



Medicina U.P.B.

ISSN: 0120-4874

revista.medicina@upb.edu.co

Universidad Pontificia Bolivariana

Colombia

López Herrera, Francy Edith; Gil Villa, Aura María; Carmona Jiménez, Diana Yazmín;
Moreno Vásquez, Ana María; Jaramillo Parra, Elisabeth
Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia
Medicina U.P.B., vol. 36, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 24-33
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159051102004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

ARTÍCULO ORIGINAL

Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia

Fecha de recibido:
28 de noviembre de 2016
Fecha de aprobación:
13 de enero de 2017

Family practices in the care of children from the rural areas of Sopetrán, Antioquia / Prácticas familiares no cuidado dos menores da zona rural de Sopetrán, Antioquia

Francy Edith López Herrera¹, Aura María Gil Villa², Diana Yazmín Carmona Jiménez³, Ana María Moreno Vásquez⁴, Elisabeth Jaramillo Parra⁵

Forma de citar este artículo:
López FE, Gil AM, Carmona DY, Moreno AM, Jaramillo E. Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán, Antioquia. Med U.P.B. 2017;36(1):24-33.
DOI:10.18566/medupb.v36n1.a04

1. Enfermera, Magíster en Salud Pública y en Educación y Desarrollo Humano. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
2. Bióloga, Magíster, Ph.D en Ciencias Básicas Biomédicas. Grupo de Investigaciones Biomédicas, UniRemington. Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington. Medellín, Colombia.
3. Administradora en Salud, Especialista en Gestión de la Calidad en Salud. Estudiante del Programa de Enfermería, Semillero Seres, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Remington. Medellín, Colombia.
4. Estudiante décimo semestre de Enfermería, Semillero Cuidar, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: determinar la aplicación de prácticas familiares clave de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia, por parte de los padres de niños inscritos en hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en la zona rural del municipio de Sopetrán, Antioquia, en 2014.

Metodología: estudio descriptivo, transversal. La fuente primaria fue el universo de padres o cuidadores.

Resultados: participaron 79 padres o cuidadores de nueve Hogares comunitarios de ocho veredas del municipio. En promedio, las madres tenían 28 años y los padres 32. El 74.7% de las familias fue de estrato socioeconómico nivel uno; la frecuencia de familias de tipo nuclear fue del 48%. Las verduras, los vegetales, los lácteos, las calabazas y las zanahorias fueron los alimentos menos consumidos por los menores. El 54.4% de las familias obtiene el agua de nacimiento y el 21.5% no le realiza tratamiento antes de consumirla. El 5.1% deposita excretas a campo abierto. El 15.2% y el 35.4% desconocen los signos de peligro que ponen en riesgo la vida del menor por infección respiratoria y por enfermedad diarreica aguda, respectivamente. En el 89.9% de los casos las madres se encargan del cuidado de los menores, con poca o nula participación del padre.

Conclusión: los padres desconocen las prácticas clave relacionadas con la identificación temprana de signos de alarma de enfermedades prevalentes en la infancia. Además, el derecho al agua potable y saneamiento básico no es una realidad para todas las familias participantes. Adicionalmente, muchas no hierven el agua para consumirla, lo que podría incrementar algunas enfermedades prevalentes.

Palabras clave: atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; niño; prevención primaria; cuidadores.

ABSTRACT

Objective: To determine to what extent the parents of children participating in the Colombian Institute for Family Wellbeing community homes implemented key family practices as a part of integrated management of childhood illness in the rural areas of Sopetrán, Antioquia in 2014.

Methodology: cross-sectional descriptive study. The main source was the universe of parents or caregivers.

Results: Seventy-nine parents or caregivers participated from nine community wellbeing homes in eight rural communities. The average age of mothers and fathers was 28 and 32, respectively. Of all families, 74.7% belonged to the lowest socioeconomic strata, and 48% of families were nuclear families. Vegetables, dairy products, pumpkins, and carrots

were the least consumed foods by children. Over half of families (54.4%) get water from springs, 21.5% do not treat the water before drinking it, and 5.1% still practice open defecation. In fact, 15.2% and 35.4% remain unaware of the warning signs of infant respiratory infection and acute diarrhea, respectively. In 89.9% of cases, mothers care for children with little or no help from fathers.

Conclusion: Parents are unaware of the key practices related to the early identification of warning signs in diseases common to children. In addition, not all participating families have access to treated drinking water and basic sanitary conditions. Lastly, many families do not boil water prior to drinking it, which could increase the prevalence of certain diseases.

Keywords: integrated management of childhood illness; child; primary prevention; caregivers.

RESUMO

Objetivo: determinar a aplicação de práticas familiares chave da estratégia de atenção integral às doenças prevalentes na infância, por parte dos pais de crianças inscritas nos lares do *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*, na zona rural do município de Sopetrán, Antioquia, em 2014.

Metodologia: estudo descritivo, transversal. A fonte primária foi o universo de pais ou cuidadores.

Resultados: participaram 79 pais ou cuidadores de nove Lares comunitários de oito bairros rurais do município. Em média, as mães tinham 28 anos e os pais 32. 74.7% das famílias foi de estrato socioeconômico nível um; a frequência de famílias de tipo nuclear foi de 48%. As verduras, os vegetais, os lácteos, as abóbora e as cenouras foram os alimentos menos consumidos pelos menores. 54.4% das famílias obtém a água de nascimento e 21.5% não se realiza tratamento antes de consumir. 5.1% deposita resíduos a campo aberto. 15.2% e o 35.4% desconhecem os signos de perigo que colocam em risco a vida do menor por infecção respiratória e por doença diarreica aguda, respectivamente. Em 89.9% dos casos as mães se encarregam do cuidado dos menores, com pouca ou nula participação do pai.

Conclusão: os padres desconhecem as práticas chave relacionadas com a identificação precoce de signos de alarme de doenças prevalentes na infância. Ademais, o direito à água potável e saneamento básico não é uma realidade para todas as famílias participantes. Adicionalmente, muitas não fervem a água para consumir, o que poderia aumentar algumas doenças prevalentes.

Palavras chave: atenção integrada às doenças prevalentes da infância; criança; prevenção primária; cuidadores.

INTRODUCCIÓN

En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) presentaron la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (Aiepi), como una herramienta principal para mejorar la salud de los niños. Uno de los tres componentes sustantivos de la Aiepi es el Comunitario, que busca mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias sobre el cuidado y atención

de los niños¹. Este componente presenta 18 prácticas familiares clave agrupadas en cuatro categorías; la primera, orientada al desarrollo físico y mental del menor; la segunda, a la prevención de enfermedades; la tercera, a asegurar la atención adecuada en el hogar y, la última, a la búsqueda de ayuda fuera del hogar. Todas ellas basadas en acciones que las familias pueden incorporar al cuidado diario de los niños para que tengan un crecimiento adecuado y feliz^{2,3}.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que cada

-
5. Estudiantes décimo semestre de Enfermería, Semillero Cuidar, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia: Francy Edith López Herrera. Correo electrónico: francy.lopez@upb.edu.co

año muere aproximadamente medio millón de niños antes de alcanzar los cinco años de edad. A pesar de que las principales causas de estas muertes son prevenibles o pueden ser tratadas mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, gran cantidad de familias no acceden a información que les permita el desarrollo de habilidades de cuidado y protección a los menores^{4,5}.

En el hospital municipal de Sopetrán, Antioquia, se atendieron en 2012 320 menores de cinco años que fueron diagnosticados con patologías prevenibles como la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA). A pesar de los esfuerzos que gobernantes y académicos realizan por difundir la Aiepi, que está relacionada con uno de los objetivos del desarrollo del milenio, sobre la disminución de la mortalidad infantil, son bastantes los padres y cuidadores de menores de cinco años que aún no la conocen^{6,7}. Lo anterior indica la necesidad de fortalecer los conocimientos sobre la prevención de patologías que, si fueran identificadas y tratadas oportunamente, no resultarían en consultas, complicaciones y muertes innecesarias.

Esta investigación pretendió conocer la cantidad y calidad de conocimientos que tenían los padres o cuidadores de los niños inscritos en los Hogares comunitarios de la zona rural de Sopetrán sobre las prácticas clave de la Aiepi, para potenciarlas y posibilitar el bienestar de los niños campesinos de este municipio^{8,9}.

METODOLOGÍA

Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los padres o cuidadores de los niños inscritos en los Hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de la zona rural del municipio de Sopetrán, que cumplieran con los criterios de inclusión: padre, madre o cuidador presente en el momento de la encuesta, que fuera responsable directo del cuidado del menor en el último año y que aceptara participar del estudio. Criterio de exclusión: falta de capacidad física o intelectual para participar por parte del padre, madre o cuidador.

Las variables se agruparon en dos categorías: una, relacionada con las características sociodemográficas de los participantes, entre ellas: edad de padres o cuidadores, escolaridad, ocupación, número de hijos y tipo de familia. La otra, relacionada con las 18 prácticas familiares clave del Aiepi comunitario, representadas en cuatro subgrupos según su finalidad: para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño, para prevenir enfermedades, para brindar cuidados en el hogar y para buscar atención por fuera de la casa.

El trabajo contó con los avales éticos, instituciones y sociales (Comité de Ética de la Escuela Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Horacio Muñoz Suescún, Secretaría de Salud y madres comunitarias). Antes del trabajo de campo se aplicó y analizó una prueba piloto. La fuente de información fue primaria, se utilizó un cuestionario semiestructurado aplicado de forma dirigida en cada una de las viviendas y en el momento de la entrevista se explicó el objetivo del estudio, el carácter voluntario de la participación y el manejo confidencial de la información.

Para el procesamiento de la información se utilizó el software SPSS, versión 21. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. A las variables cuantitativas se les tomaron medidas de tendencia central y de dispersión. La información se presenta en tablas y texto, los resultados más relevantes se cotejaron con lo encontrado en la literatura científica relacionada con el objetivo de enriquecer los hallazgos en el apartado de discusión.

Por último, se realizó capacitación a todas las madres comunitarias de la zona rural, sobre las prácticas clave y los signos de alarma de las enfermedades prevalentes en la infancia. Así mismo, se entregó material educativo para cada hogar comunitario y para cada parente o cuidador participante de la investigación.

RESULTADOS

Se encuestaron 71 madres, siete abuelas y un tío de los niños inscritos en nueve Hogares comunitarios, ubicados en ocho veredas de la zona rural de Sopetrán.

Características sociodemográficas

En promedio, las madres tenían 28 años, 17 fue la edad mínima y 44 la máxima; los padres en promedio tenían 32 años, con una edad mínima de 23 y máxima de 67. La edad promedio de los niños estaba en 36 meses, con un mínimo de dos y un máximo de 60. En la Tabla 1 se describen las medidas de tendencia central y de dispersión relacionadas con la edad de los padres en años y la de los menores en meses.

Respecto a la escolaridad, 30 (38%) padres tenían primaria incompleta, 16 (20.3%) completa, tres (3.8%) formación técnica o tecnológica y uno (1.3%) no tenía ningún grado de escolaridad. De las madres, 21 (26.6%) tenían secundaria incompleta y 20 (25.3%) completa, una sin ningún grado de escolaridad y otra con formación profesional. 59 familias (74.7%) pertenecían al estrato

Tabla 1. Edad de los padres (años) y de los menores (meses) usuarios de los Hogares del ICBF de la zona rural del municipio en Sopetrán en 2015.

Variable	Media	Desviación estándar	Moda	Percentiles		
				25	50	75
Edad de la madre	29.8	6.60	25	25	28	36
Edad del padre	34.5	8.60	28	28	32	39
Edad del menor	33.5	14.56	48	24	36	48

socioeconómico uno y 20 (25.3%) al dos. La familia nuclear fue el tipo más representativo con 38 casos (48%), seguido de la familia extensa con 31 (39.2%). 61 menores (89.9%) estaban bajo el cuidado de la madre y ocho (10.1%) eran cuidados por los abuelos u otros familiares.

Prácticas familiares clave

Lactancia materna

37 niños (46.8%) recibieron lactancia materna inmediatamente nacieron, 14 (17.7%) en la primera media hora después del nacimiento, 24 (30.4%) después de la primera hora y dos (2.5%) no la recibieron. En promedio, los niños fueron amamantados durante tres meses.

En la Tabla 2 se presenta el tipo de líquidos y alimentos que se brindan a los menores de cinco años. Entre ellos, el

jugo de frutas y los granos fueron los más representativos; las calabazas, las auyamas, las zanahorias, los vegetales de hoja verde y los lácteos eran los menos consumidos.

Afecto, cariño y estimulación temprana/buen trato y cuidado permanente

A 34 niños (43%), todos los días sus padres les leían cuentos, a 26 (32.9%) algunas veces, mientras que a 19 (24.1%) nunca. En cuanto a los juegos enseñados en el último mes, a la tercera parte de los niños le enseñaron juegos cada día y siete (8.9%) nunca.

Vacunación

Un menor no contaba con carné de vacunación en el momento de la visita y 11 (13.9%) tenían el esquema incompleto para su edad.

Tabla 2. Tipo de líquidos y alimentos consumidos por los niños de los Hogares del ICBF de la zona rural del municipio en Sopetrán en 2015.

Característica		Frecuencia (n = 79)	Porcentaje
Tipo de líquidos	Agua corriente	16	20.3
	Leche de tarro	19	24.1
	Cualquier otra leche o de vaca	31	39.2
	Jugo de fruta	43	54.4
	Algún otro líquido (agua azucarada, té, café, refresco)	30	38
	Caldo	16	20.3
Tipo de alimentos	Grano	52	65.8
	Calabaza, auyama, zanahorias	4	5.1
	Raíces o tubérculos	15	19
	Vegetal de hoja verde	5	6.3
	Mango, papaya u otra rica en vitamina A	16	20.3
	Proteína animal	38	48.1
	Legumbres	43	54.4
	Lácteos	8	10.1
	Grasas	3	3.8
	TOTAL	79	100

Higiene y saneamiento

Más de la mitad de las familias, 43 (54.4%) obtenía el agua de nacimiento natural. La conexión para 56 (70.9%) era por medio de tubería dentro de la casa. La tercera parte de las familias hervía el agua antes de ser consumida, pero 17 (21.5%) no realizaban ningún tipo de tratamiento. En lo relacionado con la disposición de excretas, 67 familias (84.8%) contaban con conexión a pozo séptico y cuatro (5.1%) las depositaban a campo abierto o en un río. La mayoría de los padres o cuidadores lavaba sus manos antes de cocinar, antes de comer y después de ir al baño; en menor proporción las lavaban después de limpiar las heces de los niños y antes de alimentarlos. Por último, se encontró que 57 familias (72.2%) depositaban las heces de los menores en la letrina o en campo abierto, 10 (12.7%) en la basura común y tres (3.8%) las enterraban.

Prevención de la malaria y el dengue

22 viviendas (27.8%) tenían tanques para almacenamiento de aguas lluvias y 57 (72.2%) no. En cuanto a la limpieza de los tanques, 15 familias (20.3%) la hacían una vez por semana, cinco (6.3%) una vez por mes y dos (2.5%) no los limpiaban. En relación con el conocimiento sobre la transmisión del dengue o la malaria, 67 padres o cuidadores (84.8%) refirieron conocimiento sobre la transmisión y 12 (15.2%) no.

Prevención del VIH/SIDA

67 participantes (97.5%) refirieron conocer sobre el VIH/SIDA; 75 (94.9%) dijeron que la enfermedad se transmite por tener relaciones sexuales con una persona enferma, 37 (46.8%) por trasfusiones de sangre, cuatro (5.1%) por la picadura de mosquitos, tres (3.8%) por besarse con una persona contagiada y dos (2.5%) de una madre enferma a su recién nacido. En cuanto a la prevención, 62 padres o cuidadores (78.5%) identificaron como medio de protección el uso del condón, 18 (22.8%) evitar la promiscuidad, 17 (21.5%) evitar las relaciones sexuales y cuatro (5.1%) no conocía ninguna forma de prevención. Del mismo modo, 67 participantes (84.8%) no tenían conocimiento sobre la existencia de alguien encargado en enseñar sobre la prevención del VIH/SIDA, mientras que 12 (15.2%) manifestaron a la persona.

Salud oral

18 (22.8%) madres no visitaron al odontólogo durante el embarazo. 32 padres o cuidadores (40.5%) no habían llevado al menor a la primera consulta odontológica, 27 (34.2%) lo llevaron cuando lo consideraron necesario y 11 (13.9%) cuando le salió el primer diente.

Enfermedades respiratorias

En cuanto a las prácticas relacionadas con la preventión de enfermedades respiratorias y la identificación de signos de peligro, se halló que 18 niños (22.8%) habían tenido tos o dificultad para respirar en las últimas dos semanas. 38 padres (48.1%) refirieron el ruido al respirar como un signo de peligro, 18 (22.8%) no poder comer, beber o lactar y 12 (15.2%) no conocían ningún signo de peligro.

Como señales de que el niño presentaba una enfermedad grave y que era necesario buscar ayuda fuera de casa, la fiebre alta fue reportada por 54 (68.4%), 28 (35.4%) refirieron el vómito permanente, 19 (24.1%) tener mal aspecto o no jugar normalmente, 19 (24.1%) no comer o no beber, 15 (19%) respirar rápido o de forma dificultosa, cinco (6.3%) presentar convulsiones y ocho (10.1%) refirieron no saber qué señales le podían indicar una enfermedad grave en el niño.

Enfermedad diarreica aguda

Quince menores (19%) tenían EDA en el momento de la encuesta, 28 padres o cuidadores (35.4%) no tenían conocimiento sobre los signos de gravedad de la diarrea en el menor, 24 (30.4%) destacaron los ojos hundidos, 20 (25.3%) la sangre en heces, 19 (24.1%) la sed intensa y tres (3.8%) la piel arrugada y seca.

Recomendaciones médicas y cumplimiento del tratamiento

En cuanto a las recomendaciones del personal de salud, se halló que 64 padres o cuidadores (81%) siempre terminan el tratamiento ordenado, 10 (12.7%) algunas veces y cinco (6.3%) nunca.

Buen trato/cuidado permanente

En la Tabla 3 se presentan las prácticas clave de buen trato y cuidado permanente de los niños. Se encontró que los abuelos eran quienes, después de la madre, se hacían cargo del cuidado de los menores. En cuanto a las normas en el hogar, la mayoría de familias las tenían establecidas. Con respecto a las formas de castigo, se halló que el más relevante fue el castigo con palmadas, en 47 casos (59.5%), seguidas de privar de algo que le guste al niño en 25 casos (31.6%), reprensión verbal en nueve casos (11.4%), hablar al niño, en ocho casos (10.1%), encerrarlo, en dos casos (2.5%), gritarle a solas, en un caso (1.3%) y no castigarlo, en dos casos (2.5%).

Participación del hombre en el cuidado del menor

27 (34.2%) jugaban todos los días con sus hijos mientras que 23 (29.1%) no lo hacían nunca o lo hacían esporádicamente. En 39 casos (49.4%) el padre nunca se ha encargado de dar los alimentos, mientras que 17

Tabla 3. Cuidado del menor, normas en el hogar y formas de castigo a los niños de los Hogares del ICBF de la zona rural del municipio en Sopetrán 2015.

Característica		Frecuencia (n = 79)	Porcentaje
Cuidado del menor en ausencia del principal	Abuela/o	39	49.4
	Compañero	21	26.6
	Otro familiar	9	11.4
	Empleada	1	1.3
	Guardería	13	16.5
	Otros menores	6	7.6
	Otros	6	7.6
Encargado de castigo de los menores	Nadie	1	1.3
	Madre biológica	65	82.3
	Padre biológico	27	34.2
	Padastro	-	-
	Madrastra	-	-
	Otro	9	11.4
Última vez que se usaron golpes como castigo	Años	3	3.8
	Meses	12	15.2
	Semanas	21	26.6
	Días	32	40.5
	Nunca	11	13.9
	TOTAL	79	100
Conocimiento sobre instituciones para menores en riesgo	No	39	49.4
	Sí	40	50.6
	TOTAL	79	100

(21.5%) lo hacían durante toda la semana. Por último, 65 (82.3%) nunca se encargaron del baño del menor.

Prevención de accidentes

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las medidas para la prevención de accidentes en el hogar. Mantener a los menores vigilados resultó ser la práctica más usada por los padres o cuidadores para mantener a los niños alejados de elementos y espacios de riesgos para la salud.

Atención a la mujer gestante, control prenatal, parto y postparto

Se encontró que 73 madres (92.4%) acudieron al hospital para su control prenatal, 72 (91.1%) se aplicaron vacuna antitetánica y recibieron sulfato ferroso. Con respecto a los signos de alarma del embarazo que reconocían los participantes, 28 (35.4%) identificaban la cefalea, 20 (25.3%) el edema en los pies, 17 (21.5%) la fiebre alta, 16 (20.3%) la disminución de los movimientos fetales,

15 (19%) escotomas, 13 (16.5%) la pérdida de líquidos por la vagina y 13 (16.5%) dijeron no conocer ningún signo de alarma durante la gestación.

77 partos (97.5%) fueron atendidos en el hospital municipal, 77 (97.5%) por médicos, 27 (34.2%) por profesionales de enfermería, 17 (21.5%) por auxiliares de enfermería y uno (1.3%) por partera tradicional. 68 (86.1%) asistieron a controles postparto, mientras que 11 (13.9%) no.

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los participantes dan cuenta de una población con nivel educativo y estrato socioeconómico bajos, lo que, sumado a las limitaciones propias de la supervivencia en las zonas rurales del país, constituye un determinante social significativo para la salud de los menores.

Tabla 4. Medidas para la prevención de accidentes en los niños de los hogares del ICBF de la zona rural del municipio en Sopetrán en 2015.

Característica		Frecuencia (n =79)	Porcentaje
Acciones para evitar accidentes	Impedir juegos con objetos pequeños	13	16.5
	Impedir juegos en la calle	13	16.5
	Impedir contacto con instalaciones eléctricas	18	22.8
	Mantenerlo vigilado	59	74.7
	Medicinas y venenos fuera del alcance	14	17.7
	Impedir juegos cerca del fuego	42	53.2
	Impedir juegos cerca de pozos	14	17.7
	Impedir juegos en escaleras o terrazas	13	16.5
	No delegar el cuidado a otros menores	2	2.5
	Otros	3	3.8
Acciones para evitar quemaduras	Nada	2	2.5
	No sabe	2	2.5
	Enseñarle a no jugar con fuego	54	68.4
	Enseñarle a no jugar en la cocina	61	77.2
	Otros	2	2.5
Acciones para evitar intoxicaciones	Nada	1	1.3
	Medicinas y químicos fuera del alcance	60	75.9
	Impedir que tome medicamentos solo	30	38
	Tapas de seguridad en medicinas	24	30.4
	Impedir el juego con medicamentos	13	16.5
	Otros	1	1.3

Al respecto, Sánchez *et al.*, en 2010 refirió que la educación de los padres se relaciona con la asistencia de los niños a la escuela y con su desarrollo cognoscitivo en general. Así mismo, las habilidades verbales de los niños que crecen en la pobreza son menores que las de la población general. Se ha encontrado que tanto el estrato socioeconómico como el ambiente familiar se relacionan con las habilidades de lectura, el cociente intelectual y la ejecución de tareas no verbales¹⁰.

La familia nuclear predominó entre la población de estudio, situación que no se relaciona con lo encontrado en Colombia, en el que la estructura familiar varía según regiones, culturas y espacios. En las zonas rurales, por ejemplo, prima la familia de tipo extenso y en las zonas urbanas es más común la familia nuclear. Sin embargo, independientemente del tipo de familia, lo importante es recordar que dentro de ella se tejen procesos que permiten preparar a los niños, por medio de actitudes, valores y comportamientos para su adaptación a la vida en sociedad¹¹.

Con respecto a las prácticas clave relacionadas con la alimentación, se encontró que buena parte de los menores no fueron lactados en la primera hora de vida, aspecto que limita la instauración exitosa de la lactancia e interferir en su papel protector de enfermedades comunes en los niños. En este sentido, Alzate *et al.*, refiere que la lactancia materna es un factor protector para enfermedades como bronquiolitis, síndrome bronco obstructivo, reflujo gástricoesofágico, desnutrición y afección cardiorespiratoria¹².

Más de la mitad de los participantes obtiene el agua directamente de un nacimiento natural, adaptado artesanalmente, con poco o nulo mantenimiento; tal situación es un factor de riesgo para la salud y constituye un asunto de derechos, pues, de acuerdo con las Naciones Unidas, todos los pueblos, sin importar su nivel de desarrollo o condición económica y social, tienen derecho al acceso a agua potable en cantidad y calidad, de acuerdo con sus necesidades básicas¹³.

Casi la cuarta parte de las familias consume agua sin hervir. Al respecto, es preciso manifestar que el agua

puede ser portadora de múltiples microorganismos causantes de enfermedades gastrointestinales, como la enteroparasitosis, que se ha hallado entre nueve y 30 veces más en personas que toman agua cruda, por tanto, resulta fundamental enfatizar en la enseñanza a la comunidad acerca de este aspecto considerado un factor de riesgo¹⁴.

De acuerdo con la Unicef, los cuidadores desempeñan un papel preponderante en el reconocimiento de los síntomas y en la búsqueda inmediata de atención para un niño enfermo, pero sólo uno de cada cinco padres o cuidadores conoce los dos síntomas reveladores de la neumonía: respiración rápida y dificultad para respirar¹⁵. Esto se relaciona con lo encontrado en este estudio, pues sólo el 19% de los padres reconoció la respiración rápida o dificultosa como una señal de que el niño tiene una enfermedad grave y es necesario buscar ayuda fuera de casa.

Del mismo modo, los resultados concernientes al desconocimiento de los participantes acerca de los signos de peligro de la enfermedad diarreica en los menores se relacionan con lo descrito por Rahman *et al*, en 2014, en cuanto a que la mortalidad por diarrea es reducible si se mejora la calidad de los cuidados y se aumenta la conciencia sobre la necesidad de un tratamiento inmediato¹⁶.

En el estudio, la mayoría de los padres o cuidadores manifestó conocer la forma de transmisión del dengue y de la malaria, lo que difiere de lo reportado por Cáceres *et al*, en 2009, quien refiere que, a pesar de la presencia de dengue en dos barrios de Bucaramanga, los conocimientos son deficientes y sólo uno de cada tres encuestados sabe que el zancudo es el responsable de la transmisión¹⁷.

Los resultados de la participación del hombre en el cuidado del menor, son relacionables con lo hallado en un estudio español, en el que se determina que los hombres dedican poco tiempo a las tareas de cuidado de los niños; esto demuestra que, a pesar de los cambios que en los últimos años se han dado en las relaciones de género, las mujeres siguen siendo las principales responsables de las tareas domésticas y familiares, incluso en países considerados igualitarios en las relaciones de género^{18,19}.

Uno de los objetivos del desarrollo del milenio es mejorar la salud materna y, para ello, es necesario reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio²⁰. En este sentido, las madres participantes hicieron uso de los servicios de salud en sus procesos de reproducción; sin embargo, algunas recurrieron a prácticas culturales que, si bien representan un recurso importante, constituyen un riesgo para su salud y la de sus hijos. Al respecto, se ha reportado que millones de mujeres no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, de manera especial, las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales²¹⁻²³.

Por último, la forma de castigo más usada para corregir a los menores fue la de las palmadas y los golpes. Esto tiene que ver con lo encontrado en una investigación realizada en Bogotá en 2013, en al que las madres reportaron que el castigo físico (palmadas y golpes), era el más usado en la crianza de sus hijos²⁴. Así mismo, un estudio de la Unicef en países latinoamericanos señala la existencia de una práctica generalizada de castigo físico contra los niños en zonas tanto urbanas como rurales y subraya, además, que el castigo físico es visto como una práctica normal en la sociedad y que el maltrato se encuentra arraigado en la crianza de los menores²⁵.

Como conclusión, los hallazgos de este trabajo investigativo no difieren de lo encontrado en otros contextos socialmente similares. Los niños necesitan cuidados específicos para evitar enfermedades, complicaciones y muertes; los padres o cuidadores requieren acompañamiento y educación para brindar mejores cuidados a sus hijos y la estrategia Aiepi una de las mejores herramientas para lograrlo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. OPS. Programa de salud infantil de la OPS recibe distinción en España [Internet]. Washington D.C: OPS; 2004 [fecha de acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=434:programa-salud-infantil-ops-recibe-distincion-espana&Itemid=488
2. OPS. Componente comunitario de la estrategia AIEPI: guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud [Internet]. Envigado: Alcaldía; 2010 [fecha de acceso 20 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/documentos/Prestacion%20de%20servicios/ciclo%20de%20capacitaciones/AIEPI/Capitulo_13%20aiepi%20comunitario.pdf
3. Universidad Pontificia Bolivariana. Las prácticas familiares clave para la salud y el desarrollo de los niños [Internet]. Medellín: UPB; 2011 [fecha de acceso 15 de marzo de 2013]. Disponible

- en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2_m030020020_medicina/pgv2_m030020030_medios/las%2018%20practicas%20clave%20nuevo%20aiepi%20comunitario.pdf
4. OPS. Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. Washington: OPS; 2002 [fecha de acceso 11 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>
 5. Unicef. Estado Mundial De La Infancia [Internet]. Nueva York: Unicef; 2005 [fecha de acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2003/12/Estado-Mundial-de-la-Infancia-2005.pdf>
 6. Pulgarín AM, Osorio SP, Restrepo Y, Segura AM. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(1):19-27.
 7. Delgado F, Sierra H, Calvache J, Ríos A. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. *Colomb Med.* 2006; 37(4): 293-298.
 8. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales Convenio cooperación técnica no. 637 de 2009 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2010 [fecha de acceso 26 de septiembre de 2012]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/actores_comunitario_aiepi_2010.PDF.E.S.E
 9. Hospital Horacio Muñoz Suescún. Estadísticas área de sistemas de información. En: E.S.E Hospital Horacio Muñoz Suescún. Plan de Desarrollo Municipal de Sopetrán 2012-2015. Sopetrán, Antioquia: E.S.E Horacio Muñoz; 2012.
 10. Sánchez PA, Valdés AA, Reyes NM, Martínez EA. Participación de padres de estudiantes de educación primaria en la educación de sus hijos en México. *Liberabit* 2010; 16(1):71-80.
 11. Pulido S, Castro J, Peña M, Ariza DP. Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2013; 11(1): 245-259.
 12. Alzate MC, Arango C, Castaño JJ, Henao AM, Lozano MM, Muñoz G, et al. Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009: Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011; 62(1):57-63.
 13. Justo JB. El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2013 [fecha de acceso 19 septiembre 2015]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/4071>
 14. Alarcón M, Lannaccone J, Espinoza Y. Parasitosis intestinal, factores de riesgo y cero prevalencia de toxocariosis en pobladores del Parque Industrial de Huaycán, Lima, Perú. *Neotrop Helminthol.* 2010; 4(1):17-36.
 15. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Pneumonia: The forgotten killer of children [Internet]. New York: United Nations Children's Fund: World Health Organization; 2006 [fecha de acceso 29 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/Pneumonia_The_Forgotten_Killer_of_Children.pdf
 16. Rahman AE, Moinuddin M, Molla M, Worku A, Hurt L, Kirkwood B, et al. Childhood diarrhoeal deaths in seven low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2014; 92(9):664-671.
 17. Cáceres FM, Vesga C, Perea X, Ruitort M, Talbot Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios de Bucaramanga, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2009; 11(1):27-38.
 18. Sánchez S, Sánchez MP, Dresch V. Hombres y trabajo doméstico: variables demográficas, salud y satisfacción. *Anales de Psicología.* 2009; 25(2):299-307.
 19. Arraigada I. Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de Población.* 2007; 13(53):9-22.
 20. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2010 [Internet]. Washington: ONU; 2010 [fecha de acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=28
 21. Idrogo SA. Control prenatal y su relación con la morbilidad perinatal en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre del 2013 [Internet]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas"; 2014 [fecha de acceso 5 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/185>
 22. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Génova: OMS; 2014 [fecha de acceso 5 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
 23. Colachahua MR. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015 [fecha de acceso 5 de octubre de 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4191/1/Colachahua_bm.pdf

24. Bolívar JK, Buitrago LE, Silva DM. Características del castigo en un grupo de madres adolescentes con hijos menores de 5 años en la localidad de Usme, Bogotá [Internet]. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana; 2013 [fecha de acceso 5 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13784/1/BolivarMonteroJulieKaterine2013.pdf>.
25. Unicef. (2009) La violencia contra los niños, niñas y adolescentes. Magnitud y desafíos para América Latina [Internet]. Buenos Aires: Unicef; 2009 [fecha de acceso 5 de octubre de 2015]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Hoja_de_datos\(1\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Hoja_de_datos(1).pdf).