantes de vulnerabilidad	Corales: Lejanía, transporte, bajos recursos económicos, pobreza, costumbre a vivir en malas condiciones, falta de incentivo, desinterés Potrero Largo: Falta de cuidado con el medio ambiente, utilización por algunos de manejo de excretas a campo abierto, falta de tiempo por actividades laborales descuidando la salud, antecedentes de enfermedades como hepatitis y falta de tratamiento del agua, lejanía, por tener alta población de niños

		<p>Santa María: falta de alcantarillado en algunas viviendas, falta de trabajo, escasos recursos.</p> <p>Amoladero: lejanía, pobreza</p> <p>Monquetiva: lejanía</p> <p>Potrerito: Lejanía, pobreza</p> <p>Guandita: lejanía</p> <p>Tominé: lejanía, falta de acueducto</p> <p>Choche: pobreza, falta de trabajo y escasos recursos económicos</p> <p>Montecillo: pobreza, tierra poco productiva, los padres dejan a los niños solos</p>
	Veredas que requieren mayor intervención en AIEPI	Todas
	Percepción de Mortalidad	Corales

Fase 2

Se realizaron 34 encuestas a través de un instrumento tomado de un estudio comunitario realizado por la Organización Mundial de la Salud en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia acerca de las prácticas saludables sobre prácticas clave al cual se le hizo adaptación, traducción y validación local, (39) tomando las preguntas relacionadas con enfermedad diarreica aguda y los factores considerados como de riesgo y protectores para esta misma patología.

Se realizó, a partir de estos datos y del perfil epidemiológico de este municipio, una caracterización de la población como estrategia de conocimiento e inmersión inicial en la población estudio para posteriormente poder dirigir los grupos focales en la consulta grupal. Demográficamente se encontró que los cuidadores en su mayoría correspondían a las madres de los niños, seguido por los padres, los abuelos

y los tíos, con edades entre los 18 y 70 años (con un promedio de 28.1 años), quienes más de la mitad habían cursado la primaria completa.

La ocupación encontrada predominantemente era el hogar, afiliados a un régimen subsidiado seguido por el sisben. También se encontró que en las viviendas habitan entre 3 y 10 miembros de la familia, y cuyos niños participantes del estudio tenían edades entre los 7 días de nacidos hasta los 24 meses contados a partir de la realización de la encuesta.

El tipo de composición familiar que se destacaba en este grupo era la extensa. En cuanto a las prácticas de lactancia materna, la mitad de estas familias aún le estaban dando leche materna; de los que ya no estaban dando pecho les suministraron a sus hijos entre los 2 y 12 meses de edad; de los que aún estaban suministrando leche materna pensaban darle entre los 8 y 30 meses de edad; la mayoría de ellos pensaban que la leche materna exclusiva se debía dar hasta los 6 meses, a pesar de esto, al preguntarles su opinión acerca del inicio de la alimentación complementaria, se encontró que varios de ellos pensaban que se le debía iniciar entre los 2 y 7 meses de edad, y en la práctica iniciaron otro tipo de alimentos incluidos líquidos claros, entre el mes y los 6 meses de edad.

En cuanto a las vitaminas, la mitad de ellos habían escuchado hablar de la vitamina A y pensaban que su función era fortalecer el crecimiento, el desarrollo, la nutrición, la fuerza y los huesos; llamaba la atención que menos de la tercera parte de ellos sabían en qué alimentos se podían conseguir.

La mayor parte de ellos habían escuchado acerca del hierro, de los cuales un poco más de la mitad sabían para que servían. Entre las funciones que le atribuían a este elemento era el de prevenir la anemia, para el crecimiento, para los huesos, la nutrición y para fortalecer los músculos; ninguno de ellos indicó los alimentos en los cuales se encuentra este elemento.

Al preguntarles acerca de la diarrea, la mitad de ellos respondieron que alguna vez sus hijos la habían presentado, y de estos casi la mitad habían tenido deshidratación manifestado por los ojos hundidos; menos de la mitad de los que presentaron la enfermedad buscaron consejo o tratamiento al hospital, centro de salud, a un familiar o al sobandero; la mayoría de ellos iniciaron manejo en casa antes de consultar a un servicio de salud, lo cual incluía suministrar suero oral, aromáticas, jugos caseros, mandarlo a sobar o algún tipo de medicamento.

Entre los signos de peligro que identificaron fueron en orden de frecuencia: vomita todo, no come, ojos hundidos, diarrea abundante, irritable, fiebre, mal color, deposiciones frecuentes, boca seca, decaído, signo de pliegue, ojeroso, dolor abdominal y orina poco.

Respecto a las medidas de higiene solo uno manifestó no tener agua en su casa; de los que si contaban con el servicio de agua más de la mitad lo obtenían del acueducto sin tratamiento de agua, otros la obtenían de un río o quebrada, pozo o aljibe o de un nacimiento; a pesar que casi la mitad de ellos consideraban que el agua que obtenían para beber era segura absolutamente todos la hervían antes de consumirla.

Al preguntarles acerca del lavado de manos manifestaron que se las lavaban entre 3 y 30 veces al día, en las siguientes ocasiones en orden de frecuencia: antes de preparar la comida, después de hacer necesidades, después de cambiar pañales, antes de comer, para atender a los niños, al levantarse, al acostarse, al hacer oficio, al ensuciarse, al ordeñar.

Al preguntarles por el lugar en donde hacían sus necesidades la mayoría respondieron que tenían inodoro, solo dos a campo abierto y uno en letrina.

Unos cuantos respondieron que el hacer las necesidades a campo abierto producía problemas como contaminación ambiental y problemas gastrointestinales, respiratorios, de piel y atracción de animales.

La mayoría de ellos tenían animales en sus casas como perros, gatos, aves, chivos y cabras, la mitad de ellos expresaron tenerlos dentro de su casa y la mitad de ellos por fuera.

Casi todo el grupo utiliza la quema para el manejo de las basuras aunque algunos de ellos la acumulan para después ser recogida por el carro de la basura que pasa semanalmente.

Fase 3 y 4

Se realizó dos días de consulta, la primera hecha en Agosto 22 del 2008, a la cual asistieron 12 cuidadores con sus respectivos niños. Fueron divididos en 3 grupos focales, cada grupo compuestos por 4 participantes; en la segunda consulta realizada en Febrero 20 de 2009, a la cual asistieron 11 participantes los cuales fueron

divididos igualmente en 3 grupos focales, el primero compuesto por 4 participantes y el último compuesto por 3. Se aplicó el modelo de consulta grupal pediátrica como previamente se describió, y de las cuales se obtuvieron los siguientes fenómenos y categorías de los datos obtenidos como se muestra en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Categorización de los grupos focales de la consulta de agosto 2008

Fenómeno	Categoría	Comentarios	Interpretación
Diarrea	Concepto de diarrea	Fragmentos de la consulta grupal: “La diarrea es una infección”	No existe claridad sobre el concepto de diarrea, son vagos los conocimientos o están relacionados con las manifestaciones asociadas a la enfermedad, las cuales son expresadas al realizar otras preguntas.
	Causa de diarrea	Fragmentos de la consulta grupal: “A los niños les da diarrea cuando baja el agua muy turbia” “A los niños les da diarrea cuando se descuajan” “La diarrea da por el agua por el cambio de clima y baja muy contaminada” “La diarrea les da por las cosas que cogen y se los llevan a la boca, ellos son muy sucios” “La diarrea da cuando la dentadura, cuando les empiezan a salir los primeros dientes les da fiebre y diarrea” “La diarrea da por una infección, un alimento mal hecho o porque no la hierve lo suficiente” “Da por algo y cogió algo sucio y se lo echo a la boca” “A veces tomo agua directamente del tubo del tanque, aunque al niño si le doy así de pronto si le puede dar diarrea” “La diarrea da por el agua turbia”	La causa de la diarrea se debe al consumo de elementos contaminados principalmente el agua, alimentos u objetos que tienen contacto con la boca de los niños, y que no afecta de la misma manera a los adultos. En la práctica se evidenciaba la falta de aplicación de medidas protectoras y preventivas de diarrea. También se encuentran otras creencias que explican que un evento corporal producto del desarrollo del niño, como es la salida de los dientes genera en el cuerpo manifestaciones como la diarrea y la fiebre. El descuajo, evento que será explicado a continuación, también es considerado una causa de la diarrea.
		Observaciones participantes durante la visita domiciliaria: Durante la visita fueron suministrados a los encuestadores leche recién ordeñada y sin hervir, al igual que jugo instantáneo preparado con agua sin hervir. Cuajo” “El descuajo se le produce cuando empiezan a caminar o con cualquier golpecito, les da fiebre, soltura, vomito y es sucio, se compone con unas señoras que saben de eso”.	
	Concepto de	Fragmentos de la consulta grupal:	Evento físico producido por el

	descuaje	<p>“Cuando se caen de cola se les baja, se les cae el cuajo, las tripas” “El descuaje es que les cae y se les sube cuando el cuajo se pa arriba entonces da vomito, cuando el cuajo se va pa abajo da soltura, cuando los soban y les suben el cuajo les va a pasar”</p>	<p>paso de la posición horizontal a vertical durante el inicio de la bipedestación, y que se desencadena al desencajar un elemento conocido como “cuajo” relacionado con el intestino al presentarse una fuerza física como un golpe, cuya manifestación es la “soltura” o el vómito dependiendo de la dirección que adopte el cuajo.</p>
	Diferencia entre diarrea y descuaje	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “La diferencia entre la diarrea y el descuaje es que cuando se descujan se les nota muy enfermos, les da fiebre, se les hundan los ojitos, tienen la mirada quebrada como dice la abuelita, y uno les toca el estomago y eso le suena como bolsas de agua por dentro, toca mandarlo a sobar, da solo como un día y medio y sana” “Cuando les da diarrea uno mira primero si se descuja, si se descujado hay que dejar que les pase con la sobada si mejora en 48 horas, el mío se descujo y con la sobada no hubo necesidad de dejarlo hospitalizado” “Uno no sabe de eso, en el caso mío yo voy donde la vecina y le digo que lo sobe y uno mira al poco tiempo la reacción del niño y si vemos que lo sobo dos veces y paila entonces ahí si se lleva a donde el médico” “Cuando los soban y les suben el cuajo les va a pasar” “ La diarrea es parte del descuaje” “El descuaje es más fuerte que la diarrea” “El descuaje igual que la diarrea da deshidratación”</p>	<p>El descuaje se presenta con manifestaciones físicas más severas como la fiebre, el borborigmo, la deshidratación, y un tiempo de evolución más prolongado que las familias observan o que les han sido transmitidas por generaciones y cuyo manejo principal es mandarlos a sobar con lo cual curan al poco tiempo por lograr llevar el cuajo a su posición. Las manifestaciones de la diarrea no son tan severas y el tiempo de evolución es más corto. Para poder diferenciar entre la diarrea y el descuaje se debe mandar a sobar y observar la respuesta obtenida. El descuaje sana con este tratamiento. Otro concepto es que la diarrea es una manifestación del descuaje. La deshidratación es una manifestación física tanto de la diarrea como del descuaje. Existen conceptos divergentes para poder diferenciar la diarrea del descuaje, en donde los clasifican según la severidad y el tiempo de evolución, en otras ocasiones uno que se presenta como manifestación sintomática del otro, o manifestaciones físicas como la deshidratación que es un hallazgo común en ambas enfermedades.</p>

	<p>Manejo de la diarrea</p>	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Si no está descuajado hay que dejar que les pase, darle cosas duras, por ejemplo j”La diarrea da cuando la dentadura, cuando lesuguito de guayaba, toca darle platanito paq empiezan a salir los primeros dientes les da ue le endurezca un poquito el estomaguito, agua de arroz tostado y líquidos como jugos de guayaba, agua panela hecho una guayaba para que hierva con canela para el cólico porque a ellos también les da harto cólico” fiebre y diarrea, los maneja uno con suero” “Ha tampoco, darles además suero oral y y que darle comida uno de mama dice que no le voy a dar leche ni por nada porque tiene diarrea, pero lo que dicen los médicos lo normal, no hay que quitarle ningún alimento si él lo recibe porque si lo rechaza pues juguito de guayaba” “En casa le damos aguita aromática, líquidos, agua” “Hay que quitarles la leche porque les empeora” “Uno les da lo que le reciben a uno, compotas, jugos de papaya, melón la ciruela que se ve que reciben, caldito sustancia de pollo, sopita de avena”</p>	<p>El manejo depende del origen, si es diarrea le dan alimentos que mejoren la consistencia de las deposiciones y bebidas que van a disminuir el dolor generado por la enfermedad. Cuando el origen de la diarrea es debido al proceso de dentición, se maneja con suero. Tienen la creencia de que alimentos como la leche pueden empeorar la enfermedad, aunque conocen por indicaciones médicas el no quitar la alimentación, aunque como práctica suministran lo que el niño recibe más fácil como los líquidos, aromáticas, sustancia y el suero oral.</p>
	<p>Signos de alarma para consultar por diarrea</p>	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Están muy malos cuando los ojos están quebrados, tienen la mirada como perdida, “No comen, ya no juegan, lloran por todo, hundidos, pálidos” no comen” “Yo traje a mi hijo cuando estuvo enfermo y el médico me dijo que me devolviera, que lo bañara con agua fría si tiene fiebre, pero mi niño estaba perdiendo el conocimiento, me toco irme donde el doctor particular lo hospitalizaron” “A uno le toca traerlo a urgencia es cuando ya se está muriendo por que le dicen a uno pa que los trae” “C diferente, la succión es diferente, ahí es uando un niño está enfermo siempre se va a comportar mal en las noches, no deja dormir, no deja estar tranquilo, llora mucho, no duerma no come lo normal, se aquejan” “La respiración es diferente, el estomago es cuando hay signos de deshidratación”</p>	<p>Tienen el concepto del mal estado de salud secundario a la enfermedad por cambios en el ánimo o el comportamiento del niño manifestado por el llanto, la irritabilidad, el patrón anormal del sueño, el nivel de conocimiento, la mala alimentación, o evidencia física como cambios en los ojos y palidez. Se evidencia desconfianza e inconformidad hacia la valoración y el trato por parte del médico</p>

<p>Busqueda de ayuda</p>	<p>Personal a quien consulta y experiencias</p>	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Cuando les da diarrea uno mira primero si se descuajo, si se descuajo lo manda a sobar” “Yo traje a mi hijo cuando estuvo enfermo y el médico me dijo que me devolviera, que lo bañara con agua fría si tiene fiebre, pero mi niño estaba perdiendo el conocimiento, me toco irme donde el doctor particular el niño lo hospitalizaron” “Cuando es descuajo se compone con unas señoras que saben de eso” “Uno no sabe de eso, en el caso mío yo voy donde la vecina y le digo que lo sobe y uno mira al poco tiempo la reacción del niño y si vemos que lo sobo dos veces y paila entonces ahí si se lleva a donde el médico” “La diarrea da cuando les empiezan a salir los dientes, les da fiebre y diarrea, los maneja uno con suero, si siguió hay que llevarlos al médico” “Uno primero va donde la vecina y si no funciona va donde el médico para ver en que se falló” “Si uno va donde el médico le dicen que les de suero oral y acetaminofén que eso mañana le pasa y no le paso, dicen que eso no es nada con la sobada si mejora en 48 horitas, el mio se descuajo y con la sobada no hubo necesidad de dejarlo hospitalizado” “Yo le dije al doctor que tenía signos de alarma y él me contesto: ¿Quién es el doctor? A uno le toca traerlo a urgencia es cuando ya se está muriendo por que le dicen a uno pa que los trae”</p> <p>Observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias: Se evidenciaban reacios al contestar la encuesta al saber que los encuestadores hacían parte del personal de salud del hospital por experiencias previas relacionadas al tiempo de asignación de las citas, la mala atención y poca eficacia del tratamiento dado.</p>	<p>La búsqueda de ayuda depende de la enfermedad o de la respuesta al manejo inicial, si es descuajo se consulta al sobandera, si es diarrea debido al proceso de dentición se maneja con suero, si persiste con la enfermedad consultan a un servicio de salud. Se evidencia la falta de confianza al personal de salud por malas experiencias previas, prefieren consultar primero a otras personas como el sobandero o el vecino</p>
<p>Leche materna</p>	<p>Ventajas de la leche materna</p>	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Leche materna es el mejor alimento, tienen más defensas, ellos no se enferman mas” “Los protege contra toda enfermedad” “Ellos tienen más desarrollo, tengo una sobrina de la misma edad del mío y ella no recibió leche materna, le pusieron la Nan, mi niño es mas hiperactivo que la niña” “Cuando uno les esta dando de comer uno los acaricia, los consiente, los mima, uno está con ellos hasta una hora, en cambio con el tetero uno los acuesta allá solos y sigue haciendo su oficio” “Es el mejor alimento porque no tiene químicos” “Les ayuda con su desarrollo” “Los médicos dicen que es lo mejor para el bebe”</p>	<p>Concepto positivo por ser un alimento que protege contra enfermedades, promueve un mejor patrón de comportamiento al compararlo con los que no lo reciben, genera un vínculo madre-hijo, es natural, conceptos generado en su mayor parte por experiencias personales, aunque también por recomendaciones de personal de salud.</p>

	Tiempo de suministro de leche materna	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Hay que darle leche materna solo leche materna hasta los 3 meses” “Leche materna sola hasta los 5 o 6 meses” “Los doctores dicen hasta los 6 pero a mi me gustaría ver a una pediatra dándole hasta los 6 meses solo seno” “Cuando ellos tienen por ahí como tres meses ellos lo ven a uno comer ellos se provocan uno tiene que darle cosas para que ellos muevan la boquita porque ellos se provocan” “La mamá debe dárselo el tiempo que ella pueda” “Hay que darle hasta los 6 meses, yo le di leche materna exclusiva hasta los 6 meses” “Después de los 6 meses la leche materna no sirve” “Algunas creencias antiguas dicen que si se les da mucho tiempo de leche materna se vuelven muy cansones, muy agresivos, aunque nosotros le hemos dado mucho tiempo y hasta el momento todos han sido normales en todas las actividades, no han tenido problemas de alimentación, han sido gorditos” Hasta los 2 años hay que darle leche materna.</p>	<p>Concepto de lactancia materna exclusiva entre los 3 a 6 meses, por indicación de personal de salud hasta los 6 meses, aunque en la práctica es difícil de cumplir esta exclusividad hasta los 6 meses por antojo de los niños y permisividad de las madres, o para entrenamiento temprano del órgano masticador. Existen divergencias en cuanto al tiempo total del suministro de leche materna, por desconocimiento de las propiedades y función de ésta después de los 6 meses o por temores de alteración en el comportamiento si se suministra por tiempos prolongados por transmisión cultural.</p>
Alimentación complementaria	Inicio de alimentación complementaria	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Si por ejemplo se les da leche de vaca antes de los 6 meses es muy fuerte, les da cólicos, diarrea, les empieza a molestar, a veces no duermen bien, pero como todo eso toca acostumbrarlos” “Después de los 6 meses se les comienza a dar fruta espichada, huevo” “Cuando salen los dientes se les comienza a dar de todo: frijol, arroz, lentejas, pollo, carne” “A los 7 meses a mi hija le empezaron a dar de todo, pollo carne, arroz, fruta, huevo” “Yo le inicié a los 4 - 5 meses” “Por lo general en el campo les damos desde muy pequeños leche de vaca” “La leche de vaca se debe dar después del año” “Leche de vaca le empezamos a dar a la niña como a los tres meses, le sentó bien, al principio se le endureció el estómago pero después bien” “En el Simón Bolívar me dijeron que el huevo se le debe dar hasta porque algo pasa con las vacunas” “Por los problemas renales el médico me dijo que solo leche de tarro, pero le empecé a dar leche de vaca hace 6 meses”</p>	<p>No relacionan el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad como factor protector de diarrea. Existen divergencias en cuanto al inicio de la alimentación complementaria: -Relacionan el inicio de la leche de vaca antes de los 6 meses con la diarrea u otros padecimientos como cólicos o alteraciones en el patrón del sueño, aunque su concepto y práctica final es que es necesario dársela y que presenten esto para que puedan acostumbrarse. -Relacionan el inicio de alimentos tempranos como la leche de vaca con problemas renales o interferencia con las vacunas por conceptos creados por personal de salud” -Inicio de alimentación en relación a la dentición.</p>
Vitaminas	Hierro y vitamina A	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “No se nada sobre la vitamina A” “El hierro sirve para tener huesos fuertes” “El hierro sirve para crecer” “Las vitaminas se encuentran en el calcetoce, en las frutas” “El hierro sirve para la sangre y los huesos, se encuentra en los alimentos, en la papaya, en el plátano, ahí y en las carnes”</p>	<p>Desconocimiento total acerca de la vitamina A. Utilidad del hierro para el crecimiento, fortalecimiento óseo y la sangre. Creencia de que la disponibilidad del hierro está en los suplementos comerciales, aunque también en los alimentos, sin tener claridad exacta de donde se encuentra.</p>

Saneamiento ambiental	Lavado de manos	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Cuando uno barre, así uno no coja la tierra ya queda sucio y queda con polvo y eso trae infección respiratoria, y por eso toca lavarse las manos” “Por simple higiene uno tiene que lavarse las manos, o cuando se va a comer, después de cambiarles el pañal eso lo aprendimos en la casa” “Cuando se haga cualquier cosa para ir a coger al bebe, o cuando se lleva al bebe a baño o cuando se lleva los otros niños al baño, cuando va a comer” “Las manos se deben lavar para hacer los alimentos” “Es muy importante, se deben lavar antes de comer, apenas se levanta, después de salir del baño” “Las manos las lavamos siempre para hacer los alimentos”</p>	<p>Existe el concepto general de la importancia del lavado de manos en varias situaciones para la prevención de enfermedades, pero en la práctica se observa el incumplimiento de éste.</p>
		<p>Observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias: Se observaron madres y cuidadores con las manos sucias, las uñas largas y con tierra, suministrándoles alimentos luego de cambiar a los niños sin previo lavado de manos Se observa a los niños gateando por el piso y luego recibiendo alimentos sin lavarles las manos</p>	
	Animales en casa	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “No tengo porque me los prohibieron” “Tengo animales gatos, no hay que dejarlos que acerquen, hay que mantenerlos alejaditos, pero no sacarlos porque siempre ahuyentan otros animales pero tratar de mantenerlos lejos de los niños” “Los animales se debe tener a distancia” “Yo no tengo gatos porque simplemente no me gustan, pero si tengo perros afuerita de la casa”</p>	<p>Es importante la presencia de algunos animales por la utilidad que éstos generan, pero tienen un concepto general de que hay que mantenerlos alejados de la casa, aunque en la práctica se evidencia la cercanía con ellos e incluso la falta de medidas de higiene al tenerlos cerca.</p>
		<p>Observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias: Se observa durante las visitas la presencia de animales como perros, gatos y gallinas dentro de las viviendas, incluso los excrementos de éstos siendo pisados por los niños que gateaban.</p>	
	Provisión de aguas	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “El agua se hierve porque viene de la quebrada por las mangueras, después a una zanja y por último al tanque” “Se debe dejar hervir por 5 minutos, luego se deja en la olla para tomar después” “A veces tomo agua directamente del tubo del tanque, aunque al niño si le doy así de pronto si le puede dar diarrea”</p>	<p>Resaltan la importancia de hervir el agua antes del consumo por los sitios contaminados por los que cruza antes de llegar a la vivienda. A pesar de esto se evidencia que en la práctica los adultos llegan a consumir este elemento sin hervir y directamente de la llave, pero que esta práctica si puede generar inconvenientes en los niños</p>

	Manejo de basuras	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Yo entierro las basuras”“Yo las boto lejitos de la casa en un hueco hondísimo, no logro ver el fondo, puede ser un poco peligroso para los niños pero como yo no los llevo allá, y ellos no van allá, eso depende de cómo uno les enseñe a los niños, uno les dice que allá no se pueden acercar, además si yo no estoy esta con la abuela” “El carro de la basura pasa dos veces a la semana”“Las basuras se queman aunque los pellejos se le dan a las vacas”</p>	El manejo de basuras se realiza a través de la quema, la recolección semanal por el carro, o el entierro de las mismas, aunque se observa el manejo inadecuado de las mismas durante el proceso de recolección en las viviendas
		<p>Observaciones no participantes durante las visitas domiciliarias: Se observa la recolección de basuras sin las medidas de protección que evitaran la generación de olores, la presencia de insectos y el fácil acceso de los niños a estos residuos.</p>	
	Uso de sanitario	<p>Fragmentos de la consulta grupal: “Nosotros tenemos sanitario en la casa”“En la casa que vivimos hacemos las necesidades a campo abierto, yo me siento contenta aunque me da pena, dicen que es malo”“Cuando uno hace las necesidades a campo abierto halla se paran los mosquitos y luego los mosquitos vienen y lo pican a uno”“Hacemos las necesidades en el sanitario”</p>	Hay divergencias acerca del uso del sanitario, en algunos el hacer loas necesidades a campo abierto los inconvenientes que generan son de pudor teniendo un vago concepto de que pude llegar a causar algún tipo de inconvenientes, mientras que en otros los inconvenientes observados son de higiene y contaminación con las heces a través de los insectos

Tabla 3. Categorización de grupos focales de consulta febrero de 2009

Fenómeno	Categoría	Comentarios	Interpretación
Diarrea	Concepto de diarrea	“La diarrea les da fiebre, vomito, cada rato pal baño con soltura como si fuera agua”“Cuando al mío le dio le dio todo el día yo le daba dolex para la fiebre, vomito, no le daba dolex para la fiebre, vomito, no le paraba nada en el estomago, le daba mucha sed, tomaba suero oral con todo pero iba rápido al baño” “Cuando le da diarrea no pueden comer, no reciben nada porque todo lo vomitan, todo toca liquido”“A mi niño le dio diarrea en Octubre le duro 3 días pero era muy abundante le di suero”	El concepto de diarrea se da a través de las manifestaciones con las cuales se asocia como la fiebre, el vómito, la inapetencia, la asistencia frecuente al baño, la consistencia y la cantidad; o con la presencia de ésta en relación la ingesta de las comidas
	Causa de diarrea	“La diarrea da por alguna infección por ahí	Se presenta por un proceso

		<p>algo que se hayan echado a la boca, las manos sucias” “Yo no sé en si la diarrea de donde salió, para mí la diarrea y descuaajo es lo mismo” “Al mío fue porque fue a una finca y el niño gateaba, se unto la manos y se las llevo a la boca y al día siguiente le dio diarrea” “Yo creo que les puede dar diarrea si se echan basuritas o palitos a la boca” “Si se le da leche de vaca le puede dar diarrea y toca correr rápido al hospital” “No se porque le dio la diarrea, dicen que fue un virus, la verdad no me acuerdo como dan los virus” “Yo creo que los virus se cogen con los alimentos, para evitar que se cojan los virus” “Yo creo que los virus se cogen con los hay que procurar que los alimentos estén bien conservados, lavar las manos para preparar los alimentos” “La diarrea da por los alimentos mal preparados y por el agua sin hervir” “Por el agua sin hervir y las manos sin lavar”</p>	<p>infeccioso viral generado por falta de limpieza en las manos y contacto de estas o de algún otro elemento físico, alimentos con la boca, o el consumo de agua contaminada. Existe también el concepto de la diarrea como manifestación del descuaajo</p>
	Concepto de descuaajo	<p>“El descuaajo es la misma historia de la diarrea, pero el descuaajo es cuando empiezan a saltar y brincar, y a pegarse y cuando empiezan a caminar” “Cuando se descuaaja se manda a sobar y le recogen el cuajo, los sobanderos que sepan sobar bien lo alivian” “Al mío hasta que no camino bien yo no lo baje al piso ni a ningún lado, al mío no le dio diarrea, solo descuaajo”</p>	<p>Diarrea como manifestación del descuaajo. Se presenta por el paso de la posición horizontal a la vertical cuando inician la bipedestación y exacerbada por los golpes al cambiarles la posición del cuajo. Diferencia bien la causa de la diarrea originada por el contacto de las manos con el piso</p>
	Diferencia entre diarrea y descuaajo	<p>“Cuando le da diarrea no pueden comer, no reciben nada porque todo lo vomitan” “El descuaajo es la misma historia de la diarrea, y brincar, y a pegarse y cuando empiezan a caminar” “Yo lo mando a sobar y le pasa, cuando esta descuajado le causa soltura, y la diarrea donde salió, para mí la diarrea y descuaajo es lo mismo” “Yo no le veo diferencia entre la diarrea, la diarrea les da fiebre y el descuaajo no” “Yo lo mandé a sobar y allá me dijeron que tenía una infección y me dijeron que lo llevara al hospital” “Yo lo mando a sobar y le pasa, cuando esta descuajado le causa soltura”</p>	<p>Con la diarrea se presenta mal estado general en relación a la imp Concepto generado por otras personas como los sobanderos quienes son los que distinguen entre los dos estadososibilidad de ingesta de alimentos por el vómito y presencia de fiebre. Diarrea como manifestación del descuaajo. Concepto que las manifestaciones de la diarrea y el descuaajo son las mismas pero las causas son diferentes.</p>

	<p>Manejo de la diarrea</p>	<p>“Cuando al mio le dio yo le daba dolex para la fiebre, vómito, le daba mucha sed, tomaba suero oral con todo pero iba rápido al baño” “Yo le di arroz tostado y mero liquido” “Cuando le da diarrea no pueden comer, no reciben nada porque todo lo vomitan, todo toca liquido” “Yo le doy gelatina, aguapanela con limón” “Toca darles solo suero, yo le di 2 tarrados de suero, de ese que venden por acá cerca al hospital, el del tarrito” “El médico me dio suero oral” “Yo le daba suero oral, no le quito la leche para nada, y los alimentos que el come se los doy igual” “En casa el médico me recetó el suero cada 5 minutos, antes de traerlo hospitalizaron”le di acetaminofen” “Al principio le empezamos a dar jugos, empezó a pedir mucha “La diarrea le duro 3 días pero era muy bebida y entre mas se le daba la vomitaba, le entonces suero oral y lo vomitaba y lo lleve a urgencias y lo “Le daba juguitos y cremitas poco pero seguido, la leche se la quite por unos días hasta que empezó a comer bien” abundante entonces le di suero” “En la casa le di pecho y comenzó a comer bien, después le di consumé de pollo” “El suero sirve para que no se deshidraten”</p>	<p>Manejo sintomático para la fiebre, por la intolerancia a recibir alimentos prefieren dar líquidos como suero oral, gelatina, aguapanela. El concepto del beneficio del suero oral es generado por el personal de salud. Suministro de suero oral como resultado de la intolerancia a otros alimentos. Concepto de no retirar los alimentos durante la enfermedad</p>
	<p>Signos de alarma para consultar por diarrea</p>	<p>“Cuando al mío le dio le dio todo el día yo le daba dolex para la fiebre, vomito, no le paraba nada en el estomago, le daba mucha sed, tomaba suero oral con todo pero iba rápido al baño”“Se puso blanco y los ojos por allá todos hundidos, la boca es blanca y la boca seca” “Lo vi muy enfermo, todo blanco, pálidos los ojos, cada rato cambiando el pañal como cada media hora, y hasta lo mande a sobar y allá me dijeron que tenía una infección y me dijeron que lo llevara al hospital” “La traje al médico porque casi no comía” “Se les hunde el huequito de la cabeza, se les arruga la barriga, llora y no le salen lagrimas, las vistas están hundidas” “Cuando le dio diarrea supe que estaba deshidratada porque tenía diarrea y vomito, todo lo vomitaba, y ya entonces empezó a pedir mucha bebida y entre mas se le daba la vomitaba y lloraba” “La lengua se le blanqueaba y los ojitos hundidos, le di suero oral y lo vomitaba y lo llevé a urgencias y lo hospitalizaron” “Yo lo traje al médico porque vomitaba” “La piel se arruga”</p>	<p>Persistencia de síntomas como la sed, el vómito, la fiebre, la inapetencia y las deposiciones persistentes y frecuentes y signos de deshidratación como los ojos hundidos, boca seca, fontanela hundida, signo de pliegue, ausencia de lágrimas e irritabilidad a pesar del manejo con suero. Consulta por recomendación al ser valorado por un sobandero</p>

Búsqueda de ayuda	Personal a quien consulta y experiencias	<p>descuajado le causa soltura”“Yo lo mando a sobar y le pasa, cuando esta “Cuando se descuaja se manda a sobar y le recogen el cuajo, los sobanderos que sepan sobar bien lo alivian” “Yo lo lleve al médico porque lo vi muy enfermo, aunque antes lo mande a sobar y allá me dijeron que tenía una infección y me dijeron que lo llevara al hospital” “Hace poco a mi bebe le dio diarrea, se deshidrató, la traje al médico porque casi no comía, el médico me dio suero oral” “Cuando le dio diarrea supe que estaba deshidratada, y lo llevé a urgencias y lo hospitalizaron” “Yo lo traje al médico porque vomitaba, pero me lo atendió mal, lo tuvieron que hospitalizar”</p>	<p>Cuando se considera descuajo acuden a los sobanderos. Acuden al personal de salud posterior a la búsqueda y valoración por un sobandero. También hubo búsqueda a personal de salud al encontrar signos se alarma . Persiste la percepción de una mala atención por parte del personal de salud por malas experiencias</p>
		<p>Observaciones participantes: Se recibieron en dos ocasiones llamadas telefónicas por parte de los participantes para reforzar el manejo de la deshidratación producida por episodios de diarrea en los niños</p>	
Leche materna	Ventajas de la leche materna	<p>“Es buena, es el mejor alimento para los bebes porque tiene todas las vitaminas, las proteínas” “Un bebe no necesita nada más, si le da otra cosa se puede enfermar y darle diarrea” “Los doctores me han enseñado que es mejor para ellos y para su desarrollo, yo digo que si porque son mas despierticos y mas alentaditos” “Cuando las mamas no dan buena leche hay que darle otras leches” “Darles leche de tarro ayuda porque no doy buena leche porque ellos como que no se alimentan bien y hay que ayudarlos con un tetero de leche en polvo”</p>	<p>Percepción positiva de la lactancia materna por poseer elementos favorables que van a generar un comportamiento y una salud apropiada, aprendido por recomendación médica y por experiencia personal. Concepto de que la producción de leche materna es insuficiente en cantidad por lo que hay que reforzarlo con otro tipo de leches en polvo.</p>
	Tiempo de suministro de leche materna	<p>“Hay que darles hasta los 6 meses, un bebe no necesita nada más, si le da otra cosa se puede enfermar y darle diarrea” “Hay que darle leche materna hasta el año” “Yo creo que hasta los 6 meses de edad porque de ahí en adelante la leche es como agua” “Yo le susp “Leche materna exclusiva debe recibir hastaaendería la leche materna a los 6 meses” “Yo se la suspendería al año” “Yo no sé hasta que edad, porque mi mama al último niño estaba grandísimo y todavía le daba leche materna, le dio hasta los 6 años y no le pasó nada” los 3 meses” “Hay que darles pecho solo hasta los 6 meses” “La leche se da solo hasta los 6 meses, aunque también le damos aguas de hiervas”</p>	<p>Divergencias en el tiempo de suministro de leche materna: Concepto de lactancia materna exclusiva entre los 3 y 6 meses, Concepto de lactancia exclusiva hasta los 6 meses por predisposición de presentar enfermedades al suministrar otro tipo de alimentos, Concepto de que los elementos nutritivos y por consiguiente la función de la leche materna terminan a los 6 meses. Divergencias en el tiempo total de suministro de leche materna: entre los 6 meses y los 6 años</p>

Alimentación complementaria	Inicio de alimentación complementaria	<p>“Después cuando le salieron los dientes de todo lo que pudieran comer: frijoles, lentejas” “A los 3 meses le empecé a dar computas, alpinitos, calditos, sopa, ahora de 11 meses le doy de todo caldo, huevo, gelatina, yogurt, de almuerzo cremas de ahuyama, en la noche sopas” “A los 6 meses le empecé juguitos, sopas al principio le daba de a poquitos los primeros días mientras el organismo se acostumbra, y ahorita el niño me come muy bien” “Después de los 4 meses se puede dar variedad de cosas” “Después de los 4 meses hay que empezar a darles jugos y otras cosas” “A los 6 meses hay que darle pecho, tetero, jugos”</p>	<p>Divergencias en el inicio de la alimentación complementaria: Relacionada con la dentición, Inicio entre los 3-6 meses con elementos blandos y líquidos, No se evidencia el concepto del inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses como factor protector de diarrea</p>
Vitaminas	Hierro y vitamina A	<p>“El hierro sirve para los huesos” “Yo he escuchado hablar poco del hierro” “No se en donde está el hierro, creo que en los cereales” “La vitamina A esta en las frutas, es algo para los ojos” “Vitamina A: en las carnes” “El hierro es para la sangre” “Pienso que las vitaminas ayudarían mas en el crecimiento, que este mas gordita” “Las vitaminas van en los alimentos que se les da, en las frutas, en el huevo”</p>	<p>Concepto vago sobre la utilidad y disponibilidad del hierro: para los huesos y la sangre. Hay un concepto vago pero mas enfocado sobre la utilidad y disponibilidad de la vitamina A</p>
Saneamiento ambiental	Lavado de manos	<p>“Hay que lavarse las manos más que todo para hacer alimentos, también cuando se embarran los niños” “Al salir del baño, al desayunar, para prepararlo el biberón al niño y para comer” “Lavado de manos al preparar los teteros” “Antes de preparar los alimentos, después de salir del baño, después de cambiarle el pañal al bebe”</p> <p>Fragmento de observaciones no participantes durante la consulta Se observan las manos sucias y las uñas largas durante la consulta, igualmente se observa el cambio de pañales de los niños sin el lavado posterior de manos. Igualmente se evidencia el suministro de alimentos durante la consulta sin el previo lavado de manos.</p>	<p>Importancia del concepto del lavado de manos en varias situaciones para mantener la higiene, pero en la práctica se sigue observando el poco cumplimiento de esta actividad</p>
	Animales en casa	<p>“Los animales hay que tenerlos lejos porque empieza a oler mal” “Lejos de la casa”</p>	<p>Concepto de mantener los animales a distancia por la generación de olores</p>
	Manejo de basuras	<p>“Las basuras se queman, se echan en una bolsa, los pellejos y desperdicios se los echo a las vacas y el resto los quemo”</p>	<p>Manejo de basuras a través de la quema pero durante el proceso de recolección emerge la importancia de mantenerlas almacenadas y guardadas con elementos protectores que eviten los malos alores, los animales y las enfermedades</p>

	Provisión y consumo de agua	Las basuras se queman, se echan en una bolsa, los pellejos y desperdicios se los echo a las vacas y el resto los quemo” “Se queman, todo se recoge en una bolsa en el contenedor y los quemo con leña” “Se deben quemar cada 8 días, se recoge la basura en un lugar lejos de la casa en una caneca tapada” “Si no se tiene tapada la basura pueden producir enfermedades” “Se bota y se quema” “Debe sacarla porque huele a maluco y los animales vienen detrás y llegan más animales”. “Yo la hiervo 5 minutos, la dejo enfriar y a la nevera o si no se tapa y ahí se consume” “El agua de la alberca es para la vaca, yo consumo agua del tanque que baja por la tubería” “La diarrea da por los alimentos mal preparados y por el agua sin hervir” “Para prepara el suero oral hay que hervir el preparados y por el agua sin hervir” agua” “La diarrea da por el agua sin hervir”	Concepto de que el agua que reciben es inapropiada para el consumo por atravesar por lugares contaminado, por lo cual requiere tratamiento antes de consumirla. El consumo de agua sin hervir puede ser causa de diarrea
	Uso de sanitario	“En donde yo vivo no hay baño, me toca en campo abierto, el único inconveniente es que la gente lo vea a uno” “Si yo no tuviera baño y tuviera que ir a campo abierto uno no se siente bien, además yo creo que se pueden coger infecciones, además dan olores”	Ideas divergentes acerca del realizar las necesidades a campo abierto: -Uso de éste por ser el único recurso sanitario, cuyo único problema es el pudor. -Generación de enfermedades infecciosas además de la contaminación del aire

Evaluación de la satisfacción de la consulta por los cuidadores

La percepción hacia la consulta por parte de los cuidadores fue positiva en relación al proceso de aprendizaje dentro de ella, su participación activa y costo efectividad, como se describe en la tabla 4.

Tabla 4. Evaluación de la satisfacción de la consulta por los cuidadores

Categoría	Comentarios	Interpretación
Ventajas y concepto de la consulta	<p>“Acá están pendientes de que los niños se están desarrollándose bien, ven si avanzan depende de la edad”</p> <p>“Acá nos orientan a través de las preguntas y nos dan información”</p> <p>“Las mamás aprenden de las otras mamás”</p> <p>“Antes no sabía de pediatría y no podía distinguir los síntomas que estaban mal, y estamos pendiente cuando hay que traerlos a hospitalizar”</p> <p>“Me doy cuenta cuando las cosas del niño están mal por lo que he aprendido aquí”</p>	<p>Percepción de un adecuado cuidado del desarrollo del niño</p> <p>Percepción de orientación a través de su propia reflexión</p> <p>Percepción de mejor entrenamiento en signos de alarma gracias a la asistencia a</p>

	<p>“En otras consultas le preguntan que hace cuando el niño está enfermo y ellos son los que le dicen si está bien o mal”</p> <p>“Esta consulta sirve porque el sisben no cubre la consulta y aquí no cobran”</p> <p>“Los ejercicios que aquí nos enseñan son buenos”</p> <p>“Son buenas las charlas porque se aprenden cosas que no se sabe”</p> <p>“Se aprende con las mamás y con el médico porque dicen cosas que no sabemos”</p>	<p>las consultas</p> <p>Perciben la diferencia de la consulta tradicional con un componente de comunicación unidireccional en donde el profesional es quien da las indicaciones</p> <p>Percepción de aprendizaje con los pares bajo supervisión del pediatra</p> <p>Ventaja a nivel económico por ser parte de un grupo al que no se le cobraron las consultas</p>
--	---	--

Comparación entre la interpretación previa y posterior a la interacción educativa

Se evidenció persistencia en la mayoría de los conceptos en relación a los determinantes de enfermedad diarreica aguda durante la primera y segunda consulta, aunque en otros aspectos se generaron cambios, no solo en los conceptos sino también en las conductas dentro de la consulta, como se describe a continuación en la tabla 5.

Tabla 5. Comparación entre la interpretación previa y posterior a la interacción educativa

Fenómeno	Categoría	Interpretación agosto 2008	Interpretación febrero 2009	Análisis de resultados
Diarrea	Concepto de diarrea	No existe claridad sobre el concepto de diarrea, son vagos los conocimientos o están relacionados con las manifestaciones asociadas a la enfermedad, las cuales son expresadas al realizar otras preguntas	El concepto de diarrea se da a través de las manifestaciones con las cuales se asocia como la fiebre, el vómito, la inapetencia, la asistencia frecuente al baño, la	Persiste el concepto de la diarrea a través de las manifestaciones de las que se acompaña, pero emerge el concepto de frecuencia, consistencia y cantidad en las deposiciones

			consistencia y la cantidad; o con la presencia de ésta en relación la ingesta de las comidas	
Causa de la diarrea	<p>La causa de la diarrea se debe al consumo de elementos contaminados principalmente el agua, alimentos u objetos que tienen contacto con la boca de los niños, y que no afecta de la misma manera a los adultos.</p> <p>También se encuentran otras creencias que explican que un evento corporal producto del desarrollo del niño, como es la salida de los dientes genera en el cuerpo manifestaciones como la diarrea y la fiebre.</p> <p>El descuajo, evento que será explicado a continuación, también es considerado una causa de la diarrea</p>	<p>Se presenta por un proceso infeccioso viral generado por falta de limpieza en las manos y contacto de estas o de algún otro elemento físico, alimentos con la boca, o el consumo de agua contaminada.</p> <p>Existe también el concepto de la diarrea como manifestación del descuajo y del proceso de dentición</p>	<p>Persiste en concepto de que la diarrea es causada secundariamente al contacto de elementos contaminados con la boca como alimentos, objetos, consumo de agua no tratada, aunque emerge una causa primaria principal: un patógeno viral</p> <p>Persiste el concepto de la existencia de otros eventos que son manifestados a través de la diarrea: el descuajo y la dentición</p>	
Concepto descuajo	<p>Evento físico producido por el paso de la posición horizontal a vertical durante el inicio de la bipedestación, y que se desencadena al desencajar un elemento conocido como “cuajo” relacionado con el intestino al presentarse una fuerza física como un golpe, cuya manifestación es la “soltura” o el vómito dependiendo de la dirección que adopte el cuajo.</p>	<p>Diarrea como manifestación del descuajo</p> <p>Se presenta por el paso de la posición horizontal a la vertical cuando inician la bipedestación y exacerbada por los golpes al cambiarles la posición del cuajo.</p> <p>Diferencia bien la causa de la diarrea originada por el contacto de las manos con el piso</p>	<p>Persiste el concepto del descuajo como una alteración de la posición de un elemento denominado cuajo, el cual es equivalente al intestino, que se produce como consecuencia del paso de la posición horizontal a la vertical durante el proceso de bipedestación y que se exagera con los golpes. Las causas de la diarrea son diferentes a las del descuajo</p>	
Diferencia entre diarrea y descuajo	<p>El descuajo se presenta con manifestaciones físicas más severas como la fiebre, el borborigmo, la deshidratación, y un tiempo de evolución más prolongado que</p>	<p>Con la diarrea se presenta mal estado general en relación a la imposibilidad de ingesta de alimentos por el vómito y presencia de fiebre.</p>	<p>No existe un concepto claramente establecido para diferenciar la diarrea del descuajo, para algunos el descuajo es más severo en cuanto a los síntomas asociados y</p>	

		<p>las familias observan o que les han sido transmitidas por generaciones y cuyo manejo principal es mandarlos a sobar con lo cual curan al poco tiempo por lograr llevar el cuajo a su posición. Las manifestaciones de la diarrea no son tan severas y el tiempo de evolución es más corto.</p> <p>Para poder diferenciar entre la diarrea y el descuajo se debe mandar a sobar y observar la respuesta obtenida. El descuajo sana con este tratamiento.</p> <p>Otro concepto es que la diarrea es una manifestación del descuajo.</p> <p>La deshidratación es una manifestación física tanto de la diarrea como del descuajo.</p> <p>Existen conceptos divergentes para poder diferenciar la diarrea del descuajo, en donde los clasifican según la severidad y el tiempo de evolución, en otras ocasiones uno que se presenta como manifestación sintomática del otro, o manifestaciones físicas como la deshidratación que es un hallazgo común en ambas enfermedades.</p>	<p>Diarrea como manifestación del descuajo</p> <p>Concepto que las manifestaciones de la diarrea y el descuajo son las mismas pero las causas son diferentes.</p> <p>Concepto generado por otras personas como los sobanderos quienes son los que distinguen entre los dos estados</p>	<p>el tiempo de evolución, mientras que para otros la diarrea es más severo igualmente por la presencia de síntomas asociados. Otros conceptos que las diferencian son las causas aunque las manifestaciones son las mismas.</p> <p>Las personas idóneas para diferenciarlas son los sobanderos, quienes al realizar el tratamiento y al presentarse mejoría de los síntomas, determinan que es descuajo.</p>
	Manejo de la diarrea	<p>El manejo depende del origen, si es diarrea le dan alimentos que mejoren la consistencia de las deposiciones y bebidas que van a disminuir el dolor generado por la enfermedad.</p>	<p>Manejo sintomático para la fiebre, por la intolerancia a recibir alimentos prefieren dar líquidos como suero oral, gelatina, aguapanela.</p> <p>El concepto del</p>	<p>En ambos momentos persiste el concepto del suero oral como un tratamiento disponible y positivo, independiente de la causa, el cual ha sido generado por el personal de salud</p>

		<p>Cuando el origen de la diarrea es debido al proceso de dentición, se maneja con suero</p> <p>Tienen la creencia de que alimentos como la leche pueden empeorar la enfermedad, aunque conocen por indicaciones médicas el no quitar la alimentación, aunque como práctica suministran lo que el niño recibe más fácil como los líquidos, aromáticas, sustancia y el suero oral.</p>	<p>beneficio del suero oral es generado por el personal de salud</p> <p>Suministro de suero oral como resultado de la intolerancia a otros alimentos</p> <p>Concepto de no retirar los alimentos durante la enfermedad</p>	<p>Hay un poco de divergencia en cuanto al retiro o no de los alimentos durante la enfermedad, se requiere evaluar en otros momentos este concepto.</p>
	Signos de alarma para consultar por diarrea	<p>Tienen el concepto del mal estado de salud secundario a la enfermedad por cambios en el ánimo o el comportamiento del niño manifestado por el llanto, la irritabilidad, el patrón anormal del sueño, el nivel de conocimiento, la mala alimentación, o evidencia física como cambios en los ojos y palidez.</p> <p>Se evidencia desconfianza e inconformidad hacia la valoración y el trato por parte del médico.</p>	<p>Persistencia de síntomas como la sed, el vómito, la fiebre, la inapetencia y las deposiciones persistentes y frecuentes y signos de deshidratación como los ojos hundidos, boca seca, fontanela hundida, signo de pliegue, ausencia de lágrimas e irritabilidad a pesar del manejo con suero</p> <p>Consulta por recomendación al ser valorado por un sobandero</p>	<p>Los signos por los cuales consultan son las la persistencia de manifestaciones asociadas a la enfermedad como el vómito, la inapetencia y la fiebre además de la diarrea frecuente. Emerge el concepto más claro de signos de deshidratación secundaria a la enfermedad como la sed, boca seca, ojos hundidos, depresión de fontanela, ausencia de lágrimas y signo del pliegue</p>
Búsqueda de ayuda	Personas a quienes consultan y experiencias al buscar ayuda	<p>La búsqueda de ayuda depende de la enfermedad o de la respuesta al manejo inicial, si es descuido se consulta al sobandero, si es diarrea debido al proceso de dentición se maneja con suero, si persiste con la enfermedad consultan a un servicio de salud</p> <p>Se evidencia la falta de confianza al personal de salud por malas experiencias previas, prefieren consultar</p>	<p>Cuando se considera descuido acuden a los sobanderos</p> <p>Acuden al personal de salud posterior a la búsqueda y valoración por un sobandero</p> <p>También hubo búsqueda a personal de salud al encontrar signos se alarma</p> <p>Persiste la percepción de una</p>	<p>Se observa que la búsqueda de ayuda depende del grado de confianza hacia la persona más conocedoras, en este caso se resalta a los sobanderos y vecinos, que son los que dependiendo de la valoración direccionan a un servicio de salud. Hay otras personas que se direccionan directamente al servicio de salud cuando evidencian signos de alarma. Es evidente la</p>

		primero a otras personas como el sobandero o el vecino	mala atención por parte del personal de salud por malas experiencias	percepción negativa hacia la atención médica especialmente en la consulta de urgencias.
Leche materna	Ventajas de la leche materna	Concepto positivo por ser un alimento que protege contra enfermedades, promueve un mejor patrón de comportamiento al compararlo con los que no lo reciben, genera un vínculo madre-hijo, es natural, conceptos generados en su mayor parte por experiencias personales, aunque también por recomendaciones de personal de salud.	Percepción positiva de la lactancia materna por poseer elementos favorables que van a generar un comportamiento y una salud apropiada, aprendido por recomendación médica y por experiencia personal Concepto de que la producción de leche materna es insuficiente en cantidad por lo que hay que reforzarlo con otro tipo de leches en polvo	Concepto positivo de la lactancia materna por ser elemento protector de enfermedades, generador de buenos comportamientos y vínculos madre-hijo, aprendido por experiencias personales y por recomendaciones de personal de salud. Se evidencia temor por la cantidad producida al ser insuficiente para la nutrición de los niños, generando búsqueda de otro tipo de leches.
	Tiempo de lactancia materna	Concepto de lactancia materna exclusiva por experiencia entre los 3 a 6 meses, por indicación de personal de salud hasta los 6 meses, aunque en la práctica es difícil de cumplir esta exclusividad hasta los 6 meses por antojo de los niños y permisividad de las madres, o para entrenamiento temprano del órgano masticador. Existen divergencias en cuanto al tiempo total del suministro de leche materna, por desconocimiento de las propiedades y función de ésta después de los 6 meses o por temores de alteración en el comportamiento si se suministra por tiempos prolongados, aprendidos por transmisión cultural.	Divergencias en el tiempo de suministro de leche materna: -Concepto de lactancia materna exclusiva entre los 3 y 6 meses -Concepto de lactancia exclusiva hasta los 6 meses por predisposición de presentar enfermedades al suministrar otro tipo de alimentos -Concepto de que los elementos nutritivos y por consiguiente la función de la leche materna terminan a los 6 meses Divergencias en el tiempo total de suministro de leche materna: entre los 6 meses y los 6 años	Aunque existe el conocimiento generalmente transmitido por el personal de salud de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, se evidencia divergencia en la práctica, la cual oscila entre los 3 y 6 meses de edad, por la cantidad insuficiente que no ofrezca nutrientes necesarios. Igualmente existe divergencia en el tiempo total de suministro de leche materna por desconocimiento de las propiedades y función de ésta después de los 6 meses de edad o por temores en alteración del comportamiento al dar por tiempos prolongados.

Alimentación complementaria	Inicio de alimentos	<p>No relacionan el inicio de la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad como factor protector de diarrea.</p> <p>Existen divergencias en cuanto al inicio de la alimentación complementaria: -Relacionan el inicio de la leche de vaca antes de los 6 meses con la diarrea u otros padecimientos como cólicos o alteraciones en el patrón del sueño, aunque su concepto y práctica final es que es necesario dársela y que presenten esto para que puedan acostumbrarse. -Relacionan el inicio de alimentos tempranos como la leche de vaca con problemas renales o interferencia con las vacunas por conceptos creados por personal de salud” -Inicio de alimentación en relación a la dentición.</p>	<p>Divergencias en el inicio de la alimentación complementaria: -Relacionada con la dentición -Inicio entre los 3-6 meses con elementos blandos y líquidos</p> <p>No se evidencia el concepto del inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses como factor protector de diarrea</p>	<p>No se evidencia el concepto del inicio de la alimentación complementaria después de los 6 meses como factor protector de diarrea.</p> <p>Divergencias en el concepto del inicio de la alimentación complementaria entre los 3 a 6 meses de edad en relación a la dentición y/o posibles problemas que pueden presentar de iniciarla de manera temprana</p>
Vitaminas	Hierro y vitamina A	<p>Desconocimiento total acerca de la vitamina A.</p> <p>Utilidad del hierro para el crecimiento, fortalecimiento óseo y la sangre.</p> <p>Creencia de que la disponibilidad del hierro está en los suplementos comerciales, aunque también en los alimentos, sin tener claridad exacta de donde se encuentra.</p>	<p>Concepto vago sobre la utilidad y disponibilidad del hierro: para los huesos y la sangre</p> <p>Hay un concepto vago pero más enfocado sobre la utilidad y disponibilidad de la vitamina A</p>	<p>Se observa conceptos generales acerca de la utilidad y disponibilidad del hierro y la vitamina A.</p>
Saneamiento ambiental	Lavado de manos	<p>Existe el concepto general de la importancia del lavado de manos en varias situaciones para la prevención de enfermedades, pero en la práctica se observa</p>	<p>Importancia del concepto del lavado de manos en varias situaciones para mantener la higiene, pero en la práctica se sigue observando el poco</p>	<p>Se observa el concepto de la importancia de la práctica del lavado de manos para evitar enfermedades, aunque en la práctica se evidencia poco cumplimiento de ella.</p>

		el incumplimiento de éste.	cumplimiento de esta actividad	
	Animales en casa	Es importante la presencia de algunos animales por la utilidad que éstos generan, pero tienen un concepto general de que hay que mantenerlos alejados de la casa, aunque en la práctica se evidencia la cercanía con ellos e incluso la falta de medidas de higiene al tenerlos cerca.	Concepto de mantener los animales a distancia por la generación de olores	Se observa el concepto de la importancia de mantener los animales lejos de los niños por ser predisponentes de contaminación y enfermedades, aunque durante las observaciones no participantes de visita domiciliaria no se evidenciaba esta práctica.
	Basuras	El manejo de basuras se realiza a través de la quema, la recolección semanal por el carro, o el entierro de las mismas, aunque se observa el manejo inadecuado de las mismas durante el proceso de recolección en las viviendas	Manejo de basuras a través de la quema pero durante el proceso de recolección emerge la importancia de mantenerlas almacenadas y guardadas con elementos protectores que eviten los malos olores, los animales y las enfermedades	Se evidencia que emerge la importancia de hacer un manejo apropiado de recolección, adecuado almacenamiento de las basuras. Siempre se mantuvo el concepto de la importancia del desecho de basuras a través de quema, entierro o recolección por el carro.
	Provisión y consumo de agua	Resaltan la importancia de hervir el agua antes del consumo por los sitios contaminados por los que cruza antes de llegar a la vivienda. A pesar de esto se evidencia que en la práctica los adultos llegan a consumir este elemento sin hervir y directamente de la llave, pero que esta práctica si puede generar inconvenientes en los niños.	Concepto de que el agua que reciben es inapropiada para el consumo por lugares contaminados, por lo cual requiere tratamiento antes de consumirla El consumo de agua sin hervir puede ser causa de diarrea	Se evidencia que persiste el concepto de realizar un adecuado tratamiento del agua antes de ser consumida, la medida utilizada por todos es hervirla. Durante las observaciones no participantes de las visitas domiciliarias se observó el incumplimiento de esta práctica en algunos hogares.
	Uso de sanitarios	Hay divergencias acerca del uso del sanitario, en algunos el hacer las necesidades a campo abierto los inconvenientes que generan son de pudor teniendo un vago concepto de que puede llegar a causar algún tipo de problema externo, mientras que en otros los	Ideas divergentes acerca del realizar las necesidades a campo abierto: -Uso de éste por ser el único recurso sanitario, cuyo único problema es el pudor -Generación de enfermedades infecciosas además de la contaminación	Existen ideas divergentes del uso del campo abierto para hacer las necesidades y problemas generados -Se utiliza como único recurso y los problemas generados son de pudor -Existe el recurso del sanitario que evita la contaminación ambiental y evita la

		inconvenientes observados son de higiene y contaminación con las heces a través de los insectos.	del aire	generación de enfermedades.
--	--	---	----------	--------------------------------

Discusión

Este proyecto logró encontrar elementos transformadores por medio de una interacción educativa a través del modelo de consulta grupal pediátrica participativa desde el sentido de las madres o cuidadores.

Para la detección de los grupos vulnerables que participaron en este estudio se tuvo en cuenta uno de los componentes de promoción de la salud, que fué la participación de diferentes actores de la comunidad, en este caso integrantes de ella como lo son las promotoras de salud y las auxiliares de enfermería del hospital San Antonio de Guatavita quienes viven en el municipio y se han desempeñado en trabajos comunitarios, y como lo describe Espinosa (40), han realizando actividades para lograr adecuadas condiciones de salud.

Fue a partir de ellas en donde se inició el proceso de comprensión de los fenómenos de la experiencia de la vida humana, centrado en la interacción humana como lo apoya Tones (27) en el tercer enfoque de la educación en salud, para poder Identificar las veredas de mayor vulnerabilidad según sus criterios culturales.

Estos criterios se manifestaron en características como vivienda lejana al municipio donde cuentan con los recursos de abastecimiento básico, pobreza secundaria a bajos recursos económicos por pobre oportunidad laboral, costumbre a estas condiciones de pobreza, mal cuidado del medio ambiente por manejo de excretas a campo abierto, antecedentes de brotes de diarrea, mal cuidado de la salud personal e infantil y ausencia de tratamiento del agua.

Es aquí donde al categorizar el fenómeno de vulnerabilidad, encontramos uno de los primeros elementos transformadores de la comunicación: **la apropiación de un concepto** como primer paso para empezar a entender los fenómenos culturales de una comunidad con patrones ya establecidos.

Un segundo paso fue la realización de la encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas en factores determinantes para enfermedad diarreica aguda, la cual nos permitió caracterizar a esta población para conocer conceptos de fenómenos relacionados con este tema, y posteriormente durante la consulta grupal permitir un acercamiento con las personas de esta comunidad.

Con la realización de la consulta grupal se observó un nuevo elemento transformador que es **la confianza y el fortalecimiento de los conceptos en salud por parte de las madres y/o cuidadores**, como lo resalta Briceño (41) en una de sus tesis: La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma, pues la confianza es un factor fundamental en el éxito de una acción.

Esto fue evidenciado en categorías como la de definición y causas de la diarrea, en las cuales durante la primera consulta estos conceptos eran vagos y las causas se debían al contacto de elementos contaminados con la boca o por procesos de la dentición del niño: “La diarrea les da por las cosas que cogen y se los llevan a la boca, ellos son muy sucios” “La diarrea da cuando la dentadura, cuando les empiezan a salir los primeros dientes les da fiebre y diarrea”, y posteriormente, durante la realización de la segunda consulta este concepto fue más preciso, definiéndolo a través de las manifestaciones que acompañan a la enfermedad además de las características de la deposición en consistencia, cantidad y frecuencia: “La diarrea les da fiebre, vomito, cada rato pal baño con soltura

como si fuera agua” “era muy abundante” , y una percepción más concisa acerca de la causa como es la presencia de un patógeno viral: “dicen que la diarrea fue por un virus” “Yo creo que los virus se cogen con los alimentos”.

Otra de las categorías en donde se evidenció este elemento transformador es la de los signos de alarma, en donde durante la consulta inicial estos elementos se percibían como manifestaciones asociadas a la enfermedad como la fiebre, irritabilidad y vómito y durante la consulta posterior se establecieron conceptos más exactos: “Se les hunde el huequito de la cabeza, se les arruga la barriga, llora y no le salen lagrimas, las vistas están hundidas” , “supe que estaba deshidratada porque tenía diarrea y vomito, y empezó a pedir mucha bebida”, “La lengua se le blanqueaba”.

Otro elemento transformador observado es **la confianza hacia el personal de salud** evidenciado en la categoría del manejo de la diarrea, por un concepto positivo hacia el suero oral independiente de la causa, además de la facilidad en la consecución del mismo, concepto que ha sido dado por el personal médico: “Toca darles solo suero, yo le di de ese que venden por acá cerca al hospital” “el médico me dio suero oral” “La diarrea da cuando la dentadura, los maneja uno con suero”

En la categoría de búsqueda de ayuda con la observación participante se evidenció al recibir la pediatra llamadas telefónicas de las madres participantes en varias ocasiones para reforzar sus conocimientos en el manejo de la diarrea con deshidratación, se distingue el siguiente elemento transformador importante: **la empatía y confianza hacia el profesional.**

En la categoría del concepto de descuaje, percibido como un fenómeno producido por el paso de la posición horizontal a la vertical cuando inician la bipedestación y exacerbada por los golpes al cambiarles la posición del cuajo, y sus diferencias con la diarrea las cuales divergen de persona en persona: “para mí la diarrea y descuaje es lo mismo” , “Yo no le veo diferencia entre la diarrea, la diarrea les da fiebre y el descuaje no”, “La diferencia entre la diarrea y el descuaje es que cuando se descujan se les nota muy enfermos, en cambio con la diarrea no se nota tanto, no toca mandarlo a sobar, da solo como un día o día y medio y sana”, se observó que es necesario acercarse a la interpretación cultural y social de un evento para comprender la búsqueda de ayuda a determinadas personas, como en este caso los sobanderos e identificarlos como sujetos clave para la promoción de la salud en vez de excluirlos de este proceso, y el tratamiento principal de este fenómeno, para no irrumpir las creencias y prácticas que han estado arraigadas en esta comunidad: “Cuando se caen de cola se les baja, se les cae el cuajo, las tripas”, “El descuaje se le produce cuando empiezan a caminar o con cualquier golpecito”, “Cuando los soban y les suben el cuajo les va a pasar”, “Cuando les da diarrea uno mira primero si se descuaje, si se descuaje lo manda a sobar”; emergiendo entonces otro elemento transformador : **la apropiación de conceptos de la comunidad por parte del profesional de salud.**

Podemos entonces observar que al encontrar cada uno de estos elementos transformadores se resalta una característica importante de la consulta, la **comunicación asertiva**, como dice Briozzo (17) como comunicación humana

respetuosa de los valores y derechos de la otra persona, aplicada a la medicina, permite a los profesionales contribuir a la construcción de confianza con la comunidad; confianza no ciega, sino basada en el reconocimiento mutuo de profesionales y comunidad desde donde provienen y a quienes se deben.

La asertividad se aprende y enseñarla es una prioridad en la formación médica. Igualmente pasa con el proceso de participación de la consulta grupal, como lo dice este mismo autor, hará posible que se facilite la relación profesionales-usuarios en una dirección común.

Igualmente se resalta el intercambio de información para la construcción de un proceso de comunicación bidireccional, como enuncia Briceño,(41) no hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas, ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes.

Cuando se asume una experiencia de trabajo con una comunidad, resulta que, al final del proceso educativo, esa comunidad o ese grupo de personas se ha transformado, pero uno mismo también ha cambiado mucho.

Las visiones que uno tenía sobre el mundo, los conocimientos que uno tenía y la manera de entender la vida y las formas como uno entiende la sociedad también se cambian, es decir, uno también se transforma.

Este mismo autor resalta otro elemento importante de la educación en salud, el cual se observó en la consulta grupal, que es la manifestada en otra de sus tesis: La educación debe ser dialógica y participativa, no es posible enseñar o inducir a

la participación sin que el proceso mismo sea participativo, debe haber participación de la comunidad y de los pobladores en todo momento.

Es así como este tipo de modelo de interacción educativa contribuye a mejorar la comunicación entre el pediatra y las madres o cuidadores, como lo enuncia Silva (42): se destaca la necesidad de presentar nuevas propuestas educacionales basadas en la percepción crítica, en el análisis reflexivo, en el diálogo, en el compromiso, en el respeto y en la concientización, premisa resaltada en este tipo de consulta al ser evaluada por las madres en donde se observó la percepción de orientación a través de su propia reflexión y aprendizaje con los pares bajo supervisión del pediatra.

Conclusiones

A partir de este estudio se descubre que los resultados de una interacción educativa van más allá de simplemente dar conocimiento, en relación con el proceso de educación, comunicación y participación dentro de la consulta grupal; esto se demuestra a través de la generación de componentes más sutiles como los elementos transformadores en la relación medico paciente, en la actitud hacia el personal de salud, en la actitud hacia la consulta médica, en la confianza y fortalecimiento de los conceptos en salud, en la confianza en las recomendaciones médicas, en la empatía, y en la apropiación de conceptos por parte del personal de salud.

Se destaca la comunicación asertiva dentro este modelo de interacción educativa a través de la consulta grupal, evidenciada en el intercambio de saberes construido en un proceso bidireccional y participativo, generando una transformación de varios elementos actitudinales tanto en las madres y/o cuidadores como en el pediatra.

Mediante este estudio se evidenció el comienzo de un cambio en elementos sutiles pero muy importantes tanto en los cuidadores como en el médico, como se mencionó anteriormente; pero es claro que para lograr efectos como la transformación de un comportamiento se requiere años de interacción para lograr construir cambios en la cultura o en un grupo humano.

Este modelo de consulta grupal puede ser desarrollado e implementado en otras regiones con características similares de vulnerabilidad, como propuesta educativa en salud.

Recomendaciones

Se recomienda para estudios posteriores a largo plazo realizar la evaluación en la transformación de comportamientos que determinen los factores para enfermedad diarreica aguda y en el impacto en la morbilidad y mortalidad en esta misma enfermedad.

Adicionalmente se debe hacer partícipe a otros actores locales además del personal de salud, como son los líderes de la comunidad, las autoridades distritales o municipales, el personal del Ministerio de Salud central y local, equipos de diferentes ONG y otros que el equipo local considere necesario, para que contribuyan en la interpretación de los problemas detectados, los prioricen y se produzcan reacciones, propuestas y compromisos de acción.

Referentes bibliográficos

1. Armstrong D. The patient's view. *Soc Sci Med* 1984; 18:737-44.
2. Hernández I, Arenas M, Valdez R. "No dejarse caer en cama": las mujeres y los servicios de salud, *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro* July/Aug. 2005;21(4).
3. Arias M, Bernal C, Pérez L, Lalinde M, Ricaurte C, Vargas M. Características del proceso enfermedad-atención-muerte en niños con diarrea. *Bol Med Hosp Infant Mex* , 2001;58(5):320-330.
4. Cáceres D, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Revista Panamericana Salud pública*. 2005;17(1):15-20.
5. Huttly SRA, Morris SS, Pisani V. Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. *Bull World Health Organ*. 1997;75(2):163-74.
6. Victora GC, Smith PG, Vaughan JP. Evidence for protection by breast-feeding against infants deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987;21:319-22.
7. World Health Organization. The global burden in disease: 2004 update. Disease incidence, prevalence and disability.(2004). Disponible en URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
8. Ministerio de protección social: Módulo Análisis de situación de salud de la infancia 2006: indicadores trazadores. Disponible en URL: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2657.PDF
9. Muñoz S, Yazo C. Perfil epidemiológico Guatavita 2006: Programa de prevención y promoción 2006.p. 1-50.
10. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: importancia del concepto, *Revista de Educación y Desarrollo*. 2004.
11. Cardona Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Revista centroamericana de salud pública* 1988 ;12: 103-136.
12. Portal de cursos abiertos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia: Formación en promoción y educación para la salud, Tema II: concepto de salud, su evolución histórica y cultural. Disponible en URL: http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/contenidos (11 Octubre de 2009)
13. Instituto Distrital de Cultura y Turismo. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los habitantes de Bogotá.(1997).
14. De la Cuesta-Benjumea C. Las mujeres y el manejo de un síntoma de la valoración a la selección. *Salud Pública Méx* 1999; 41:124-9.
15. Bronfman M, Castro R, Oviedo J, Zúñiga E, Miranda C. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx* 1997; 39:442-50.

16. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743-8.
17. Briozzo L, La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria, Rev Med Uruguay 2007;23:139-141.
18. Alvarez-Dardet, C. Promoción de la Salud, Universidad de Salamanca. España. En prensa 2004.
19. Peter Briss P, Rimer B, Reilley B, Ralph C.C. Lee N, et al, Promoting Informed Decisions about Cáncer Screening in Communities and Heath Care System, Am J Prev med 2004; 26(1): 3749-97.
20. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54a Sesión del comité Regional, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad. Washington. D.C. 1990 sep 23-27.
21. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a Practitioner's guide to community theories and models in health promotion, Sydney: National Centre for Health promotion. 1998.
22. O, The Yakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st century. Genova. 1998.
23. Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de la Salud y Cambio social. Masson-salvat. Barcelona. 2000.
24. World Health Organization. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1987.
25. Navarro V, Marset P, Gil M. Salud Pública. McGraw Hill Interamericana, editores. España, 1997.p.40-55.
26. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Conocimiento, actitud y práctica de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca: Informe final. Cali: Fundación FES Social División Salud, Secretaría Departamental de Salud. 2001.
27. Tones K. Health promotion, health education and the public health. Oxford textbook of public Health. Detels, R McEwen Beaglehole R, Tanaka, H, editores. Oxford University Press. 2004.
28. Instituto de la UNESCO para la educación, Educación para la Salud, Hamburgo Alemania 1997, Disponible en URL: <http://www.unesco.org/education/ui>
29. Ministerior de Salud (MINSALUD). Promoción de la salud. Bogotá. (1992).
30. Durán E. La Promoción de la salud infantil. Disponible en URL: <http://www.unal.edu.co/medicina/Departamentos/Pediatrica/Pediatrica/PROMOCION.doc>
31. Franco S, Ochoa D, Hernandez M. La promoción de la salud y la seguridad social. Santafé de Bogotá, Corporación salud y desarrollo. 1995.
32. Marqués S, Métodos y medios en promoción y educación para la salud, Editorial UOC, primera edición, Barcelona 2004.p.57-71-115-137. Disponible en URL: <http://books.google.com.co/books?id=R3e850qjWA0C&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>
33. Paz M, Sandín E. Investigación cualitativa en educación, Fundamentos y tradiciones, McGraw Hill, editoriales, España, 2003.p. 45-71.
34. Dawson S. Manderson L. y Tallo V. A manual for the use of focus group. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries. 1993.
35. Krueger R.A. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications.1995.

36. Hernandez Sampieri R, Metodología de la Investigación, Mcgraw Hill, editores. 4 ed. 2006.
37. Velandia T, Torrado O, Lopez C. Strategy of communitarian intervention, Adapting health services and Health Profession Education to local Need: Partnerships, priorities and passios, The Network, International Conference, September 27-October 2, 2008.
38. Salgado V, González T, Bojorquez L, Infante C. Vulnerabilidad social, salud y migración México -Estados Unidos, Salud pública de México, 2007;(49): 10-20.
39. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (US). Guías para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas claves que protegen la salud infantil. Washington. D.C. 2004
40. Espinosa A y cols. La promoción de la salud en el sistema de seguridad social en Santa Fe de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 1997.
41. Briceño R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria, Cad. Saúde Públ. 1996;12(1):7-30.
42. Dias A, Silva V. Tendencias de la producción del conocimiento en la educación en la salud en Brasil, Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(6): 10-20. Disponible en URL: www.eerp.usp.br/rlae.

Anexo 1 Entrevista semi estructurada de sensibilidad de riesgo realizado a personal de salud del Hospital San Antonio de Guatavita

Según su valoración y experiencia, cuáles son las Veredas de Guatavita que considera más vulnerable?

Por qué las considera vulnerables?

Según su valoración y experiencia cuáles Veredas de Guatavita requieren mayor intervención en AIEPI, especialmente en fortalecimiento de lactancia materna, alimentación complementaria, cuidados del niño enfermo y cuidados en casa?

Según su valoración y experiencia, en cuales Veredas de Guatavita Ha Ocurrido mayor mortalidad de niños menores de 2 años?

Anexo 2 Entrevista semi estructurada de conocimientos, actitudes y prácticas en determinates de enfermedad diarreica aguda

INFORMACION GENERAL

ZONA			BARRIO / VEREDA			DIRECCIÓN			TELÉFONO			
	R u r a l		Urba na									
NOMBRES APELLIDOS ENTREVISTAD@				PARENTESCO DEL ENTREVISTAD@ CON EL NIÑ@				E D A D	ESCOLARID AD		OCUPAC IÓN	
No CEDULA:												
						3 . H n @	4 . T i @	5. Otro Cuál?				

(Solo un niño por familia visitada)

NOMBRES Y APELLIDOS NIÑ@ MENOR DE CINCO AÑOS	SE XO		FECHA NACIMTO			EDAD		SEGURI DAD SOCIAL		
			D I A	M E S	A Ñ O	M E S	A Ñ OS			

B. INFORMACIÓN SOCIO-FAMILIAR

1. COMPOSICIÓN FAMILIAR		N o
No de Miembros de la Familia		
de Menores de 6 meses		
No de Niños de 6 a 24 meses		
No de Niños de 24 a 36 meses		
No de Menores de 36 a 48 meses		
No de Menores de 5 a 12 años		
No de Miembros de 12 años a 18 años		
No Miembros mayores de 18 años		
2. TIPOLOGÍA FAMILIAR		
Familia Nuclear (Papa, mamá e hijos)		1
Familia Extensa (papá, mamá, abuelos, tíos, amigos)		2
Familia Monoparental (Mamá / Hij@ - papá/ Hij@)		3
Otro (mamá, padrastro, madrastra, etc)		4

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA

PRÁCTICAS CLAVE 1. LACTANCIA MATERNA			
1. 1	¿Aún le está dando pecho (leche materna) a(nombre del niño)?	1 . 2	¿Durante cuántos meses le dio usted pecho (leche materna) a..... (nombre del niño)
	1.- Si <i>pase a la pregunta 1.3</i>		./___/___/ meses
	2.- No <i>pase a la pregunta siguiente</i>		88. No aplica ____ 99.- No sabe
1. 3	¿Hasta qué edad piensa darle pecho (leche materna) a.....(nombre del niño)?		/___/___/ meses 99.- No sabe

	<p>¿A los cuántos meses empezó a darle a (<i>nombre del niño</i>)</p> <p><i>Indicar el número de meses cumplidos: ej. 22 días = 0 meses; 30 días = 1 mes; 45 días=1 mes</i></p>		
	MESES		MESES
1. 4	1.- Aguitas, líquidos claros		5.- Compota
	2.- Otra leche distinta a la materna		6.- Comida de la olla familiar
	3.- Jugo de frutas		88.- <i>No aplica:</i> si no sigue con lactancia exclusiva.
	4.- Caldo o sopa		99.- No sabe: la cuidadora
1. 5	<p>¿Conoce Ud cuántos meses se debe amamantar a un niño únicamente con pecho(Lactancia Materna , sin darle ni siquiera agua?</p>		
	1.- Sí Cuántos meses? /___/___/ meses		2.- No pase a la pregunta siguiente
1. 6	<p><i>En su opinión, ¿hasta qué edad se debe dar el pecho a un niño? /___/___/ meses</i></p>		
2. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
2. 1	<p>A qué edad debería empezar la madre a darle otros alimentos al niño además del pecho?</p> <p>_____ Meses 99.No sabe</p>		
2. 2	<p>Ha escuchado hablar de la Vitamina A? 1. SI _____ Para qué sirve? NO _____</p>		
	<p>1. Prevenir enfermedades: prevenir diarrea, resfriados Visión normal. Prevenir Infecciones, estar sanos</p>		
	<p>2 Otra respuesta</p>		
2. 3	<p>Sabe donde se puede conseguir la Vitamina A para su niñ@?</p>		
	<p>1. SI ¿Dónde? 1. Alimentos 2. Pastas o cápsulas</p>		
	<p>En qué alimentos?</p>		
	<p>2. NO</p>		
2. 4	<p>Ha escuchado hablar del Hierro? 1. SI 2. NO</p>		
	<p>Para Qué sirve?</p>		
	<p>1. Prevención de la anemia, para el crecimiento</p>		<p>Sabe donde se puede conseguir Hierro para su niñ@? 1. SI 2. NO</p>
	<p>2. Otra respuesta</p>		<p>Dónde ? 1. Alimentos 2. Pastillas</p>
			<p>En qué alimentos?</p>

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN	
SIGNOS DE ALARMA	
¿ Cuándo fue la última vez que su niñ@ se enfermó de diarrea?	
1. _____ Días 2. Semanas _____	
¿ Esa vez (nombre del niñ@) tuvo ojos hundidos?	
1. SI (Pase a la siguiente pregunta) 2. NO	
Buscó consejo o tratamiento? 1. SI (pase a la pregunta 3.4) 2. NO (Pase a la pregunta 3.7)	
¿ A dónde acudió a pedir ayuda o tratamiento?	
1. Hospital	4. Promotora
2. Centro de Salud	5. Vecina
3. Clínica o médico particular	6. Otro Cuál?

4. MANEJO EN EL HOGAR	
Cuando (nombre del niñ@)...u otro de sus hij@s tuvo diarrea ¿qué tratamiento le dio?	
1.- Nada	5.- Cocimiento u otro líquidos (aguas aromáticas)
2.- Suero oral (sobre)	6.- Medicinas Cuáles _____
3.- Solución de agua y sal (suero casero)	7.- Otros (especifique): _____
	99.- No sabe

¿Si su niñ@ tuviera diarrea, qué señales o signos le indicarían que debe buscar ayuda de inmediato?	
---	--

1- Vómito	7.- Orina poco
2- Fiebre o Calentura	8.- Sangre en las heces
3- Boca seca	9.- No acepta líquidos o comidas
4.- Bebe rápidamente	10.- Signo de pliegue
5.- Ojos hundidos	11.- Otros (Cuáles)_____
6.- Mollera hundida	99.- No sabe

5. MEDIDAS DE HIGIENE Y SANEAMIENTO BASICO	
6 . 1	¿Tienen agua? 1. SI _____ 2. NO _____
6 . 2	De dónde obtienen el agua que usan para tomar? (<i>anote la fuente más frecuente</i>)
	1.- Red pública (dentro o fuera de la vivienda, grifo público) 5.- Agua de lluvia
	2.- Pozo 7.Otro: _____
	3.- Río
6 . 3	Considera que el agua que usa para beber es segura? 1. SI _____ 2. NO _____
	<i>Explique porque es segura?</i> 4.- Es filtrada
	1.- Es potable (red de agua de la ciudad) 5.- Es limpia
	2.- Es clorada 6.- Otro _____
	3.- Es hervida
6 . 4	El agua que con más frecuencia consumen en su hogar para beber:
	1.- La hierven 4.- La filtran
	2.- Le echan lejía, cloro 5.- Otro _____
	3.- Tal como viene de la fuente
6 . 5	Causa algún problema beber agua no segura? 1. SI _____ 2. NO _____
	¿Qué problemas?
	1 : Problemas gastrointestinales, dolor de barriga, diarreas
	2 : Cualquier respuesta que no incluya a ninguna de las anteriores

6 . 6	¿Cree que todos en la comunidad tienen agua segura? 1. SI _____ 2. NO _____	
6 . 7	¿Cuántas veces se lavó las manos ayer? _____ Veces	
6 . 8	¿En qué ocasiones se lava las manos?	
	1.- Antes de comer	4.- Para atender a los niños
	2.- Después de hacer sus necesidades	5.- Después de cambiar los pañales a los niños
	3.- Para preparar los alimentos	6.- Otras : _____
6 . 9	Dónde hacen sus necesidades biológicas (Defecan) ?	
	1.- Letrina	3.- Aire libre en el monte
	2.- Inodoro (baño)	4.- Otro : _____
6 . 0	Hacer sus necesidades al aire libre ocasiona problemas? 1. SI _____ Cuáles' 2. NO _____	
	1. Diarrea	4. Contaminación de alimentos
	2. Parásitos	5. Contaminación Ambiental
	3. Contaminación del Agua	Otros _____
6 . 1 1	Observe si la persona entrevistada tiene animales dentro de la casa . SI _____ Cuáles? NO _____	
	1. Gatos	3. Perros
	2. Aves (gallinas, patos)	4. Otros _____
6 . 1 2	Qué hace con la basura de su casa? (Lo más frecuente)	
	1.- La junta en un lugar fuera de casa.	6.- La recoge el camión de basura
	2.- La dispone en un basurero	7.- La usa para abono
	3.- La quema	8.- La mantiene en un lugar definido y tapada
	4.- La tira a cielo abierto.(la bota al terreno)	9.- La bota al río o quebrada
	5.- La entierra.	10.- Otra : _____

Anexo 3 Guía temática abierta de los grupos focales en la consulta grupal pediátrica

Presentación formal entre el pediatra y los cuidadores de los niños asistentes a la consulta, explicación de la metodología a seguir, aclaración de dudas.

Primera fase de la consulta grupal: grupos focales, luego de discutir cada tema se llegará a un acuerdo grupal de lo que es correcto y de lo que se debe hacer, y explicación del por qué no de lo encontrado como incorrecto.

Tema: lactancia materna

Hasta que edad un bebe debe recibir leche materna exclusiva?,

Cuanto tiempo debe recibir en total?

Tema: alimentación complementaria

A los cuantos meses un bebe debe empezar a comer o tomar cosas diferentes a la leche materna, incluyendo aguitas, jugos, sopas, compotas y otras leches?

Que debe empezar a recibir de comer un bebe al cumplir los 6 meses?

Que y como se le debe continuar dando hasta los 12 meses?

Vitaminas

Para qué sirve la vitamina A?

En que alimentos se encuentra?

Para qué sirve el hierro?

En qué alimentos se encuentra?

Enfermedad y Signos de alarma

Que es la diarrea?

Causas de diarrea y de escujo?

Qué hizo la última vez que su hijo le dio diarrea, si no le ha dado, qué haría?

Cuando tuvo diarrea o si tuviera, como saben que está grave y que hay que llevarlo a urgencias?

Asistencia domiciliaria

Que es el suero oral? Para qué sirve?

En caso de no tener suero oral en casa qué otra cosa le da?

Cuando el niño tiene diarrea o vómito, que alimentos le da en casa y como se los da?

Medidas de higiene y saneamiento

Qué pasa si toman agua que no es limpia?

Si no tienen agua limpia que pueden hacer para limpiarla o para hacerla segura para beber?

Como hierven el agua?

En qué momentos creen que deben lavarse las manos y por qué?

Donde hacen sus necesidades?

Qué pasaría si hicieran sus necesidades al aire libre?

Creen que tener animales dentro de la casa ocasiona algún problema para la salud? Por qué?

En donde botan la basura de la casa?

Qué pasa si botan la basura por ahí o la dejan destapada?

Segunda Fase de la consulta: Anamnesis de antecedentes, examen físico participativo, previo entrenamiento médico cada cuidador pesa, talla y toma temperatura a sus hijos. Posteriormente el pediatra completa el resto del examen físico.

Recomendaciones generales según los hallazgos encontrados en los grupos focales y durante el examen físico.

Aclaración de dudas e inquietudes.

Cita control en un mes para fortalecimiento de conocimientos.

Anexo 4 Consentimiento para participar en el estudio

Mi nombre es _____ y represento a _____.

Antes de que usted decida tomar parte en este estudio de investigación, es portante que lea, cuidadosamente, este documento. Se discutirá con usted el contenido de este informe y se le explicará todos aquellos puntos en los que tenga dudas. Si después de haber leído toda la información usted decide participar en este estudio, deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado. A usted se le ha pedido que participe en un estudio de investigación. El objetivo de este estudio es describir la contribución de la consulta grupal de Pediatría, a los padres o cuidadores de los niños menores de 2 años que asisten al hospital de Guatavita, en relación a la lactancia materna, alimentación del niño, signos de alarma y consulta al presentarse algún episodio de Diarrea. Si usted acepta participar en este estudio se le realizará una encuesta inicial, asistirá a la consulta grupal de Pediatría en el hospital San Antonio de Guatavita, en donde se le harán unas preguntas, se le realizará un examen físico al niño y luego se le darán algunas recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud del niño, dentro de un año se le volverá a realizar esta misma encuesta. Las preguntas de esta encuesta son para que conozcamos mejor la comunidad y de esa manera ayudarles en el futuro. No recibirá dinero ni tendrá que pagar nada por participar en el estudio. El cuestionario nos tomará unos 30 a 40 minutos y es completamente voluntario. Si usted no quiere participar, esto no afectará en nada la atención que reciba del centro de salud; y si lo desea hacer, puede también negarse a responder cualquiera de las preguntas y terminar la entrevista cuando quiera. La información que nos dé no se la contaremos a nadie. Los informes no mencionan el nombre de ninguna persona y será solo para mejorar la atención que las madres y los niños(as) reciban. Cualquier pregunta que tenga acerca de la encuesta le será respondida

Desea entonces participar en el estudio? Sí..... No.....

He leído y entendido la hoja de consentimiento, se me han aclarado las dudas y se me han respondido todas las preguntas. Por lo que acepto voluntariamente participar en el estudio.

Fecha _____

Nombre _____ y CC _____

Firma _____

Investigador _____ Firma _____

Testigo _____ Firma _____

—