# CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI, EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL MUNICIPIO DE GRANADA - META, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015.

**ZURISADAI CORREIA MAHECHA**
**IBETH MAYERLY DIAZ TANGARIFE**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**
**VILLAVICENCIO, META**
**2015**

# CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL COMPONENTE COMUNITARIO DE LA ESTRATEGIA AIEPI, EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL MUNICIPIO DE GRANADA - META, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015.

**ZURISADAI CORREIA MEHECHA**
**IBETH MAYERLY DIAZ TANGARIFE**

**Proyecto EPI presentado al Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias de la salud, como trabajo de opción de grado para optar al Enfermero**

**Directora**

**NELLY JOHANNA LOBOA RODRÍGUEZ**
**Enfermera. Magister salud pública. Magister en investigación en atención primaria. Especialista en gerencia de salud publica**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**
**VILLAVICENCIO, META**
**2015**

**NOTA DE ACEPTACION**

_____
_____
_____
_____

_____
**NELLY JOHANNA LOBOA RODRIGUEZ**
**Directora**

_____
**CLARA ROCIO GALVIS LOPEZ**
**Director Centro de Investigaciones**
**FCS**

**Villavicencio, 13 de Abril de 2016**

## DEDICATORIA

A Dios.
Señor todopoderoso e incondicional amigo que ha guiado mis pasos para hacer lo que hasta ahora me he propuesto, por darme la salud, inteligencia y las fuerzas para seguir adelante.

A mi madre Alba.
Por haberme dado la vida, por apoyarme en todo momento, por su amor, sus valores, comprensión, sacrificio, ayuda en los tiempos difíciles, por hacer todo lo posible para poder cumplir mis sueños, es para usted este logro en agradecimiento por todo su amor.

A mi maestra.
Docente Johanna Loboa le agradezco por aceptarme para realizar este trabajo de grado bajo su dirección, por haberme facilitado los medios para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este proyecto, por su apoyo y orientación, agradezco a ella por desarrollar su excelente labor.

A mi novio Carlos.
Por su paciencia, comprensión, apoyo, motivación, por su esfuerzo y su amor, por estar presente en esta etapa tan importante de mi vida, gracias por estar siempre a mi lado.

A mi amiga Mayerly.
Por su importante aporte y participación en el desarrollo de este trabajo de grado, por ser mi compañera en este corto recorrido de nuestras vidas, gracias por formar parte de este gran logro.

**Zurisadai**

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres Blanca Lucena Tangarife Tangarife y Over Holman Díaz Vargas, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mis capacidades. A mi hija Isabella Díaz quien está por nacer y por la cual estoy dispuesta a seguir luchando. A mis hermanos Sandra Liseth Díaz Tangarife, Holman Sneider Díaz Tangarife y mis sobrinos quienes con su amor me recuerdan lo valioso de la vida. A mi novio Néstor Eider Jossa Díaz quien ha sido mi soporte en momentos difíciles, a mi amiga incondicional y compañera de Tesis Zurisadai Correia Mahecha, por recorrer este camino conmigo lleno de logros y metas por cumplir sin rendirse un solo instante. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, especialmente a mi directora de tesis Nelly Johana Loboa quién nos ayudó en todo momento y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

**Mayerly**

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios todopoderoso por bendecirnos hasta donde hemos llegado, por darnos sabiduría para hacer realidad este sueño tan anhelado, a nuestra directora de trabajo de grado Nelly Johanna Loboa Rodríguez por sus conocimientos, dedicación, paciencia y motivación, ha sido un privilegio poder contar con su guía y apoyo, gracias a cada maestro de la Universidad de los Llanos que hizo parte de este proceso integral de formación, para terminar agradecemos a nuestros familiares por su apoyo incondicional y por ser un ejemplo de constancia, fortaleza, responsabilidad y amor.

**Zurisadai Correia Mahecha**
**Ibeth Mayerly Díaz Tangarife**

**CONTENIDO**


INTRODUCCION ..... 12
1 JUSTIFICACIÓN ..... 14
2 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO ..... 17
2.1. OBJETIVO GENERAL ..... 17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 17
3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN EPI ..... 18
3.1. OBJETIVO GENERAL ..... 18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 18
4 MARCO REFERENCIAL ..... 19
4.1. MARCO TEÓRICO ..... 19
4.2. MARCO CONCEPTUAL ..... 22
4.2.1. Estrategia ..... 22
4.2.2 AIEPI ..... 22
4.2.3 Salud pública ..... 22
La Salud Pública engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación. (14) ..... 22
4.2.4 Práctica ..... 22
4.2.5 Conocimiento ..... 22
4.2.6 Practicas claves del AIEPI ..... 22
4.2.7 Promoción de la salud ..... 23
4.2.8 Prevención de la enfermedad. ..... 23
4.2.9 Estilo de vida ..... 23
4.2.10. Primera Infancia ..... 23
4.2.11. Niño ..... 23
4.3. MARCO INVESTIGATIVO ..... 24
4.3.1. Evaluación de condiciones de salud, vínculo y prácticas de crianza en niños de 0 a 3 años que conviven con sus madres internas de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor de Bogotá Colombia ..... 24
4.3.2. Derecho a la alimentación de la primera infancia: niños con hambre… Grave crisis oculta: Estado de cumplimiento del derecho a la alimentación de la primera infancia en el Municipio de Sogamoso ..... 24
4.3.3. Programa de promoción de la salud escolar: infancia activa y saludable en tres territorios sociales colombianos ..... 25
4.3.4. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. ..... 25

4.3.5. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. ..... 26
4.3.6. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. ..... 27
4.3.7. Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta. ..... 27
4.3.8. Enfermedades prevalentes de la infancia y su tendencia en los últimos diez años en el Perú. ..... 28
4.3.9. Significado de prácticas comunitarias en salud en el marco de la estrategia AIEPI, Pereira 2013. ..... 28
4.3.10. Impacto de las actividades de salud pública en cuanto a la salud infantil y la salud sexual y reproductiva realizadas en el municipio de Rionegro Antioquia 2008-2011. ..... 29
4.3.11. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. ..... 29
4.3.12. Enseñanza de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en enfermería. ..... 30
4.3.13. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia ..... 31
4.3.14. Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia ..... 31
4.3.15. Discursos y prácticas de crianza en la primera infancia: una construcción sociocultural de las relaciones de género y generación en la familia ..... 32
4.3.16. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba. ..... 32
4.4. MARCO LEGAL ..... 34
4.4.1 Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia ..... 34
4.4.2 El CONPES 109 de diciembre 3 de 2007 ..... 34
4.4.3 La Ley 1295 del 06 de abril de 2009 ..... 34
4.4.4 De cero a siempre ..... 35
4.4.5 Plan decenal de salud pública 2012-2021 ..... 35
4.4.6 Plan Territorial de Salud 2012-2015, departamento del Meta. ..... 36
4.4.7 Plan de desarrollo municipal “oportunidades firmes para todos” 2012-2015 Alcaldía Granada. ..... 36
4.5. MARCO METODOLÓGICO ..... 37
4.5.1. Metodología ..... 37
4.6. MARCO SITUACIONAL ..... 38
4.6.1. Municipio de Granada, Meta, Colombia. ..... 38
Descripción Física ..... 38
Límites del municipio ..... 38

Salud 38
Cobertura de alcantarillado área urbana ..... 39
Economía ..... 39
4.6.2. Universo ..... 40
4.6.3. Población ..... 40
4.6.4. Muestra ..... 40
4.6.5. Criterios de Inclusión ..... 40
4.6.6. Criterios de Exclusión ..... 40
4.6.7. Instrumento para la para la recolección de la información ..... 41
4.6.8. Procedimiento para la recolección de la información ..... 41
4.6.9. Plan de análisis ..... 41
4.6.10. Consideraciones éticas ..... 42
4.6.11. Estrategias de comunicación ..... 42
5. ANALISIS DE RESULTADOS ..... 43
5.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRAFICAS ..... 43
5.2 INMUNIZACIONES PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES ..... 45
5.3 BÚSQUEDA DE ATENCION SIGNOS DE ALARMA ..... 50
5.4 ASISTENCIA DOMICILIARIA APROPIADA, ALIMENTACION DEL NIÑO/NIÑA ENFERMO. ..... 55
5.5 MALTRATO ..... 61
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS ..... 64
6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA ..... 64
6.2 INMUNIZACIONES PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES ..... 65
6.3 BÚSQUEDA DE ATENCION SIGNOS DE ALARMA ..... 67
6.4 ASISTENCIA DOMICILIARIA APROPIADA, ALIMENTACION DEL NIÑO/NIÑA ENFERMO ..... 68
6.5 MALTRATO ..... 69
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 75

## LISTA DE TABLAS

**Tabla 1.** Edad y zona de residencia de las madres.....44

**Tabla 2.** Régimen de afiliación y EPS de las madres.....44

**Tabla 3.** Escolaridad y ocupación de las madres.....45

**Tabla 4.** Distribución de la población infantil según edad y sexo.....46

**Tabla 5.** Conocimiento sobre complicaciones del niño/niña cuando está enfermo/a.....51

**Tabla 6.** Señales o signos que indicarían la búsqueda de ayuda de inmediato en caso de diarrea en niño/niña.....54

**Tabla 7.** Ultima enfermedad que presento el niño/niña.....56

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Edad en la que el niño/niña recibió la primera vacuna..................46

**Figura 2.** Edad en la que se aplica la primera vacuna al niño/niña.........................................................................................47

**Figura 3.** Conocimiento sobre las vacunas debe tener el niño/niña/niña según la edad………………...………….....……........…......…...…...……........48

**Figura 4.** Vacunas aplicadas a los niño/niñas; basados en el carnet de vacunación…......……......……...……...…...…...…...….....……...…...............48

**Figura 5.** Ultima vez que se vacuno al niño/niña; basados en el carnet de vacunación..................................................................................................49

**Figura 6.** Conocimiento sobre las vacunas que deben aplicarse a las embarazadas.............................................................................................50

**Figura 7.** Aplicación de vacuna durante el embarazo, para prevenir al bebe contra el tétano...........................................................................................50

**Figura 8.** Conocimiento sobre el número de veces que se le administro la vacuna contra el tétano durante el embarazo.............................................51

**Figura 9.** Conocimiento sobre cuándo fue la última vez que su niño/niña se enfermó de tos, fiebre, gripa o diarrea.....................................................53

**Figura 10.** Cuando el niño/niña se enfermo tuvo alguna señal de peligro..........................................................................................................54

**Figura 11.** Tipo de profesional que atendió al niño/niña la última vez que se enfermó...........................................................................................................57

**Figura 12.** Tiempo de espera para recibir atención la última vez que el niño/niña asistió a una IPS.......................................................................58

**Figura 13.** La última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud le indicaron algún tratamiento............................................................58

**Figura 14.** Pudo cumplir con el tratamiento ordenado, la última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud..........................................59

**Figura 15.** Razones por las que qué no se pudo cumplir con el tratamiento la última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud.....60

**Figura 16.** Razones por las que después de que el niño/niña cumplió con el tratamiento si regreso al establecimiento de salud.....60

**Figura 17.** Razones por las que después de que el niño/niña cumplió con el tratamiento no regreso al establecimiento de salud.....61

**Figura 18.** Modo en el que se cree que debe ser alimentado el niño/niña después de estar enfermo.....62

**Figura 19.** Tipos de castigos que recibían cuando eran niñas las madres de menores de 5 años.....63

**Figura 20.** Conocimiento sobre si en el municipio de Granada - Meta hay alguna institución que proteja a los niño/niñas.....63

## INTRODUCCION

Este proyecto se construyó en el marco de la investigación sobre los conocimientos y prácticas acerca de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI la cual es considerada actualmente la estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil, además de ser la estrategia de mayor impacto en la prevención de las muertes evitables de menores de 5 años, debida principalmente a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, AIEPI también es considerada como la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de enfermedades y problemas de salud, y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de la población. (1)

La presente investigación descriptiva hace parte del macro proyecto: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años del municipio de Granada - Meta, durante el segundo semestre del año 2015, metodológicamente se hizo a través de la aplicación de un instrumento, que permitiera reconocer los conocimientos y prácticas de este grupo poblacional. Los datos que se pretendían identificar y analizar fueron originales; donde se evaluó 5 aspectos los cuales fueron: caracterización socio-demográfica, búsqueda de atención de signos de alarma, asistencia domiciliaria: apropiada alimentación del niño enfermo, afecto y amor por ultimo maltrato. Los resultados se analizaron según las variables determinadas para generar procesos explicativos y lograr los objetivos propuestos.

El profesional de Enfermería requiere de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas con los diferentes grupos poblacionales. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado de los niños menores de 5 años a través de la estrategia AIEPI.

En este informe se evidencia la presencia de factores protectores y de riesgo a los que se están expuestos los niños menores de 5 años, generando datos que servirán para futuras investigaciones, proyectos y/o estrategias para reforzar aquellos elementos protectores que influyen directamente en su salud para prevenir enfermedades. Además se podrán desarrollar estrategias que optimicen los procesos de atención en salud desde la proyección social de la Facultad de Ciencias de la Salud, generando impacto en la construcción del conocimiento en salud.

# 1 JUSTIFICACIÓN

La estrategia AIEPI es eficaz para la evaluación de la condición de salud y los distintos problemas que afectan al niño, la elección del tratamiento más apropiado y su efectiva aplicación y seguimiento; también es efectiva para aumentar la cobertura de medidas preventivas básicas, como la vacunación, así como para mejorar los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad respecto del cuidado y atención del niño en el hogar. De esta manera, la estrategia AIEPI contribuye no solamente a renovar la calidad de la atención de los distintos episodios de enfermedad que afectan al niño, sino también a mejorar el cuidado de su salud por parte de la familia y la comunidad. (1)

La estrategia AIEPI consta de tres componentes, el clínico, el comunitario y el de organización local. Cada componente busca intervenir de forma prioritaria las enfermedades más prevalentes en los menores de 5 años, con el fin de lograr su objetivo principal de reducir la mortalidad infantil. Los tres componentes hacen parte de una intervención completa e integrada lo que constituye un aporte importante para mejorar las habilidades del personal de salud y brindar así una atención integral con calidad, coordinando y reforzando sus acciones e intervenciones con las que AIEPI comunitario a cargo de madres, promotores, líderes comunitarios y actores sociales, en el aprendizaje de prácticas adecuadas en salud (18 prácticas claves en salud familiar y comunitaria) permitan mejorar las condiciones de vida de la población infantil, lograr su adecuado crecimiento y desarrollo e influir positivamente en la rápida recuperación de la salud de los infantes cuando estén enfermos. (2)

Esta guía está dirigida a los profesionales y técnicos de los servicios de salud que se dedican a la atención, y que por su calificación profesional y técnica pueden hacerlo con procedimientos adecuados y de calidad. Por la experiencia y la información que tienen, conocen la problemática de salud infantil y materna, y en su trabajo cotidiano resaltan la prioridad en la atención de los niños y las madres gestantes. Las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a los niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños. Considerando que el éxito en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de la salud y de las familias con el apoyo de su comunidad,

entonces las comunidades necesitan ser fortalecidas con conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo de la niñez. (3)

La estrategia AIEPI es una estrategia que mejora la salud de la niñez, que integra las mejores medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, reduce las oportunidades perdidas en la detección precoz y tratamiento de las enfermedades e incorpora acciones preventivas y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento de los prestadores de salud, la familia y la comunidad para: Para la promoción de una vida sana (ambientes y estilos de vida saludables). Para la prevención de enfermedades (con vacunas, evaluación de la alimentación, buena alimentación, uso de micronutrientes como hierro, vitamina A, zinc, control del crecimiento y desarrollo). (4)

En las Américas mueren cada año alrededor de 400.000 niñas y niños menores de 5 años. Aproximadamente 260.000 mueren por enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente. Esta mortalidad infantil está relacionada con factores económicos, políticos, sociales y culturales, especialmente en los países en desarrollo y en los lugares más desprotegidos. (5)

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a partir del 2000. La información disponible de los últimos once años muestra que la tasa de mortalidad infantil ha pasado de 20,41 a 12,25, lo cual se traduce en una disminución de 8,16 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. (6)

Durante el periodo 2002 – 2005, la mortalidad en menores de 5 años se ha reducido para el promedio nacional, pasando de 22,2 a 19 muertes por mil nacidos vivos (m.n.v.). Sin embargo, para el departamento del Meta la tendencia es inversa, pues el indicador, durante el mismo periodo, se incrementó de 18 a 19,7 muertes por m.n.v., superando la tasa nacional. Las causas más comunes de muerte en este rango de edad son enfermedades diarreicas y respiratorias, malformaciones congénitas y aquellas relacionadas con la desnutrición. (7)

En el área de salud para el departamento del Meta específicamente el municipio de Granada es de vital importancia reconocer las características respecto a los conocimientos y prácticas sobre el componente comunitario de la estrategia AIEPI, con la intención de determinar la situación actual que viven las madres de menores de 5 años con respecto a la estrategia.

Es de gran importancia que la universidad de los llanos haga intervención en este territorio ya que Granada es el municipio más importante de la región del

Ariari, es un municipio que ha sufrido constantemente atentados de las FARC, además es el segundo municipio del Meta que más población desplazada recibe. Esta región requiere de la implementación de acciones orientadas a que las madres/cuidadores conozcan, prevengan y sepan cómo actuar sobre las principales causas de enfermedad en la primera infancia.

# 2 OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO

## 2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años del municipio de Granada - Meta, durante el segundo semestre del año 2015.

## 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente, las madres de niños menores de 5 años.

- Identificar los conocimientos sobre las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años.

- Reconocer las actitudes en relación a las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años.

- Identificar las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años.

# 3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN EPI

## 3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos y prácticas sobre las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años del municipio de Granada - Meta, durante el segundo semestre del año 2015.

## 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente, las madres de niños menores de 5 años.
- Identificar los conocimientos sobre las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años.
- Identificar las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años.

# 4 MARCO REFERENCIAL

## 4.1. MARCO TEÓRICO

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, surge como una herramienta de trabajo para fortalecer la integración de los servicios de salud, estableciendo y reforzando las redes de atención institucional en salud, las redes comunitarias de los diferentes actores sociales y las prácticas cotidianas familiares, para dar respuesta y solución a los problemas de los niños menores de cinco años. Esta estrategia fue elaborada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y en Colombia se viene implementando a nivel nacional, departamental y municipal desde 1996, ya que se considera como una excelente alternativa para disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de cinco años y el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud. (3)

Poner a disposición de todos los menores de 5 años los beneficios de esta estrategia se ha constituido por lo tanto en el principal objetivo para lograr un mejoramiento en la condición general de la infancia en todos los países y una mayor equidad en el acceso de la población a aquellos conocimientos e intervenciones que tienen una importancia esencial para la prevención de muertes y casos de enfermedad. (1)

AIEPI es una estrategia que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños entre los cero y cinco años, y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar además busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños cuando entran en contacto con un profesional o técnico en salud, ya sea en una institución o en la comunidad y así mismo, incluir dentro de las acciones cotidianas de distintos actores sociales, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (3)

La estrategia contempla un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación que influyen en las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud de los menores de cinco años, mejorando las habilidades y capacidades de las personas de los servicios de salud, que participan en la atención infantil, organizando dichos servicios, para la atención integral de los menores de cinco años y evaluando la atención y cuidados que el niño recibe en el hogar. (8)

La estrategia AIEPI brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño, detectando las enfermedades o problemas que más frecuentemente lo afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar, a partir de esta evaluación, AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, estableciendo el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas, la estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención, e informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. Sobre esta base, AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros 5 años de vida. (9)

El componente comunitario y familiar de AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de trabajo comunitario, con este fin las comunidades requieren ser movilizadas y motivadas. La vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todos, más si las causas del problema son manejables en la familia y la comunidad. Desde el hogar y en la comunidad, también es posible la evaluación sencilla de algunos de los principales problemas de salud que afectan al niño y la remisión oportuna cuando ésta es necesaria. La comunidad puede y debe ser protagonista en el trabajo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes que afectan al niño. Por esto, la estrategia se dirige no sólo a mejorar la atención del niño en los servicios de salud sino también en la comunidad, garantizando la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud que pueden trabajar alrededor de la salud de los niños. (10)

El componente comunitario también propone que las familias incorporen prácticas para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento adecuado para buscar ayuda. (3)

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez. (11)

El componente clínico de la estrategia, garantiza que ningún niño que acuda a una consulta, por cualquier motivo, salga de la misma sin diagnóstico precoz y tratamiento, sin instrucciones precisas sobre la decisión tomada en lo clínico y en lo administrativo. Se trata de una estrategia que garantiza la calidad y la integridad de la atención, más allá del motivo de la consulta. Promueve la equidad, ya que el objeto de la misma son las enfermedades o problemas de salud que afectan, fundamentalmente, a las poblaciones más desfavorecidas. En la Región de las Américas, la implementación de la estrategia AIEPI ha sido adoptada como una prioridad para contribuir al aumento de la esperanza de vida y reducir la brecha existente entre países y entre grupos de población, en lo que respecta a la salud de la infancia. A nivel de Colombia la implementación de los programas para el mejoramiento de la calidad de vida en los niños y niñas menores de 5 años están definidos en el Plan Nacional de Salud del Gobierno el cual define las metas nacionales de salud infantil y el Ministerio de Protección social, define como acción de salud pública prioritaria para el país, la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia, la mortalidad infantil y precisa como meta que el 100% de los entes estén capacitados en la estrategia AIEPI. (8)

## 4.2. MARCO CONCEPTUAL

### 4.2.1. Estrategia

La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones que determina y revela el propósito de la organización en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción, y prioridades en la asignación de recursos, tratando de lograr una ventaja sostenible a largo plazo y respondiendo adecuadamente a las oportunidades y amenazas surgidas. (12)

### 4.2.2 AIEPI

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. (13)

### 4.2.3 Salud pública

La Salud Pública engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación. (14)

### 4.2.4 Práctica

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. (15)

### 4.2.5 Conocimiento

Es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Se acepta al conocer como un acto consciente e intencional del sujeto para aprehender mentalmente las cualidades del objeto. (16)

### 4.2.6 Practicas claves del AIEPI

Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las mismas están basadas en conocimientos científicos actualizados y su aplicación no solamente permitirá que los niños

tengan un adecuado crecimiento y desarrollo, sino que les evitará, en muchas ocasiones, enfermedades y secuelas. (17)

### 4.2.7 Promoción de la salud

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (18)

### 4.2.8 Prevención de la enfermedad.

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (19)

### 4.2.9 Estilo de vida

Estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (20)

### 4.2.10. Primera Infancia

La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad (1). Es el período más intenso de desarrollo cerebral de todo el ciclo de vida, y por tanto la etapa más crítica del desarrollo humano. (21)

### 4.2.11. Niño

Aplica a todas las personas menores de 18 años de edad. (22)

## 4.3. MARCO INVESTIGATIVO

4.3.1. Evaluación de condiciones de salud, vínculo y prácticas de crianza en niños de 0 a 3 años que conviven con sus madres internas de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor de Bogotá Colombia.

**Autores:** Natalia del Pilar Lara Álvarez. **Objetivo:** Evaluar los efectos de la detención en la calidad del cuidado materno de los niños criados dentro de la reclusión. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo analítico con componente cuantitativo y cualitativo, 45 niños de 0 a 36 meses. Estadística descriptiva de distribución de frecuencias y análisis intersujetos de las categorías etnográficas. **Resultados:** La mayoría de las diadas evaluadas muestran un cuidado sensible por parte de las madres. **Conclusión:** La pérdida de la libertad en un grupo de mujeres de la cárcel el Buen Pastor no inhabilita su capacidad de dar un cuidado sensible a su hijo. La calidad del cuidado materno no es diferente al de otras mujeres que lo hacen en libertad según reportes de la literatura. Muestran alta frecuencia de contacto físico y disfrute de la interacción, aunque con algunas dificultades en la efectividad de las respuestas maternas y el equilibro de la respuesta con otras demandas del medio. (23)

4.3.2. Derecho a la alimentación de la primera infancia: niños con hambre… Grave crisis oculta: Estado de cumplimiento del derecho a la alimentación de la primera infancia en el Municipio de Sogamoso.

**Autores:** Andrea Torres Estepa. **Objetivo:** analizar el Estado de cumplimiento del derecho a la alimentación de la primera infancia en el Municipio de Sogamoso. **Materiales y métodos:** referente teórico: investigación analítica, naturaleza descriptiva analítica, producto de la investigación basada en el análisis documental sobre el análisis socio-jurídico realizado por entidades del estado y entes privados tomando instrumentos bibliográficos que proporcionan los elementos necesarios para establecer la normativa vigente cuyo contenido refiere a los derechos de la primera infancia, específicamente en qué consiste el derecho a la alimentación, a tener una alimentación equilibrada. **Resultados:** Para hablar del derecho a la alimentación de la primera infancia, es importante precisar que el alimento primordial en las primeras etapas de la vida del ser humano es la lactancia materna, la cual constituye al tiempo, una fuente de nutrientes adecuados para el desarrollo del niño/a. La desnutrición tiene efectos en la primera infancia que se acumulan a lo largo del tiempo; sus efectos son negativos

más que todo en el rendimiento escolar y el desarrollo cognitivo, sobre las posibilidades de generación de ingresos en la edad adulta, y los niveles de morbimortalidad. **Conclusiones:** En el Municipio de Sogamoso, existen altos niveles de desnutrición en la población de cero a seis años de edad y a pesar de la existencia de una Política pública diseñada concretamente para la primera infancia, los resultados que arrojan las estadísticas demuestran que los programas que ejecuta actualmente la Administración Municipal no suplen las necesidades en el Municipio de Sogamoso para garantizar efectivamente el derecho a la alimentación de la primera infancia Sogamoseña. (24)

4.3.3. Programa de promoción de la salud escolar: infancia activa y saludable en tres territorios sociales colombianos

**Autores:** Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Yury Marcela Aguirre Mazo, Cindy Nathalia García Lugo, Jineth Carolina González Bonilla, Mabel Guevara Tinoco. **Objetivo:** Diseñar un programa de promoción de la salud dirigido a la población infantil escolar de 5-10 años en tres territorios sociales de Colombia. **Materiales y métodos:** El proyecto de investigación atendió a un diseño descriptivo con enfoque cualitativo. Se desarrolló en tres fases: una primera que correspondió a una revisión documental; una segunda en donde se aplicó la metodología preceed para el desarrollo del diagnóstico de tres territorios sociales colombianos; y una tercera que correspondió al diseño del programa propiamente bajo la metodología preceed. **Resultados:** Se reconoce la importancia de abordar esta población en espacios en los cuales el niño permanece la mayor parte del tiempo como es la escuela, lo anterior implica la vinculación de distintos actores como son los padres de familia, los docentes, las directivas de los establecimientos.**Conclusiones:** A partir de la revisión documental efectuada se identificó la obesidad infantil como una problemática de salud pública debido a su alta incidencia en los ámbitos nacional y global, lo que a su vez conlleva al aumento del riesgo de aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles en edades tempranas, al igual que complicaciones no sólo físicas sino psicológicas y emocionales. (25)

4.3.4. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes.

**Autores:** R. M. Macipe Costa, L. A. Gimeno Feliu, F. Barrera Linares, M. Lasheras Barrio, A. Charlotte Robert, L. Luzón Oliver. **Objetivo:** Analizar el

uso de los servicios de Atención Primaria de la población infantil inmigrante en relación con la española. **Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todas las consultas a menores de 15 años llevadas a cabo el año 2007, en 26 centros de salud de Zaragoza. La variable principal, la frecuentación, se definió como el número total de visitas/año. La variable secundaria fue el tipo de atención solicitada. La información sobre los datos se obtuvo a partir de la agenda de la historia clínica. **Resultados:** Se analizaron un total de 547 524 citas pediátricas sobre una población de 71 114 niños (el 10,87% eran inmigrantes). La frecuencia anual ajustada de visitas en los niños autóctonos fue de 8,05 frente a la de inmigrantes, que fue de 5,66. Dentro de los niños inmigrantes, la mayor frecuentación (6,15) se da en los niños procedentes del África subsahariana, y la menor en los de Asia (4,02). La menor frecuentación se da en todos los tipos de asistencia (demanda, programada, atención continuada y domicilios), independientemente de que los equipos sean de mañana o de mañana y tarde. **Conclusiones:** la población infantil inmigrante (en todas sus procedencias) hace un menor de uso las consultas de Atención Primaria que la población autóctona. (26)

4.3.5. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia.

**Autores:** Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Yennifer Rivera-Palomino, Jaime Carmona Fonseca. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de parasitismo intestinal, desnutrición y anemia, y su asociación con condiciones de vida, en niños emberá-chamí de Colombia. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal y prospectivo con 184 niños. Se aplicó una encuesta sobre condiciones de vida y se realizaron mediciones antropométricas, hemograma, ferritina y parásitos intestinales por los métodos directo y de concentración formol-éter. **Resultados:** El 76% tienen viviendas con piso de cemento, 53% alcantarillado y 26% pozo séptico. El hacinamiento domiciliario afecta a 35% de las familias. Se halló ferropenia en 2%, anemia en 13%, desnutrición global o en riesgo de desarrollarla 17%, desnutrición crónica 8% y en riesgo de desnutrición crónica 21%. **Conclusiones:** Este estudio contribuye a los objetivos plasmados en Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El resguardo presenta altas prevalencias de parásitos intestinales, anemia y desnutrición y sus principales factores de riesgo, lo que evidencia la necesidad de mejorar programas de educación, atención en salud, control y seguimiento. (27)

4.3.6. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia.

**Autores:** María Victoria Benjumea R, Nelsy Cecilia Falla M, Liliana Jurado V. **Objetivo:** Identificar conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer en 2011. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo en 31 gestantes, 90 madres lactantes y 14 cuidadores de menores de dos años que asistían a instituciones y programas en los distintos niveles de atención en salud de Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina. **Resultados:** Los participantes concordaron en el valor y beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones. **Conclusiones:** Los participantes concordaron en el valor y en los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. (28)

4.3.7. Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta.

**Autores:** Olga María París Pineda, Nohora Liliana Castillo Ortega, Andrea Paola Dávila, Cindy Johanna Ángel Sandoval, Víctor Daniel Calvo Betancur. **Objetivo:** Identificar algunos factores de riesgo modificables de IRA presentes en jardines infantiles estatales. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el cual se eligió la totalidad de los hogares infantiles y jardines sociales del municipio de San José de Cúcuta en el año 2011. Se aplicaron dos instrumentos que permitieron describir los factores de riesgo modificables presentes en las instituciones. **Resultados:** Estas instituciones atienden una población pediátrica 2497 individuos, se destacaron diferencias en los riesgos modificables entre los dos tipos de jardines, como la infraestructura física y el personal a cargo del cuidado del menor, presentaron riesgos similares como

fallas en el lavado de manos. **Conclusiones:** Los factores de riesgo presentes en las instituciones requieren atención así como implementación de programas de prevención; sin embargo estos riesgos también pueden encontrarse en el hogar y estos deben de tratarse desde ahí. (29)

4.3.8. Enfermedades prevalentes de la infancia y su tendencia en los últimos diez años en el Perú.

**Autores:** Jorge Chirinos Hoyos. **Objetivo:** Determinar la tendencia de las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú en los últimos diez años. **Materiales y métodos:** Esta investigación es un estudio nacional que se realizó utilizando como fuente de información, conformada por la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000 - Primer Semestre 2010. **Resultados:** Las cuatro patologías prevalentes identificadas en los Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos, 2000 - Primer Semestre 2010; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES; fueron desnutrición crónica, anemia, infección respiratoria alta y enfermedad diarreica aguda. **Conclusiones:** se observan cambios en la disminución de la desnutrición crónica, enfermedad diarreica y anemia ferropenica siendo mayor su decrecimiento en zonas urbanas y contrario a esto las infecciones respiratorias agudas disminuyeron más en zonas rurales desde el año 2000 hasta el 2010. (30)

4.3.9. Significado de prácticas comunitarias en salud en el marco de la estrategia AIEPI, Pereira 2013.

**Autores**: John Jairo Ocampo Rincón, Gloria Constanza Peralta Castaño. **Objetivo**: Comprender el significado que tienen las prácticas de saneamiento básico - higiene - e identificación de signos de alarma para la búsqueda de atención oportuna por señales de peligro de enfermedad por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, para los cuidadores de niños menores de cinco años, de la comuna Villa Santana – Pereira, en el marco del componente comunitario de la estrategia AIEPI, en el año 2013. **Método**: Estudio cualitativo. Se aplicaron y analizaron 18 entrevistas, un grupo focal y guías de observación realizadas en las viviendas de las cuidadoras acerca de los conocimientos, la práctica y la valoración que se da a la práctica. **Resultados**: Los resultados a partir de la experiencia vivida de las cuidadoras de niños menores de cinco años revelan significados que difieren, en la categoría de conocimientos (conceptos y procedimientos), los cuales se evidencian en el “dominio” de las estructuras lingüísticas a través de las cuáles se expresa el discurso de las instituciones que gestionan

estrategias de educación para la salud relacionadas con las prácticas que recoge el componente comunitario de la estrategia AIEPI y donde predominan creencias informativas. **Conclusiones:** Las cuidadoras tienen información sobre los procedimientos para la realización de las prácticas de saneamiento básico - higiene- e identificación de signos de alarma para la búsqueda oportuna de atención fuera del hogar por IRA y EDA, y comparten términos que les permiten interactuar con los referentes institucionales, así como mostrar importancia en el tema y emprender acciones que validen su rol. (31)

4.3.10. Impacto de las actividades de salud pública en cuanto a la salud infantil y la salud sexual y reproductiva realizadas en el municipio de Rionegro Antioquia 2008-2011.

**Autores:** Diego León Cardona González. **Objetivo:** Analizar el impacto que han tenido las actividades de Salud Pública realizadas en salud infantil y salud sexual y reproductiva en el Municipio de Rionegro en el periodo 2008 – 2011, mediante el análisis de los registros de la Dirección Local de Salud, la ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía, y documentos a nivel nacional y departamental. **Materiales y Métodos:** Investigación de tipo descriptivo-retrospectivo, población menor de 5 años de edad y las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, datos recogidos por censos y registros existentes de la población objeto, además, se adoptan como base los criterios de inclusión. **Resultados:** Existe una conformación de la red municipal de apoyo a la lactancia materna con participación de las demás IPS y la Dirección Local de Salud, situación que fortalece un aumento de los meses de lactancia materna exclusiva, disminución de la morbimortalidad por enfermedades como IRA y EDA las cuales mejoran con la lactancia materna y mejoramiento de la salud y su entorno a los recién nacidos. En la atención del menor de 5 años se ha logrado el inicio del esquema de vacunación institucional en el 100% de los casos. **Conclusiones:** El municipio de Rio negro ha logrado en el período de 2008-2011 el cumplimiento de algunas metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio como son: la reducción de la mortalidad materna y en el menor de 5 años por IRA y EDA; de otro lado, el nivel de desnutrición se disminuyó a cero casos en el periodo evaluado. (32)

4.3.11. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano.

**Autores:** Shyrley Díaz Cárdenas, Katherine Arrieta Vergara, Ketty Ramos Martínez. **Objetivo:** Evaluar prácticas maternas realizadas frente a diarrea y

resfriado común. **Materiales y métodos:** Estudio Descriptivo transversal realizado en la Isla de Barú, Cartagena de Indias, Colombia con 127 madres de 138 niños menores de 5 años, afro descendientes, elegidas por conveniencia. Se aplicó instrumento de investigaciones operativas en AIEPI (encuestas) durante una jornada de salud. Se estimó prevalencia de diarrea y resfriado en los últimos 7 días, y prácticas maternas frente a estas, ocurrencia de otros factores de riesgo y protectores: historia de lactancia materna, alimentación complementaria y vacunación. **Resultados:** Se encontró prevalencia de diarrea del 71,7 % menor para niñas de 2 meses a 5 años, resfriado común del 99,2 % más en niñas mayores de 2 meses; 86,9 % de las madres no saben identificar los signos de alarma de estas enfermedades, 84, 8 % de las prácticas fueron inadecuadas y el 73,3 % llevan los niños al médico como primera práctica. **Conclusiones:** Es necesario aumentar esfuerzos en la implementación de la estrategia AIEPI en comunidades vulnerables, a través de vías de comunicación efectivas e innovadoras para disminuir índices de morbimortalidad infantil promoviendo el desarrollo social de la Isla. (33)

4.3.12. Enseñanza de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en enfermería.

**Autores:** Elizabeth Fujimori, Cinthia Hiroko Higuchi, Emília Gallindo Cursino, María De La Ó Ramallo Veríssimo, Ana Luiza Vilela Borges. **Objetivo: Materiales y métodos:** Se describió y analizó la enseñanza de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la formación de licenciados en enfermería en Brasil. Método: estudio transversal que integró una investigación internacional multicéntrica. Fueron invitados a acceder al cuestionario electrónico, 571 cursos identificados en el país. La recolección de datos fue realizada de mayo a octubre de 2010. **Resultados**: 142 cursos respondieron al cuestionario, siendo tres cuartos privados. La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia integraba el contenido teórico de 64% y práctico de 50% de los cursos. La práctica ocurría principalmente en servicios de atención primaria. El módulo tratamiento era el menos enseñado y pocos cursos poseían los manuales de la estrategia. Todos evaluaban los estudiantes con pruebas; y en las privadas si valoraba además la participación en clase. Las instituciones públicas tenían más docentes capacitados en la estrategia. **Conclusiones:** A pesar de su relevancia en el cuidado al niño, la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia no está incorporada en todos los cursos de licenciatura en enfermería en Brasil y falta capacitación docente y material didáctico para hacerlo. (34)

4.3.13. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia

**Autores:** Ángela Liliana Londoño Franco, María Shirley Mejía López. **Objetivo**: Describir características sociodemográficas del sistema de salud, conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna y el suministro de leche entera. **Materiales y métodos:** estudio de corte transversal prospectivo entre los años 2006-2008 en una población de niños que asistían a hogares comunitarios. Se calculó una muestra representativa con la fórmula para proporciones en estudios descriptivos, utilizando como referencia la prevalencia de lactancia en Colombia (40%), confianza de 95%, y error máximo permisible de 5%. Se incluyeron 384 niños de los hogares, con edades entre dos y cinco años; el criterio de inclusión fue la condición de "niño sano". **Resultados:** La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses fue de 24%, lo cual se asoció al desconocimiento de las madres (RP: 1,3 IC95% 1,1 – 1,6) y al inicio precoz de alimentación complementaria (test de Mann Whitney $p < 0,00$). Al inicio de leche entera precozmente se asociaron como factores independientes en análisis multivariante el inicio de la alimentación complementaria antes de los cuatro meses de vida (RP 3,9 IC95% 1,7- 9,2) y el tener dos o más hermanos (RP 3,3 IC95% 1,3- 8,5). **Conclusiones:** El desconocimiento de las ventajas de la lactancia exclusiva y de la introducción de la leche entera son elementos prioritarios para trabajar en las estrategias de prevención de enfermedades prevalentes en la infancia. (35)

4.3.14. Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia

**Autores:** Alieth Rocío González Bossa, María Rosa Estupiñán Aponte. **Objetivo**: Analizar las prácticas de crianza de las madres adolescentes de Duitama. **Materiales y métodos:** Se realizó una evaluación cualitativa con enfoque comprensivo, entre los meses de febrero a octubre de 2009. Participaron madres con edades entre 13 y 19 años, seleccionadas a partir de las bases de datos de la Secretaria de Educación Municipal, primero con muestreo por criterio lógico y posteriormente mediante bola de nieve. Los datos emergentes de la entrevista en profundidad y observación participante que se sometieron a análisis cualitativo, interpretan las prácticas de alimentación, higiene, descanso, disciplina, valores y redes de apoyo. **Resultados:** Las madres adolescentes representan la principal figura de autoridad, ejercida mediante verbalizaciones, castigos y prohibiciones encaminados a inculcar valores de respeto y amor. Incorporan ambientes

estimulantes y juegos como estrategias para la formación de hábitos alimentarios y del descanso. Por temores permanentes, la higiene corporal se delega inicialmente a la abuela materna como fuente proveedora de conocimiento, soporte emocional y afectivo considerado fundamental para ejercer su rol materno que también se fortalece con las entidades de salud, especialmente durante la lactancia. **Conclusiones:** Las madres adolescentes reproducen los patrones culturales que se manifiestan en la intervención de los demás cuidadores, especialmente los de la madre de la adolescente, tienen gran impacto en las prácticas cotidianas. (36)
.

4.3.15. Discursos y prácticas de crianza en la primera infancia: una construcción sociocultural de las relaciones de género y generación en la familia

**Autores:** Alba Lucía Marín Rengifo, Lucelly Ospina Martínez. **Objetivo**: comprender, conjuntamente con 75 familias pertenecientes a los centros de desarrollo infantil (CDI) de tres municipios del departamento de Caldas, la Dorada, Viterbo y Palestina-Arauca, los aspectos culturales y sociales en torno a los discursos y prácticas que emplean en la crianza de los niños y las niñas según género y generación. **Materiales y métodos:** El estudio se realizó utilizando una metodología cualitativa, en tres momentos: exploración o preconfiguración del problema, focalización o configuración y profundización o reconfiguración. El enfoque fue la investigación acción participativa y derivó en una construcción con las 75 familias, de los niños y las niñas menores de cinco años, pertenecientes a los centros de desarrollo infantil (CDI), quienes fueron seleccionados de manera aleatoria por el ICBF y con actores institucionales que trabajan con la primera infancia en los CDI. **Resultados:** Como puede verse en los testimonios, en relación con los estilos parentales, las familias están en un proceso de transición y hacen todo lo posible por resignificar sus patrones de crianza para formar en el afecto y el reconocimiento de los niños y niñas, como seres autónomos y sujetos de derechos. Algunas familias transitan desde el estilo parental autoritario a un estilo permisivo y democrático. **Conclusiones**: Puede apreciarse en los discursos de las madres, los padres y los cuidadores que el poder en la familia es circular, dependiendo la jerarquía del cuidador a cargo, ya sean padres, madres o algunos otros miembros de la red familiar. (37)

4.3.16. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba.

**Autores:** Lic. Margarita Díaz Lemus. **Objetivo**: Diseñar una metodología para la introducción del Manual AIEPI en la carrera de Licenciatura en

Enfermería. **Materiales y métodos:** se utilizaron métodos empíricos y teóricos, revisión documental y criterio de expertos. El universo de estudio estuvo constituido por los integrantes del grupo coordinador nacional, coordinadores provinciales y otros profesionales de la salud miembros de la Red ENSI-CUBA, así como profesores de enfermería pediátrica de las Universidades de Ciencias Médicas. Se recogieron los criterios de expertos en relación a la pertinencia de los contenidos de este Manual en el fortalecimiento de las acciones para mejorar la salud infantil. **Resultados:** Ordenamiento de los pasos a través de etapas para la enseñanza de AIEPI en enfermería: Etapa I: Diagnóstico Inicial, Etapa 2: Capacitación, Etapa 3: Implementación y Etapa 4: Evaluación. **Conclusiones:** A partir del análisis realizado se concluye que el Manual Clínico AIEPI es una herramienta valiosa para la enseñanza de la salud infantil en la carrera de Licenciatura en Enfermería, teniendo en cuenta la didáctica que utiliza para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como método científico en el análisis y solución de los problemas de salud de los niños y niñas. Así como que el proceso de introducción del Manual AIEPI a la carrera de Licenciatura en Enfermería es una secuencia ordenada y sistemática de pasos que proporcionan la información básica y la metodología a seguir para su cumplimiento. (38)

## 4.4. MARCO LEGAL

### 4.4.1 Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia: establece la protección integral de los infantes y adolescentes como un sistema de derechos y garantías, políticas públicas y restablecimiento de los derechos. Enuncia dentro de las obligaciones de la familia formar, y colaborar con la escuela en la educación de niños y niñas y como obligaciones del Estado entre otras. En su artículo 27: Derecho A La Salud establece la define Obligatoriedad de la atención por parte de todas las instituciones prestadoras de salud pública o privada de brindar de atender a los niños y a las niñas. En su artículo 29 sobre desarrollo integral en la primera infancia define como derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos. De igual forma establece la obligatoriedad de garantizar el registro civil de todos los niños y las niñas. (39)

### 4.4.2 El CONPES 109 de diciembre 3 de 2007

Define la política Pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”; sus principios se enmarcan en la perspectiva de derechos y de protección integral, establecidos en la Constitución Política y en la Ley 1098 de 2006, y en el Sistema de Protección Social como el instrumento del Estado para garantizar los derechos. Parte de la familia como eje fundamental para el desarrollo integral de los niños y las niñas de 0 a 6 años, que está orientado por los parámetros del amor, la ternura y el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todos sus miembros. (40)

### 4.4.3 La Ley 1295 del 06 de abril de 2009

Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN, su objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 Y 3 del SISBEN, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud. A partir de la sanción de la ley existen seis meses para la

implementación y la formulación de los decretos reglamentarios que permitan su cumplimiento. (41)

### 4.4.4 De cero a siempre

La estrategia busca trabajar por la primera infancia en diferentes frentes, sin descuidar ninguno entre los que están: servicio integral de salud, que beneficie la atención prenatal de la madre gestante, el seguimiento al crecimiento y desarrollo del bebé, su vacunación, condiciones adecuadas de vivienda, acceso a agua potable, una familia con empleo y en actividades productivas, un espacio educativo pertinente, una excelente nutrición, y unos espacios alegres, verdes y seguros. (4)

### 4.4.5 Plan decenal de salud pública 2012-2021

Es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El componente estrategias: 8.6.4.1.4. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo que incluye la Implementación de las estrategias específicas de atención primaria como las salas ERA y otros servicios básicos en salud. Desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa en el contexto de la AIEPI. 8.7.5.4.3. Calidad de la atención: Implementación nacional de la política de Atención Integral a la Infancia que incluye entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral en las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, la de prevención y reducción de anemia; el Programa Ampliado de Inmunizaciones; el plan de disminución de morbilidad y mortalidad neonatal; el programa método madre canguro; y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del Plan que buscan favorecer la vida y la salud de niñas y niños. Implementación de procesos territoriales específicos de Atención Primaria en salud y redes integradas de servicios de salud, como la base para la Implementación del ciclo completo de la Atención Integral, integrada y continua a la madre gestante, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes. Incluye la implementación diferencias de estrategias para comunidades campesinas y población dispersa. (42)

### 4.4.6 Plan Territorial de Salud 2012-2015, departamento del Meta.

Estrategia ligada a la meta sanitaria: 1.1.1.3.2.1, implementación de estrategias de promoción de factores protectores, prevención de la mortalidad por causas externas evitables y articulación con los agentes comunitarios (AIEPI) en el componente de salud mental. 1.1.1.9.1.24 Implementación nacional y territorial de la política de atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia: asistencia técnica a los municipios, EPS e IPS públicas y privadas para la implementación de la estrategia AIEPI, incremento en el número de municipios con la estrategia AIEPI implementada y funcionando. Involucramiento de actores sociales con la estrategia AIEPI y la multiplicación de las prácticas claves para una mejor salud infantil. Estrategia ligada a la meta sanitaria: 1.1.1.9.1.13 en 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 x 1.000 nacidos vivos. 1.1.1.9.1.26 fortalecimientos de capacidades del talento humano en salud para la atención diferencial de niñas y niños. 1.1.1.9.1.9 Inspección, vigilancia y control: control y seguimiento a la construcción de políticas institucionales en las IPS para la atención con calidad a niños y niñas menores de 5 años bajo los lineamientos AIEPI. 1.1.1.9.1.18 en el 2016 el 100% de las secretarias de salud de los municipios y los departamentos implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud, materno-infantil. Estrategia ligada a la meta sanitaria: 1.1.1.9.1.18 en el 2016 el 100% de las secretarias de salud de los municipios y los departamentos implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud, materno-infantil. Estrategia ligada a la meta sanitaria: 1.1.1.9.1.3 a 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia. 1.1.1.9.1.11 acuerdos intersectoriales nacionales y territoriales que protegen y promueven el desarrollo de niñas, niños y adolescentes. (43)

### 4.4.7 Plan de desarrollo municipal “oportunidades firmes para todos” 2012-2015 Alcaldía Granada.

La infección respiratoria aguda es una de las enfermedades de transmisión aerógena, siendo un problema prioritario en salud pública y aunque están influenciadas por factores ambientales debe ser controlado a tiempo mediante estrategias encaminadas a la disminución de la misma como el programa de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y poder evitar que su desenlace sea la mortalidad; por otro lado la EDA está influenciada por la calidad y conservación del agua y los alimentos, las condiciones higiénico sanitarias de los manipuladores de alimentos y de quienes lo consumen. Observamos que en promedio se tiene una razón de

incidencia del 10,54 la cual nos genera la necesidad de realizar acciones que conlleven a disminuir esta razón, mediante la prevención, mejorando las condiciones higiénicas sanitarias, medidas de información y educación en buenos hábitos higiénicos, el consumo de agua tratada y de esta manera lograr una disminución en el número de casos, además de fortalecer la estrategia AIEPI. Salud pública con intervención integral: Realizar acciones para mejorar la salud infantil, disminuyendo la mortalidad, con coberturas útiles de vacunación y rutas de atención y seguimiento, estrategia AIEPI, dando cumplimiento a los ODM y política de infancia y adolescencia y el programa nacional de 0 a siempre, inmunizar los niños y niñas menores de 1 año con DPT, inmunizar a niños y niñas menores de 1 año con TV, reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años, a través de estrategias y acciones de salud infantil, disminución del número de casos de enfermedad por IRA en menores de 5 años, disminución del número de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Realizar acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva, disminuyendo la mortalidad materna, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia sexual, las muertes por cáncer, los embarazos no deseados y a temprana edad, promover la lactancia materna, dando cumplimiento a los ODM y política de infancia y adolescencia con enfoque poblacional, disminuir el número de muertes maternas, disminuir el porcentaje de embarazo en menores de 14 años, implementar estrategias para disminuir los embarazos en mujeres entre 15 a 19 años, implementar estrategias para disminuir la tasa de enfermedades de transmisión sexual (sífilis congénita y Gestacional, entre otras). (44)

## 4.5. MARCO METODOLÓGICO

### 4.5.1. Metodología

Investigación descriptiva, observacional de corte transversal que tuvo como objetivo establecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el componente comunitario de la estrategia AIEPI, en madres de niños menores de 5 años del municipio de granada - meta. Se investigaron situaciones que ocurren en condiciones naturales, los datos que se identificaron y analizaron fueron originales y empíricos.

## 4.6. MARCO SITUACIONAL

### 4.6.1. Municipio de Granada, Meta, Colombia.

Descripción Física

El municipio de Granada está localizado geográficamente en la República de Colombia, Departamento del Meta, Cuenta con un área total de 350 Km²; se encuentra en tres zonas climáticas perhúmedo mega-termal, muy húmedo mega-termal y húmedo mega-termal, clima cálido tropical, cuya temperatura promedio se encuentra entre los 24°C y los 25.6°C, la precipitación presenta valores promedios entre 2.400 y 2.800 mm por año, la altitud mínima es de 372 m.s.n.m. y la máxima es de 410 m.s.n.m., localizado entre los 3° 18´ y 3° 35´ de latitud Norte y entre 73° 30´ y 74° 03´ longitud Oeste del meridiano de Greenwich. En términos generales y a excepción de las zonas de talud, la topografía del municipio es plana, con pendientes que no superan el 3%. Los accidentes geográficos son la vega del río Ariari, la zona de sabana y los taludes que marcan la diferencia de nivel entre las anteriores. Habitantes (proyección para 2015 según DANE). (44)

Límites del municipio

Granada está ubicado en la república de Colombia, departamento del Meta, a 180 Kms al Sur - Oriente de Santa Fe de Bogotá D.C. y a 80 Kms al Sur de Villavicencio, capital del departamento del El municipio de Meta (Llanos Orientales); limitado al Norte con el municipio de San Martín, al Occidente con Lejanías y el Castillo, al Oriente con San Martín y Fuente de Oro y al Sur con Fuente de Oro y San Juan de Arama. (45)

Salud

El Hospital Departamental de Granada, es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud enmarcados en la mediana y alta complejidad, se constituye en cabeza de red de los prestadores públicos de salud en el Departamento del Meta, Guaviare y parcialmente el departamento del Vaupés, lo cual hace que sea uno de los más importantes patrimonios de la población metense. (46)

En la actualidad el Municipio de Granada cuenta con 28.145 subsidios en salud, con 5 EPSS facultadas para operar en este municipio las cuales son: Solsalud, Caprecom, Comparta, Cajacopi y Capital salud, en cuanto al régimen contributivo en el Municipio 16797, usuarios se encuentran afiliados a este régimen, contando con las siguientes EPS: Saludcoop, Humana Vivir,

Famisanar, Nueva EPS, Coomeva, Colsanitas. En su perfil epidemiológico siempre se ha presentado trasmisión de enfermedades erógenas, enterógenas y de transmisión por vectores sin dejar de lado eventos representativos que son de interés en salud pública. (44)

La E.S.E. Primer Nivel Granada Salud, es una entidad de categoría especial, descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Local de protección social y económica del Municipio de Granada, mediante el Acuerdo No 032 del 29 de Noviembre de 2004, el cual fue aprobado por el Concejo Municipal de Granada, encargada de la prestación de servicios de salud de primer nivel, entendidos éstos como un servicio público. Está integrada por el centro de salud Villa Olímpica, junto con los cinco (5) Puestos de Salud rurales; Aguas claras, Canaguaro, Dos quebradas, la Playa y Puerto caldas, le permiten a la ESE cumplir su objeto misional y ampliar la cobertura de beneficios a la comunidad granadina. (47)

Cobertura de alcantarillado área urbana

La cobertura urbana de este servicio corresponde al 97% de la población; las situaciones que se presentan para este sector de competencia están relacionadas con el cumplimiento de la vida útil de las conexiones de las viviendas (con tuberías de gres en un 60%) a las redes principales. En el casco urbano existen colectores principales y secundarios que comunican el casco urbano con la futura Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, queda por construir los colectores terciarios con una longitud aproximada de 80 kilómetros lineales. En los centros poblados se carece de sistemas de tratamiento de aguas residuales. En cuanto a la cobertura de recolección de basuras en el área urbana en el municipio es de un 98% y la cobertura rural de 98% igualmente. (44)

Economía

Las principales actividades económicas del municipio en el área rural son: Producción agropecuaria, con cultivos de arroz de riego y de secano, maíz tecnificado, plátano, palma africana, cacao, yuca, caña panelera, papaya, cítricos y maracuyá. En segundo orden, la ganadería tradicional de pastoreo extensivo y semintensivo. En tercer orden, el turismo, la piscicultura de peces de consumo y ornamentales y finalmente la explotación a cielo abierto. Así que es un pueblo conocido por su ganadería, y posee una de las mejores ferias y fiestas, donde se ven exposiciones desde caballos de paso fino, hasta coleo. (46)

4.6.2. Universo

El universo fueron madres de niños menores de 5 años asistentes a los hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil del ICBF, en el municipio de Granada-Meta, durante el segundo semestre del año 2015.

4.6.3. Población

Mujeres madres de niño/s menor/es de 5 años de edad, que debían encontrarse matriculado/s y como asistente/s regular/es a uno de los hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil del ICBF, en el municipio de Granada-Meta, durante el segundo semestre del año 2015.

4.6.4. Muestra

Se tomó un censo de las madres de niño/s menor/es de 5 años asistentes a los hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil del ICBF, en el municipio de Granada-Meta, en el año 2015. Es decir, la muestra fue equivalente al universo de estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y selección.

4.6.5. Criterios de Inclusión

- Haber sido mayor de 18 años de edad
- Haber sido mujer
- Haber sido madre de niño/s menor/es de 5 años de edad matriculado/s y como asistente/ regulares a uno de hogares comunitarios o centros de desarrollo infantil del ICBF, en el municipio de Granada en el departamento del Meta, durante el segundo semestre del año 2015.
- No haber tenido hijos mayores de 5 años.
- Haber aceptado de modo libre la participación en la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

4.6.6. Criterios de Exclusión

- Haber sido madre niño/s menor/es de 5 años de edad, inasistente/s o que haya/n desertado de los hogares comunitarios o centros de desarrollo infantil del ICBF, en el momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de información.
- Haber tenido una edad inferior a 19 años en el momento de la aplicación del instrumento de recolección de información.
- Haber desistido de participar en el estudio luego de iniciada la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

4.6.7. Instrumento para la para la recolección de la información

La fuente de información se recolecto a través de la implementación de un cuestionario denominado “Encuesta familiar dirigida a madres con hijos menores de 5 años”, el cual fue validado para Colombia de su versión original emitida por la Organización Panamericana de Salud en 2007, por Jovana Alexandra Ocampo Cañas, docente de la Universidad de los Andes, consultora del Ministerio de Salud y OPS para temas de infancia quien actualmente es candidata a PhD en salud pública, de la Universidad Nacional; quien autorizó la inclusión del instrumento en este proyecto de investigación, avalando su implementación en el momento de ser aprobada la propuesta de investigación.

4.6.8. Procedimiento para la recolección de la información

- La directora del macroproyecto realizo la gestión con los coordinadores de los hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil del ICBF, en el municipio de Granada-Meta, para el desarrollo de la investigación solicitando autorización para identificar la muestra y aplicar el instrumento en las reuniones de escuela de padres programadas.
- La directora del macroproyecto selecciono 2 Estudiantes Principiantes en Investigación (EPI) del programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos, para ser entrenados en el objetivo de la investigación, la captación de los datos y la utilización de estrategias de la lectura guiada del consentimiento informado y cuestionario para facilitar a las mujeres de la muestra la compresión de las preguntas y así garantizar mayor completitud de respuestas. La investigadora tuvo especial cuidado en el correcto diligenciamiento de cada una de las encuestas mediante la supervisión de la recolección en campo.
- De modo previo al diligenciamiento del cuestionario los Estudiantes Principiantes en Investigación EPI indicaron de modo claro a las participantes la naturaleza de la investigación, la libertad de decidir participar o no y la importancia de diligenciar el consentimiento informado; usando un lenguaje que sea razonablemente comprensible.
- Se realizó el diseño de la base de datos en Excel y digitación de los cuestionarios aplicados, posteriormente la información se trasladó a SPSS versión 22.0.

4.6.9. Plan de análisis

Se determinó la frecuencia y la distribución porcentual para cada una de las variables, con sus respectivos intervalos de confianza. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de barras simples.

### 4.6.10. Consideraciones éticas

Se aplicó el consentimiento informado para participar en la investigación, la participación fue anónima, se realizó promoción ética de las conclusiones de la investigación. En el marco de las consideraciones estipuladas en la Resolución No. 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud, se consideró a esta investigación de mínimo riesgo.

### 4.6.11. Estrategias de comunicación

Teniendo en cuenta los alcances del desarrollo metodológico, los resultados se consolidaron en un informe final y en un artículo; los cuales se presentaron ante el Comité del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud, para aprobación del cumplimiento del Requisito de Grado, a partir del desarrollo como Estudiantes Principiantes en Investigación (EPI) del programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos.

# 5. ANALISIS DE RESULTADOS

## 5.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRAFICAS

**Tabla 1**. Edad y zona de residencia de las madres.

| | N=60 | % |
|---|---|---|
| **Edad madres** | | |
| **18-23** | 13 | 21.7 |
| **24-30** | 30 | 50 |
| **31-37** | 12 | 20 |
| **38-44** | 2 | 3.3 |
| **No responde** | 3 | 5 |
| **Zona** | | |
| **Rural** | 6 | 10 |
| **Urbano** | 51 | 85 |
| **No responde** | 3 | 5 |

**Fuente:** Las investigadoras.

Respecto de la edad de las madres que participan en el estudio, El grupo comprendido en el rango de 24-30 años de edad, es el grupo más representativo e implica un mayor grado de madurez para la maternidad y en consecuencia la crianza sin embargo el rango de una de cada cuatro madres pertenece al rango de 18-23 años donde se considera no tener la suficiente madurez. Se evidenció que la mayor parte de la población pertenece al área urbana.

**Tabla 2.** Régimen de afiliación y EPS de las madres.

| | ***N=60*** | ***%*** |
|---|---|---|
| **Régimen de afiliación** | | |
| **Subsidiado** | 37 | 61.7 |
| **Contributivo** | 22 | 36.7 |
| **No afiliado** | 1 | 1.6 |
| **EPS** | | |
| **Capital salud** | 28 | 46.7 |
| **Salud total** | 2 | 3.3 |
| **Caprecom** | 3 | 5 |
| **Saludcoop** | 12 | 20 |
| **Cajacopi** | 3 | 5 |
| **Comparta** | 3 | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| **Sanitas** | 1 | 1.6 |
| **No aplica** | 3 | 5 |

**Fuente:** Las investigadoras.

El régimen de afiliación con mayor porcentaje es el subsidiado evidenciando la poca capacidad económica de la población, siendo la EPS con más representación capital salud.

**Tabla 3.** Escolaridad y ocupación de las madres.

| | **N=60** | **%** |
|---|---|---|
| **Escolaridad** | | |
| **Primaria Completa** | 5 | 8.3 |
| **Primaria Incompleta** | 1 | 1.7 |
| **Secundaria Completa** | 21 | 35 |
| **Secundaria Incompleta** | 8 | 13.3 |
| **Técnico** | 23 | 38.3 |
| **Universidad** | 2 | 3.3 |
| **Ocupación** | | |
| **Almacenista** | 1 | 1.7 |
| **Ama De Casa** | 25 | 41.7 |
| **Asistente Adm** | 1 | 1.7 |
| **Aux De Agente Edu** | 1 | 1.7 |
| **Aux De Enf** | 9 | 15 |
| **Camillera** | 1 | 1.7 |
| **Comerciante** | 1 | 1.7 |
| **Docente** | 1 | 1.7 |
| **Empleada** | 2 | 3.3 |
| **Emp Publico** | 1 | 1.7 |
| **Estilista** | 1 | 1.7 |
| **Independiente** | 3 | 5 |
| **Madre Comunitaria** | 1 | 1.7 |
| **Medica** | 1 | 1.7 |
| **Oficios Varios** | 3 | 5 |
| **Ornamentador** | 1 | 1.7 |
| **Supervisora** | 1 | 1.7 |
| **Vendedora** | 3 | 5 |
| **Vigilante** | 1 | 1.7 |
| **N/R** | 2 | 3.3 |

**Fuente:** Las investigadoras.

Se puede reconocer que el 38,3% de las madres han realizado estudios técnicos que muestran el nivel de superación para sus vidas, además se

identifica que aunque han realizado estudios en su mayoría son amas de casa.

**Tabla 4.** Distribución de la población infantil según edad y sexo**.**

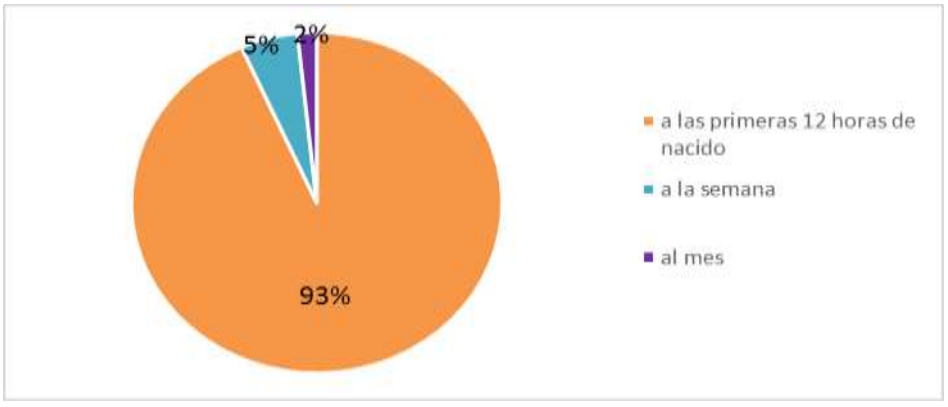
| | SEXO DEL MENOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Edad en meses** | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| **6 a 24** | 8 | 13.3 | 7 | 11.6 | 15 | 25 |
| **24 a 36** | 7 | 11.7 | 3 | 5 | 10 | 16.7 |
| **36 a 67** | 15 | 25 | 19 | 31.7 | 34 | 56.6 |
| **N/R** | 0 | 0 | 1 | 1.7 | 1 | 1.7 |
| **Total** | 30 | 50 | 30 | 50 | 60 | 100 |

**Fuente:** Las investigadoras

De acuerdo a los datos obtenidos se identifica un 56.6% de la población infantil está entre 36 a 67 meses de edad y que el 31.7% pertenece al sexo masculino frente al 25% al sexo femenino.

## 5.2 INMUNIZACIONES PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES

**Figura 1.** Edad en la que el niño/niña recibió la primera vacuna.

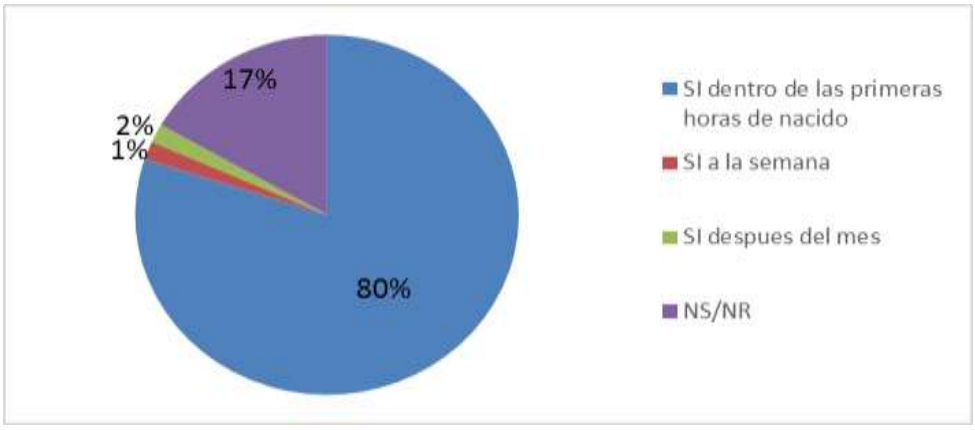



**Fuente:** Las investigadoras.

Según los datos obtenidos se puede analizar que el 93% de los niño/niñas menores de 5 años recibieron la primera vacuna durante las primeras 12 horas de nacidos, seguido del 5% quienes recibieron la primera vacuna a la semana de nacidos y un 2% fueron vacunados al mes de nacidos; por lo que es importante intervenir ya que según la práctica clave N°5 de la Estrategia A.I.E.P.I y basados en el esquema de vacunación el menor de 5 años debe recibir la primeras vacunas durante las primeras 12 horas de nacido ya que

son fundamentales para prevenir enfermedades como Meningitis Tuberculosa y Hepatitis B en el recién nacido.

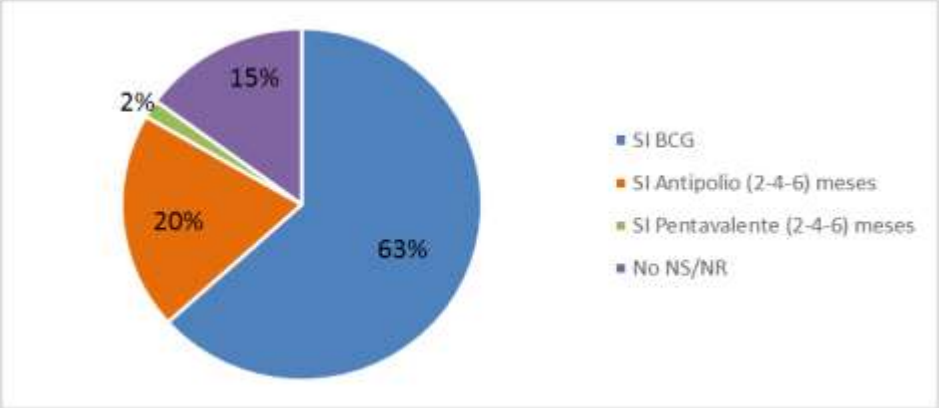
**Figura 2.** Edad en la que se aplica la primera vacuna al niño/niña.




**Fuente:** Las investigadoras

En los datos obtenidos se evidencia que las madres de los niño/niñas menores de 5 años en un porcentaje del 83% manifiestan saber la edad en que se debe aplicar la primera vacuna al niño/niña, pero solo el 80% de ellas coinciden con el esquema de vacunación estipulado en la estrategia A.I.E.P.I el cual indica que la primera vacuna se debe aplicar durante las primeras 12 horas de nacido. Por el contrario el 17% no sabían o no respondieron. Es importante resaltar que aunque se está realizando constantemente jornadas de inmunización acompañadas de promoción y prevención; aún hay un alto porcentaje como se evidencia en la gráfica con un total del 20% que no sabe, no conoce o no responde de acuerdo al esquema y es de vital importancia reforzar estos conocimientos que son vitales para el desarrollo de los niño/niñas menores de 5 años.

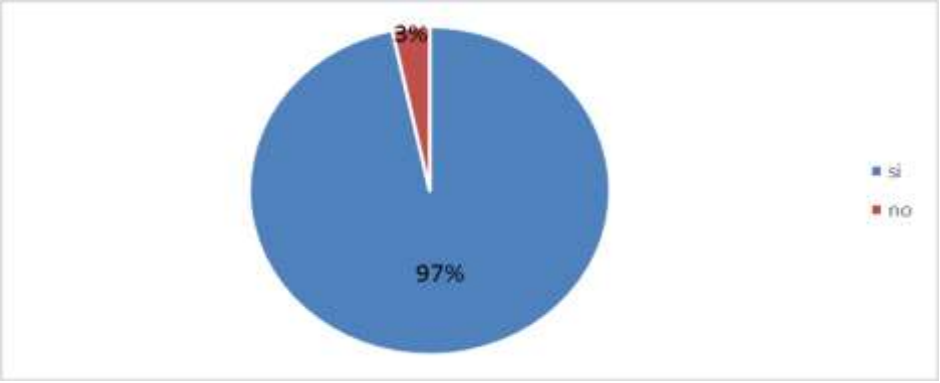
**Figura 3.** Conocimiento sobre las vacunas debe tener el niño/niña/niña según la edad.




**Fuente:** Las investigadoras.

Se puede observar que en un porcentaje total del 85% de las madres saben que vacunas deben tener los niño/niñas según la edad, siendo la vacuna BCG la de mayor porcentaje con un 63%, seguida de la Antipolio con un 20% y la pentavalente con un porcentaje del 2%. Por el contrario el 15% de las madres manifestaron no saber que vacunas deben tener los niño/niñas. Por lo que es importante reforzar los conocimientos en la práctica clave N° 5 estipulada en la Estrategia A.I.E.P.I la cual manifiesta que todos los niño/niñas y niñas deben ser llevados a que reciban todas las vacunas necesarias durante su 1er año de vida y los refuerzos a los 18 meses y 5 años.

**Figura 4.** Vacunas aplicadas a los niño/niñas; basados en el carnet de vacunación.

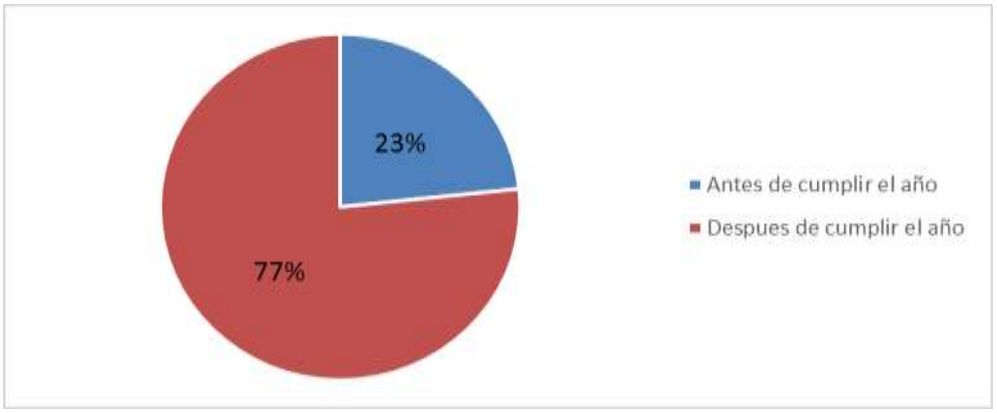



**Fuente:** Las investigadoras

Según los datos recolectados y verificados con el carnet de vacunación de los niño/niñas menores de 5 años se pudo certificar que los niño/niñas que tienen todas las vacunas para la edad equivale a un porcentaje del 97%,

frente a un 3% que no cuentan con todas las vacunas y aunque es un porcentaje mucho menor es necesario continuar con las jornadas de inmunización que plantea la estrategia A.I.E.P.I la cual tiene como fin la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia mediante la inmunización.

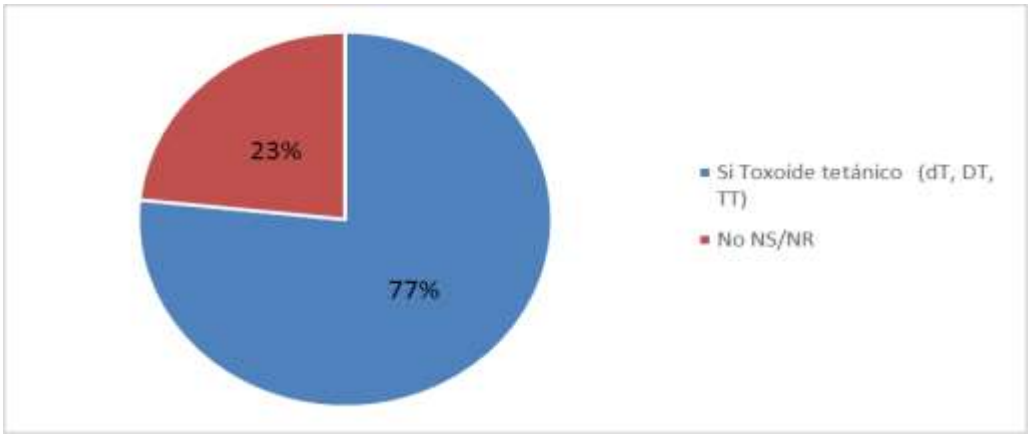
**Figura 5.** Ultima vez que se vacuno al niño/niña; basados en el carnet de vacunación.




**Fuente:** Las investigadoras

Por los datos obtenidos se evidencia que la última vez que vacunaron los niño/niñas fue después de cumplir el año con un porcentaje del 77% , frente a un porcentaje del 23% que equivale a los niño/niñas que fueron vacunados antes de cumplir el año; pero que comparado con la gráfica anterior esto no nos certifica que los menores de 5 años cuenten con un esquema de vacunación completo según su edad por lo cual es necesario implementar un tamizaje para garantizar la inmunización a la cual todos los menores de 5 años tienen derecho y como se puede evidenciar en la estrategia AIEPI.

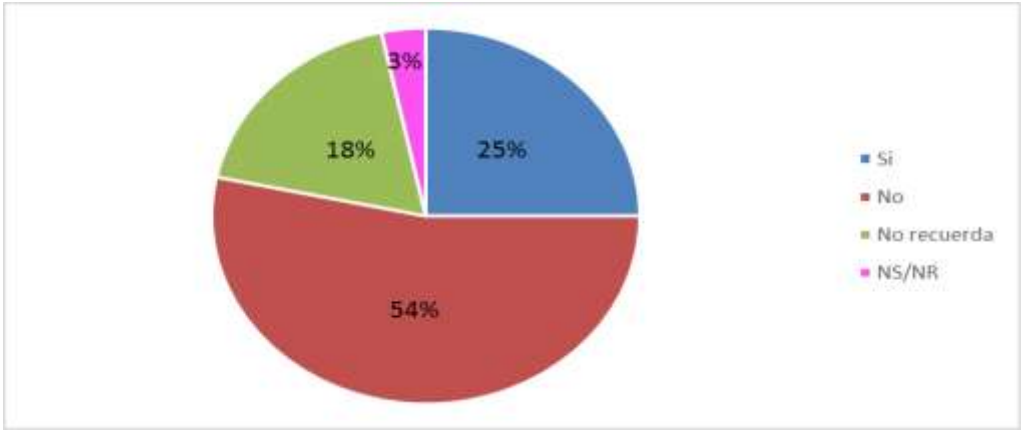
**Figura 6.** Conocimiento sobre las vacunas que deben aplicarse a las embarazadas.




**Fuente:** Las investigadoras.

Según los datos obtenidos de la muestra el cual equivale a un total de 60 madres de niño/niñas menores de 5 años, y en porcentaje al 100%; el 77% saben que la vacuna que deben aplicarse a las mujeres en estado de gestación es la Toxoide tetánico (Dt,DT,TT), seguido de un porcentaje del 23% que manifestaron no saber o no respondieron, por esta razón es necesario reforzar estrategias de promoción y prevención con el fin de ampliar los conocimientos en las mujeres gestantes y de esta manera evitar la aparición de enfermedades prevalentes de la infancia.

**Figura 7**. Aplicación de vacuna durante el embarazo, para prevenir al bebe contra el tétano.

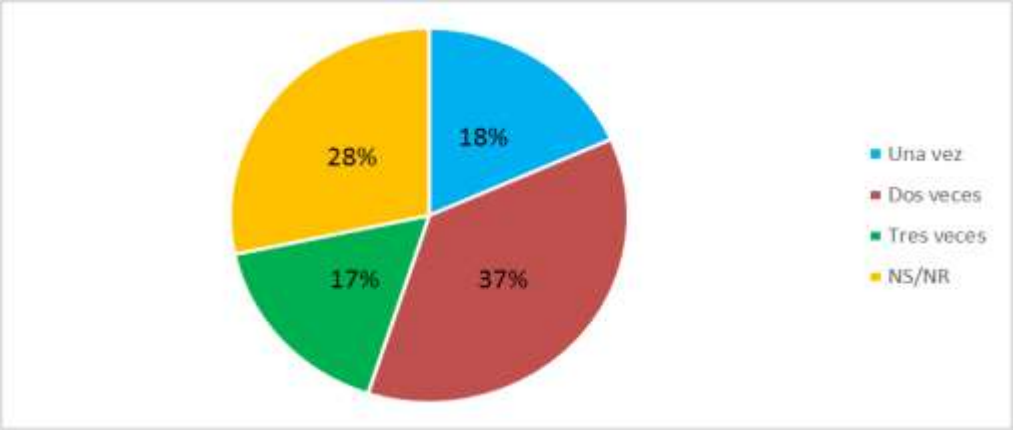



**Fuente:** Las investigadoras**.**

En la gráfica se puede observar que el 54% de las madres de los niño/niñas menores de 5 años manifiesta no haber recibido durante el embarazo alguna vacuna en la nalga para prevenir al bebe contra el tétano, frente a un

porcentaje del 25% que manifestaron que si fueron vacunadas en la nalga contra el Tétano durante el embarazo; por esta razón es importante educar a las madres para que tengan claro que la vacuna para prevenir el tétano debe ser administrada en el brazo menos dominante específicamente en el deltoides por vía intramuscular profunda así como lo estipula el esquema de vacunación en Colombia.

**Figura 8.** Conocimiento sobre el número de veces que se le administro la vacuna contra el tétano durante el embarazo.




**Fuente:** Las investigadoras.

Con los datos obtenidos se puede observar que el 18% de las madres encuestadas manifestaron que durante el último embarazo recibieron una única dosis de esa vacuna, un porcentaje del 37% la recibió dos veces y por último un 17% manifestó haber recibido tres dosis de la vacuna. Por lo mencionado anteriormente es fundamental educar a las madres para que conozcan que durante el estado de gestación la vacuna antitetánica es de una única dosis según el programa ampliado de inmunizaciones, por esto es importante que todas las madres gestantes acudan a los controles prenatales y por medio de estos explicar la importancia de tener el esquema de vacunación completo durante la gestación con el fin de evitar enfermedades prevenibles.

### 5.3 BÚSQUEDA DE ATENCION SIGNOS DE ALARMA

**Tabla 5.** Conocimiento sobre complicaciones del niño/niña cuando está enfermo/a.

| ¿Cuándo su niño/niña está enfermo/a cómo sabe que se está |
|---|

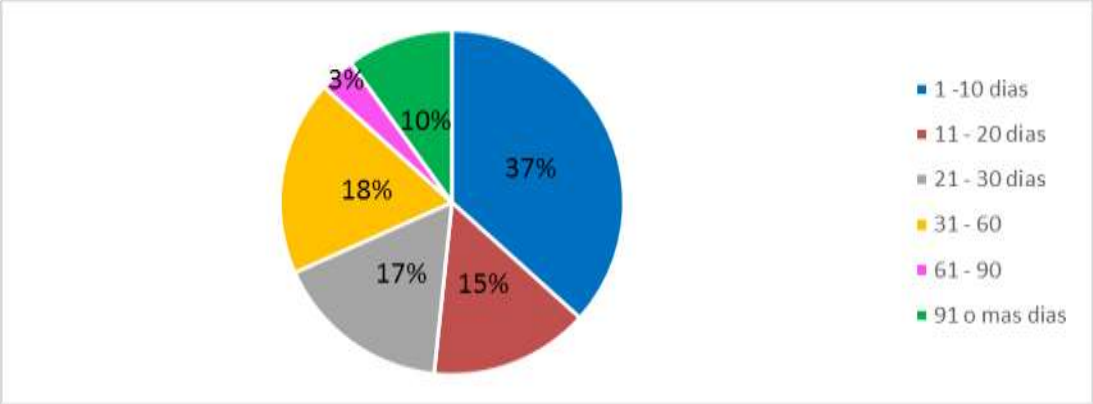
| | agravando? | |
|---|---|---|
| | **Si no puede beber ni tomar seno** | **%** |
| **SI** | 7 | 11,7 |
| **NO** | 53 | 88,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si se pone más enfermo** | |
| **SI** | 6 | 10 |
| **NO** | 54 | 90 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si le da fiebre / diarrea / vómito** | |
| **SI** | 40 | 66,6 |
| **NO** | 20 | 33,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si tiene respiraciones rápidas** | |
| **SI** | 21 | 35 |
| **NO** | 39 | 65 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si tiene dificultad para respirar** | |
| **SI** | 16 | 26,7 |
| **NO** | 44 | 73,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si hace deposiciones con sangre** | |
| **SI** | 8 | 13,3 |
| **NO** | 52 | 86,7 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **si bebe o come poco** | |
| **SI** | 10 | 16,7 |
| **NO** | 50 | 83,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si tiene convulsiones** | |
| **SI** | 15 | 25 |
| **NO** | 45 | 75 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Si está somnoliento o letárgico (no despierta fácilmente)** | |
| **SI** | 19 | 31,7 |
| **NO** | 41 | 68,3 |
| **Total** | **60** | **100** |

**Fuente:** Las investigadoras.

Según lo evidenciado en la tabla para un 11,67% de las madres encuestadas un signo que indique que el niño/niña se está agravando es que no pueda beber ni tomar seno, un 10% manifiesta que el niño/niña empeore su estado

de salud, un 66,6% indica si le da fiebre, diarrea, vómito, 35% manifiesta que si tiene respiraciones rápidas, un 26,6 si tiene dificultad para respirar, 13,3% si hace deposiciones con sangre, 16,6 si bebe o come poco, 25% si tiene convulsiones y finalmente un 31,6% si está somnoliento o letárgico (no despierta fácilmente). Por lo mencionado anteriormente se evidencia el desconocimiento que tienen las madres de los menores de 5 años frente a la aparición de signos de alarma, son muy bajos los porcentajes de las madres que consideran los signos presentes en la tabla como factores agravantes de la salud de los niño/niñas; es importante que se brinde a las madres educación con respecto a este tema de tal manera que sean ellas quienes desde el hogar puedan identificar estos signos de peligro y actúen de manera oportuna ya sea con el tratamiento en casa o en caso necesario la asistencia inmediata al centro del salud.

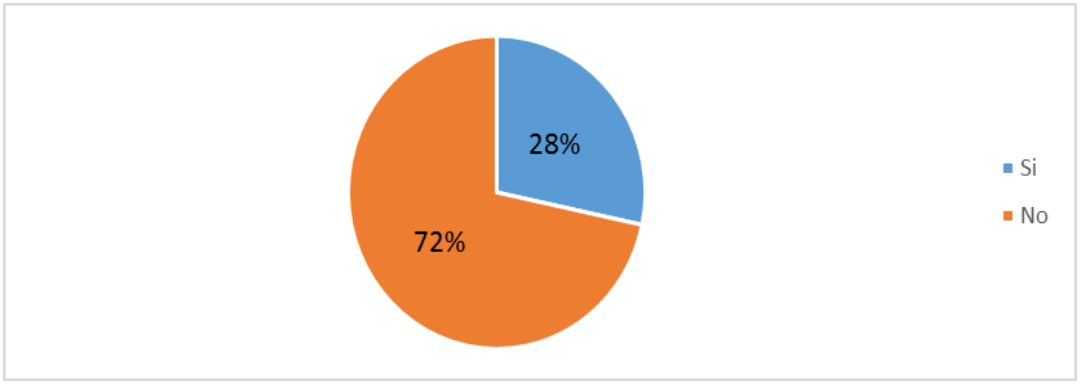
**Figura 9.** Conocimiento sobre cuándo fue la última vez que su niño/niña se enfermó de tos, fiebre, gripa o diarrea.




**Fuente:** Las investigadoras.

Según los datos obtenidos de la muestra el 37% de las madres de niño/niñas menores de 5 años manifiesta que la última vez que los niño/niñas se enfermaron fue hace 1-10 días, por el contrario un 10% de las madres manifestó que hace 91 días o más los niño/niñas no se han enfermado de tos, fiebre, gripa o diarrea, es importante que las madres sepan con qué frecuencia los niño/niñas se enferman y cuál es la enfermedad que más presentan los niño/niñas.

**Figura 10.** Cuando el niño/niña se enfermo tuvo alguna señal de peligro.




**Fuente:** Las investigadoras.

En la gráfica se puede observar que el 72% de las madres manifiesta que cuando los niño/niñas presentaron alguna enfermedad no hubo signos de alarma, por el contrario un 28% de las madres manifiesta si haber identificado la presencia de signos de alarma cuando los niño/niñas estuvieron enfermos; es importante que la madres tengan la capacidad de reconocer la presencia de signos de peligro ya que según la estrategia AIEPI estos signos son señales que el niño/niña presenta cuando enfermedades como la tos, la diarrea, la fiebre y la desnutrición no se han tratado a tiempo y se agravan poniendo en peligro de muerte al niño/niña, por lo que se debe buscar atención medica de inmediato.

**Tabla 6.** Señales o signos que indicarían la búsqueda de ayuda de inmediato en caso de diarrea en niño/niña.

| **¿Si su niño/niña tuviera diarrea, qué señales o signos le indicarían que debe buscar ayuda de inmediato?** | | |
|---|---|---|
| | **Fiebre o Calentura** | **%** |
| **SI** | 13 | 21,7 |
| **NO** | 47 | 78,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Boca seca** | |
| **SI** | 22 | 36,7 |
| **NO** | 38 | 63,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Bebe rápidamente** | |
| **SI** | 20 | 33,3 |
| **NO** | 40 | 66,7 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Ojos hundidos** | |
| **SI** | 6 | 10 |
| **NO** | 54 | 90 |

| | | |
|---|---|---|
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Mollera hundida** | |
| **SI** | 17 | 28 |
| **NO** | 43 | 71 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Orina poco** | |
| **SI** | 5 | 8,3 |
| **NO** | 55 | 91,7 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Sangre en las heces** | |
| **SI** | 6 | 10 |
| **NO** | 54 | 90 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **No acepta líquidos o comidas** | |
| **SI** | 15 | 25 |
| **NO** | 45 | 75 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Signo de pliegue** | |
| **SI** | 19 | 31,7 |
| **NO** | 41 | 68,3 |
| **Total** | **60** | **100** |
| | **Otros** | |
| **SI** | 3 | 5 |
| **NO** | 57 | 95 |
| **Total** | **60** | **100** |

**Fuente:** Las investigadoras

Según la tabla en cuanto a los signos de alarma que se deben tener en cuenta cuando el niño/niña presente diarrea solo 21,6% de las 60 madres encuestadas respondió fiebre o calentura, un 36,6% indico como signo la boca seca, 33,3% indicó bebe rápidamente, 10% la presencia de ojos hundidos, 28,3% mollera hundida, 8,3% orina poco, 10% sangre en las heces, 25% no acepta líquidos o comidas, 31,67% si el niño/niña presenta signo de pliegue. Según lo anterior se manifiesta claramente el desconocimiento de los signos de alarma por parte de las madres de los menores de 5 años, el mayor porcentaje de madres no considera los signos expuestos en la tabla como signos de alarma en un niño/niña con diarrea, por esta razón es importante educar a las madres mediante la estrategia AIEPI que menciona en la práctica clave N°16 como identificar signos de peligro y la práctica N°6 que las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas; estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niño/niñas y pueden causarles la muerte. Es importante que las madres detecten de manera

oportuna los signos de peligro y de esta manera acudan de manera inmediata al centro de salud

## 5.4 ASISTENCIA DOMICILIARIA APROPIADA, ALIMENTACION DEL NIÑO/NIÑA ENFERMO.

**Tabla 7.** Ultima enfermedad que presento el niño/niña.

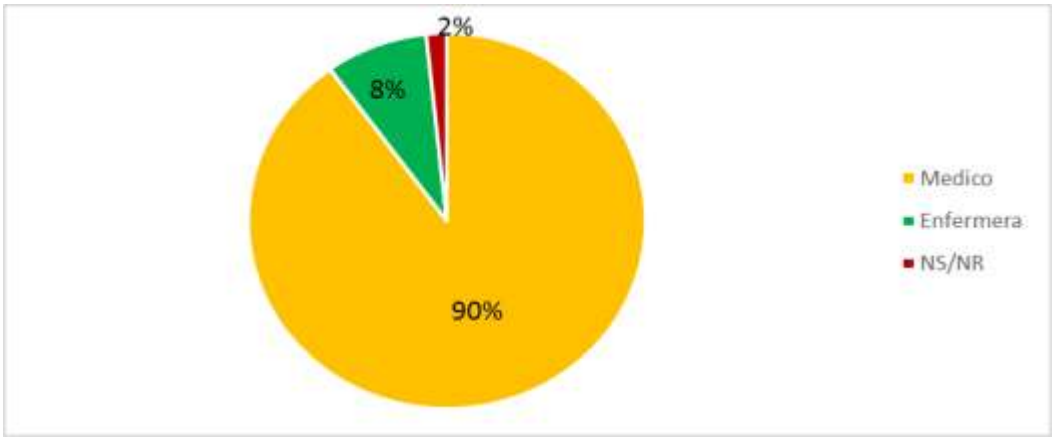
| | **¿De qué se enfermó el niño/niña la última vez?** | |
|---|---|---|
| | **Diarrea** | |
| **SI** | 8 | 13,3 |
| **NO** | 52 | 86,6 |
| **Total** | 60 | 100 |
| | **Infección Respiratoria Aguda (IRA) (gripe, tos, neumonía, etc.)** | |
| **SI** | 21 | 35 |
| **NO** | 39 | 65 |
| **Total** | 60 | 100 |
| | **Varicela** | |
| **NO** | 60 | 100 |
| **Total** | 60 | 100 |
| | **Fiebre** | |
| **SI** | 26 | 43,3 |
| **NO** | 34 | 56,7 |
| **Total** | 60 | 100 |
| | **Dengue** | |
| **SI** | 7 | 11,7 |
| **NO** | 53 | 88,3 |
| **Total** | 60 | 100 |
| | **Otras** | |
| **NO** | 60 | 100 |
| **Total** | 60 | 100 |

**Fuente:** Las investigadoras

Según lo observado en la tabla las madres de los menores de 5 años manifiestan que la última enfermedad que más se presentó en los niño/niñas fue la fiebre con 43%, Infección Respiratoria Aguda (IRA) (gripe, tos, neumonía) con un 35%, seguido de diarrea con 13,3% y dengue con un 11,6%. De acuerdo a lo anterior la estrategia AIEPI menciona que la fiebre

(igual o mayor 38°C), diarrea y tos son los síntomas que se vinculan a las enfermedades prevalentes de la infancia, por esto se debe educar a las madres para que identifiquen la presencia de fiebre o cualquier tipo de sangrado en el niño/niña mediante la utilización correcta del termómetro para que acudan de inmediato al establecimiento de salud, además a que realicen el manejo adecuado en el hogar del niño/niña con IRA y diarrea como se menciona en la práctica clave N°12 y también sobre cómo se debe proteger al niño/niña contra la malaria y el dengue como está expuesto en la práctica clave N°7 de la estrategia AIEPI.

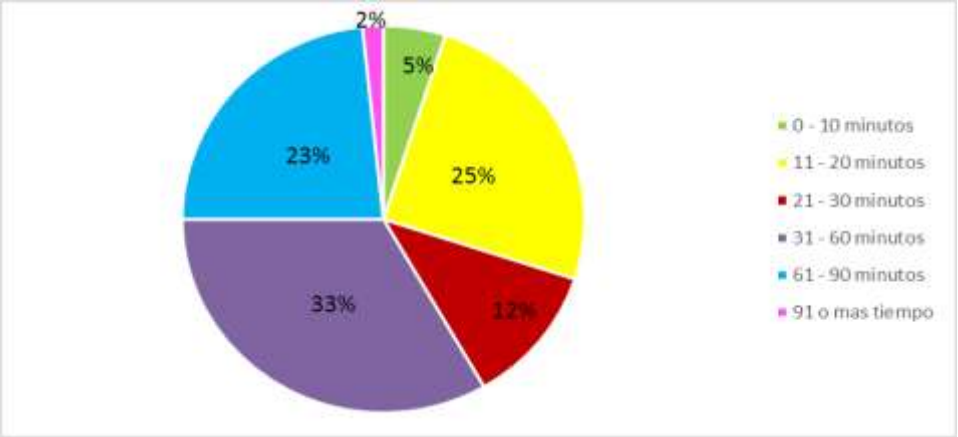
**Figura 11.** Tipo de profesional que atendió al niño/niña la última vez que se enfermó.




**Fuente:** Las investigadoras.

Con los datos obtenidos se puede observar que quien atiende con mayor frecuencia a los niño/niñas menores de 5 años cuando están enfermos en el Municipio de Granada Meta es el medico con un porcentaje del 90% seguido de enfermería con un 8% y un 2% que no sabe o no responde. Con estos resultados se analiza que enfermería debe tener más participación en la atención de niño/niñas menores de 5 años y trabajar en equipo con el personal médico tal como lo estipula el Ministerio de Protección Social en las funciones de los integrantes del equipo de salud de las EPS, IPS para la implementación de la estrategia AIEPI y continuar orientando a las madres para que cuando sus niño/niñas se enfermen acudan a los puestos de salud.

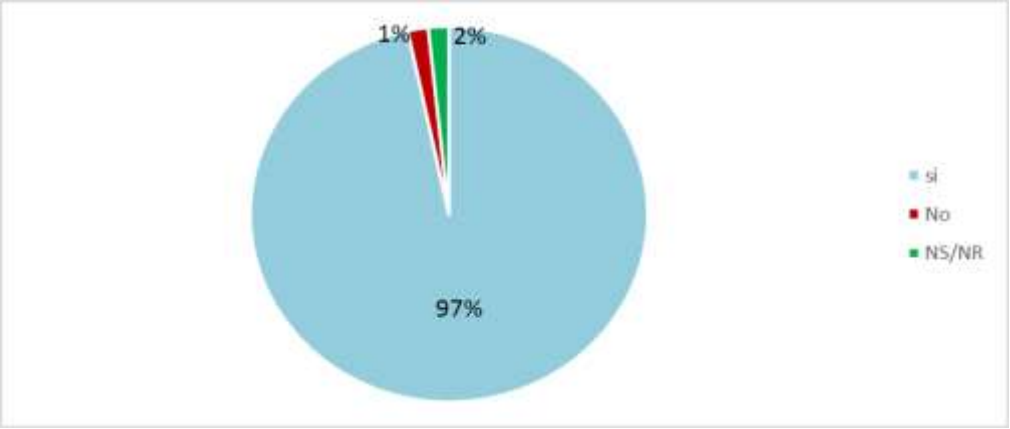
**Figura 12.** Tiempo de espera para recibir atención la última vez que el niño/niña asistió a una IPS.




**Fuente:** Las investigadoras.

Las madres manifiestan que la última vez que llevaron a sus niño/niñas menores de 5 años al médico lo que han tenido que esperar para la atención medica ha sido de 31 a 60 minutos con un porcentaje del 33%, seguido del 25% que afirman haber esperado el 11 a 20 minutos, el 23% manifestó esperar de 61 a 90 minutos y solo el 5% de las madres manifestaron que lo máximo que han tenido que esperar para recibir la atención medica ha sido 10 minutos. Por el contrario hay un porcentaje de un 2% que manifestó esperar por más de 91 minutos. Es importante tener en cuenta que la atención de los niño/niñas menores de 5 años debe ser inmediata, aun mas cuando el menor manifiesta signos de peligro que ponen en riesgo la vida tal y como está sustentado en la práctica clave N°16 de la estrategia AIEPI, también es importante capacitar a las madres para que sepan identificar los signos de peligro y así los menores puedan recibir una mejor atención en el menor tiempo posible.

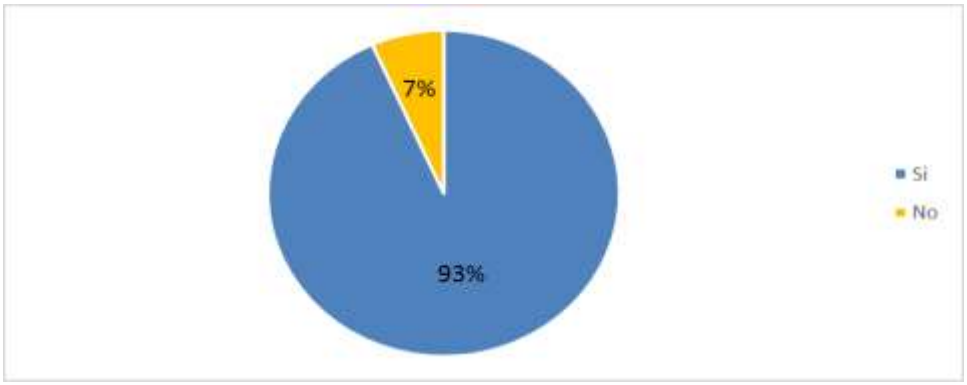
**Figura 13.** La última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud le indicaron algún tratamiento.



**Fuente:** Las investigadoras

Según la gráfica cuando las madres llevaron a los niño/niñas menores de 5 años enfermos al establecimiento de salud a la mayoría sí se les indicó algún tratamiento con un porcentaje del 97%, seguido de un 2% que no sabe o no responde y solo el 1% manifestó no haber recibido tratamiento médico por lo que es importante continuar guiando a las madres para que identifiquen los signos de peligro por los cuales deben acudir al centro de salud, y cuales signos y síntomas pueden ser manejados en el hogar tal como establece la estrategia AIEPI en la práctica clave N°12 la cual guía a las madres de los menores en el tratamiento que debe recibir el niño/niña enfermo en el hogar y los cuidados que se deben tener en la alimentación del niño/niña enfermo en casa como lo indica la práctica clave N°11.

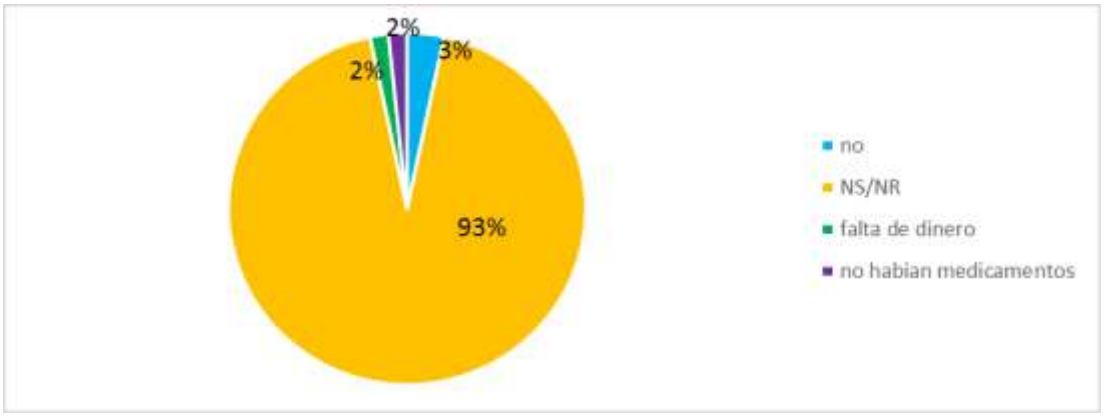
**Figura 14.** Pudo cumplir con el tratamiento ordenado, la última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud.




**Fuente:** Las investigadoras.

Como se puede observar en la gráfica el 93% de las madres de niño/niñas menores de 5 años si pudieron cumplir con el tratamiento indicado por el personal de salud, frente a un 7 % que manifestó no haber cumplido, aunque el porcentaje que no pudo cumplir con el tratamiento es menor es importante hacer seguimiento de las causas de porque los menores no pudieron cumplir con el tratamiento prescrito y de esta manera fortalecer y fomentar la estrategia AIEPI con sus 18 practicas claves las cuales garantizan la salud de la niño/niñas menores de 5 años.

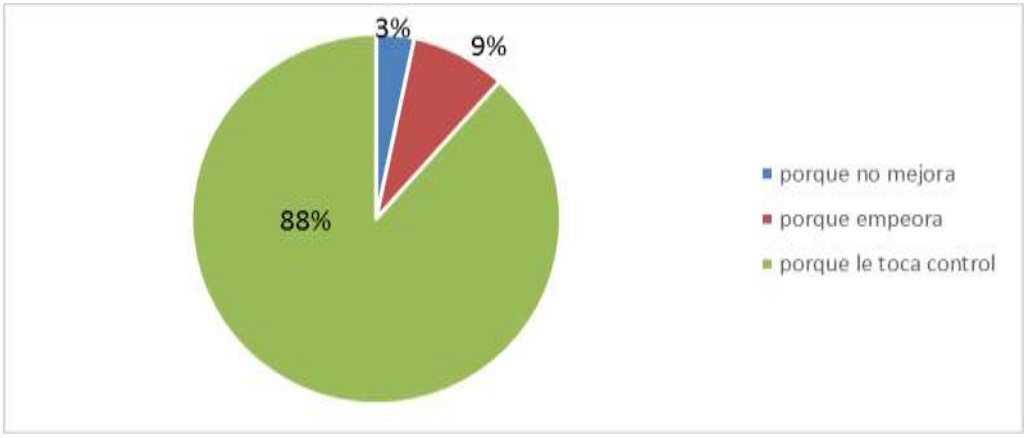
**Figura 15.** Razones por las que qué no se pudo cumplir con el tratamiento la última vez que el niño/niña asistió a un establecimiento de salud.




**Fuente:** Las investigadoras.

En la gráfica se observan las causas por las cuales las madres de los niño/niñas de 5 años no pudieron cumplir con el tratamiento indicado por el personal de salud donde el porcentaje mayor es del 3% que solo respondió no haber cumplido con el tratamiento y no expresa causa alguna, seguido de un 2% que manifiesta no haber cumplido con el tratamiento por falta de dinero y un 2% que afirmó no poder cumplir con el tratamiento por no haber los medicamentos en sus respectivas E.P.S. Tal como lo indica el ministerio de la protección social sobre las funciones tanto de las EPS como IPS se debe velar porque estas se cumplan y de esta manera lograr que la Estrategia AIEPI se pueda llevar a cabalidad y así garantizar que los menores de 5 años reciban la atención y tratamiento necesario y adecuado de las enfermedades que prevalecen en la infancia.

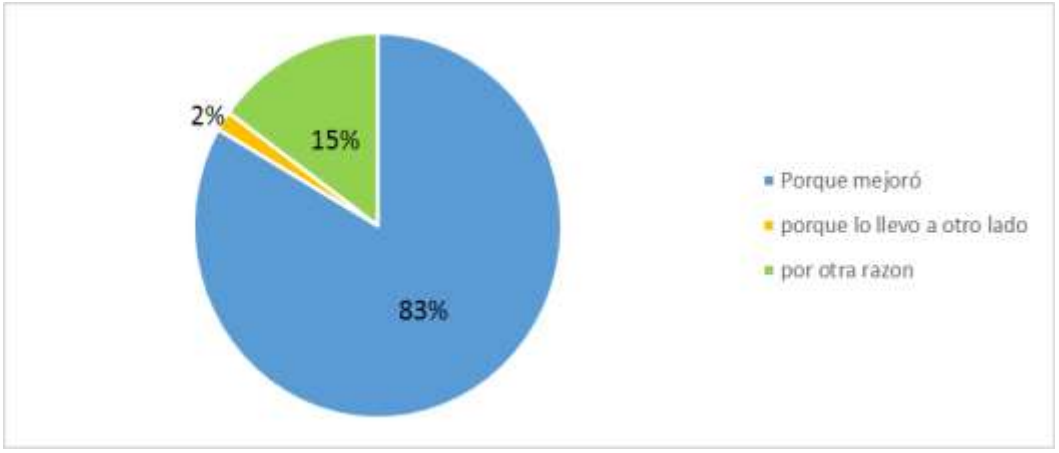
**Figura 16.** Razones por las que después de que el niño/niña cumplió con el tratamiento si regreso al establecimiento de salud.




**Fuente:** Las investigadoras.

Las madres afirmaron que después de que sus hijos recibieron tratamiento y lo cumplieron debieron regresar al establecimiento de salud con los menores por múltiples causas; la mayoría con un porcentaje del 88% volvió al establecimiento de salud porque el niño/niña tenía control de crecimiento y desarrollo, seguido de un 9% que regresó porque la salud del niño/niña empeoró y un 3% porque el niño/niña no mostro mejoría. Tal como lo plantea la estrategia AIEPI es importante llevar a los menores a los controles de crecimiento y desarrollo desde el primer mes de nacido con el fin de promover y prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia al igual que dar a conocer las practicas saludables que conforman esta estrategia, comprometiendo a las familias en el cuidado del menor y de esta manera en el conocimiento de los signos y síntomas por los que deben acudir de manera inmediata al centro de salud en caso de que el menor no mejore y por el contrario empeoren los síntomas

**Figura 17.** Razones por las que después de que el niño/niña cumplió con el tratamiento no regreso al establecimiento de salud.

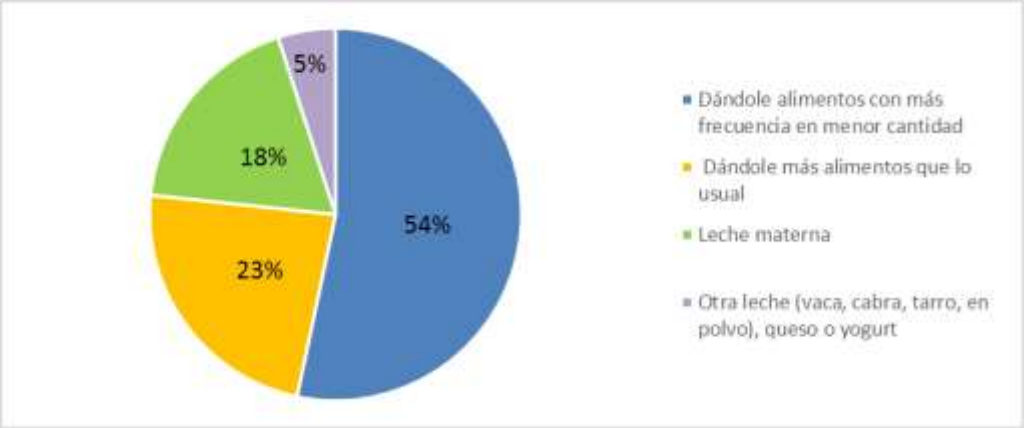



**Fuente:** Las investigadoras.

Contrario a la gráfica anterior en esta se puede observar que después de cumplir con el tratamiento indicado algunas madres no regresaron al establecimiento de salud con sus hijos menores de 5 años, inicialmente con un porcentaje del 83% porque el menor mejoró, seguido del 15% por razones no especificadas y finalmente 2% que lo llevo a otro lado para garantizar su mejoría. Es por esto que se debe garantizar una adecuada información a las madres de los niño/niñas para que no acudan a los centros de salud únicamente cuando sus hijos presenten signos de alarma, sino que acudan a los controles de crecimiento y desarrollo para que reciban las indicaciones del personal de salud en cuanto al manejo del niño/niña enfermo en el hogar

y la presencia de signos de peligro por los cuales deben buscar atención hospitalaria inmediata.

**Figura 18.** Modo en el que se cree que debe ser alimentado el niño/niña después de estar enfermo.

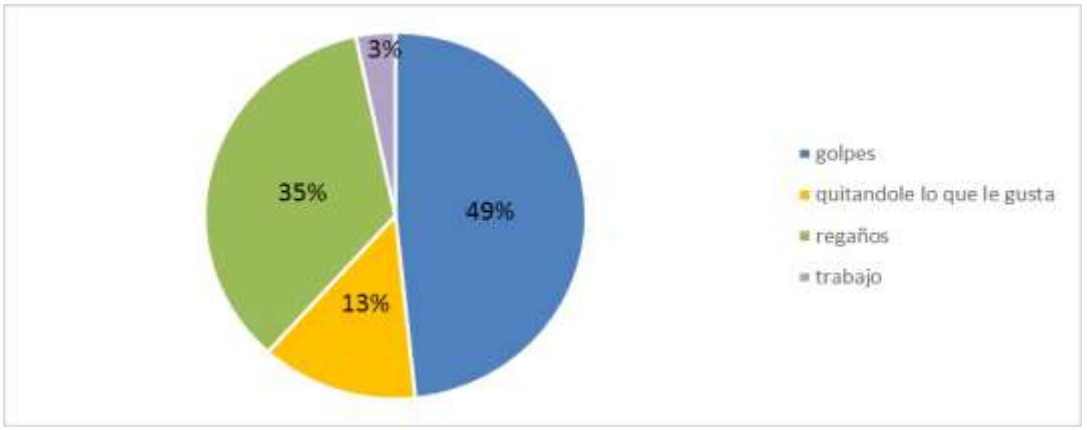



**Fuente:** Las investigadoras.

En los datos obtenidos se evidencia que un 54% de las madres manifiesta que el niño/niña después de estar enfermo debe recibir alimentos en menor cantidad con mayor frecuencia, un 23% manifiesta que la alimentación debe ser dándole más alimentos de lo usual y un 18% menciona que el niño/niña debe recibir leche materna lo cual es importante ya que la práctica clave N°11 de la estrategia AIEPI menciona que si el bebé está enfermo y tiene menos de 6 meses solo debe recibir leche materna más veces y por más tiempo, pero si el bebé está enfermo y tiene más de 6 meses, hay que darle su alimentación habitual, muchos líquidos y si es posible se debe aumentar la frecuencia y el número de raciones hasta que el niño/niña se recupere.

## 5.5 MALTRATO

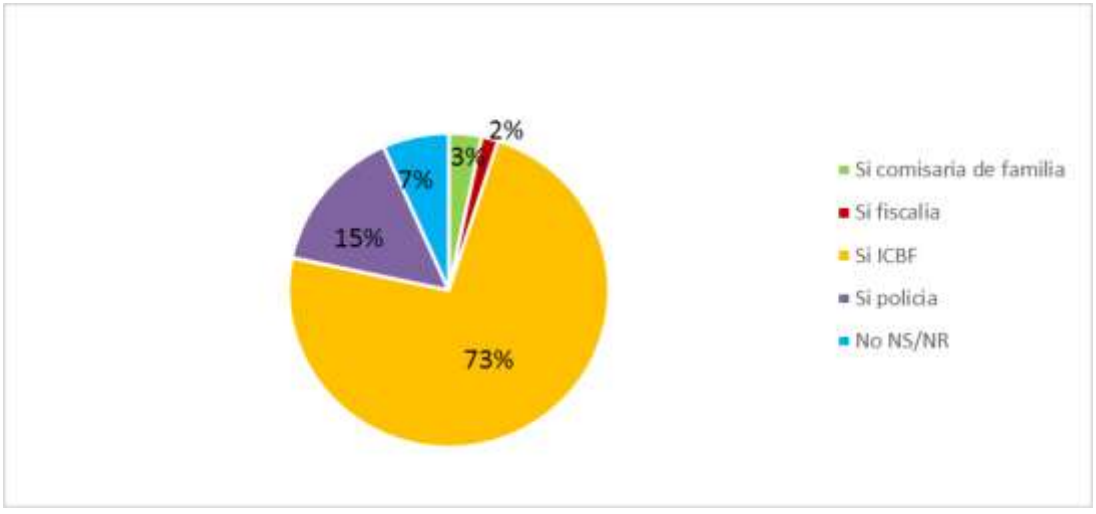
**Figura 19.** Tipos de castigos que recibían cuando eran niñas las madres de menores de 5 años.




**Fuente:** Las investigadoras.

Se puede observar en la gráfica que un 49% de las madres mencionan haber sido castigadas por sus padres hasta los 5 años mediante golpes, un 35% manifestó haber sido regañados, a 13% se le fue quitado lo que más le gustaba y un 3% tuvo que trabajar, según lo anterior la práctica clave N°13 de la estrategia AIEPI menciona que los padres deben evitar las situaciones que den pie al maltrato infantil, entre ellas el alcoholismo; el maltrato y el descuido pueden ser evitados mediante la orientación a los padres para que tengan una relación respetuosa entre ellos y sus hijos, y para que busquen la solución a los conflictos a través del diálogo y eviten el castigo físico (golpes) o psicológico (gritos e insultos) a los niño/niñas.

**Figura 20.** Conocimiento sobre si en el municipio de Granada - Meta hay alguna institución que proteja a los niño/niñas




**Fuente:** Las investigadoras.

Con los datos obtenidos se evidencia que un 93% de las madres encuestadas conocen la mayoría de instituciones a las que pueden acudir en caso de que los derechos de los niño/niñas sean vulnerados, un 7% de las madres desconocen o no dieron respuesta a este ítem; según la práctica clave N°13 de la estrategia AIEPI es de vital importancia que las madres conozcan las entidades a las cuales deben acudir en busca de ayuda si conocen casos o detectan signos de maltrato o abuso, los cuales deben ser referidos a las comisarías de familia, el ICBF, a la policía o al establecimiento de salud.

# 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

## 6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Respecto de la edad de las madres que participan en el estudio, el grupo comprendido en el rango de 24-30 años de edad, en cual se cree que es la edad más propicia para la maternidad ya que esta podría implicar un grado de mayor madurez emocional y en consecuencia la crianza, sin embargo el rango de una de cada cuatro madres pertenece al rango de 18-23 años donde se podría considerar que no tendrían la suficiente madurez; en otras investigaciones, en Ecuador muestra que el rango de edad de las madres las cuales tienen hijos entre 1-5 años es de 27 a 32 años, consideran que es la edad adecuada para realizar este tipo de investigación ya que nos muestran las actitudes de personas con una más amplia perspectiva frente a la maternidad, la vida, y el cuidado que se le debe brindar a un infante, si observamos las similitudes en el rango de edad podemos decir que la edad más propicia para una maternidad segura y responsable se halla después de los 25 años. (48)

En la mayoría de países se cree que uno de los factores que influyen en la educación y el cuidado de los niño/niñas se deriva de la zona geográfica en la cual habite ya que brinda mejores oportunidades de acceso a servicios de salud, instituciones educativas, zonas de recreación et, por ente se considera importante evidenciar que la mayor parte de la población pertenece al área urbana con un 85% del total de la muestra poblacional comprendido por madres que en su mayoría pertenecen a un régimen de afiliación subsidiado y que su grado de escolaridad alcanza la culminación de estudios técnicos como lo podemos sustentar con el 38,8% de la población tenida en cuenta para el estudio, factores tales como el grado de escolaridad, el tipo de afiliación a un sistema que garantice el acceso a los servicios de salud en caso de ser necesario, y la accesibilidad a estos mismos ponen en perspectiva la necesidad de focalizarlos y analizarlos según el mismo estudio planteado anteriormente realizado en Ecuador nos muestra que el 65,5% de la población tenida en cuenta para el estudio habita en una zona rural lo cual frente a nuestra muestra poblacional en la cual predomina la procedencia de zonas urbanas podría tener o no influencia en la accesibilidad a un centro de atención en caso de requerirlo, el grado de escolaridad de los mismos muestra que solo el 4,6% esa muestra tiene un grado de escolaridad técnica, y predomina la culminación de estudios de básica secundaria con un 31,5% , en granada vemos que en su mayoría podrían contar con un nivel educativo en donde se podrían tener más preparación para desempeñar mejor la

maternidad y a su vez la realización de la vida laboral, la economía como una fuente de recursos que pueda actuar en diferentes aspectos de la vida asegurando así un techo, educación para los hijos, saneamiento básico y demás cosas que pueden influir en un entorno en el hogar más seguro para el desarrollo de los niño/niñas, por otra parte en un centro de atención urbano en Ecuador consideran que la población rural es en general menos educada, y más frecuentemente empleada en el sector de la agricultura, en comparación con las madres del área urbana quienes trabajaban en su gran mayoría en oficinas estos consideran se puede esperar que las mujeres del área rural sean madres a más corta edad y el número de hijos sea mayor en comparación con las madres de la zona urbana considerando que esta es la que prevalece en dicho centro, además de que el 80% de las madres habitantes en zona urbana han terminado sus estudios de secundaria y superiores. (48)

De acuerdo a los datos obtenidos se identifica un 56.6% de la población infantil esta entre 36 a 67 meses de edad y que el 31.7% pertenece al sexo masculino frente al 25% al sexo femenino, frente a un estudio en población guatemaltecos en donde buscaban observar las enfermedades prevalentes de la infancia se observó que al analizar la edad y el sexo de los pacientes, existió una frecuencia elevada del grupo etario de 1 a 4 años, con 60,2 %, y un leve predominio de los varones (52,0 %). (48)

## 6.2 INMUNIZACIONES PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES

Según el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y la práctica clave N°5 de la Estrategia AIEPI en todas las instituciones donde se atiendan partos debe implementarse como política de salud la aplicación de la vacuna BCG y la 1° dosis de vacuna contra Hepatitis B, idealmente en las primeras 12 horas de vida ya que son fundamentales para prevenir enfermedades como Meningitis Tuberculosa y Hepatitis B en el recién nacido. (49)

Con respecto a la inmunización para prevención de enfermedades se evidencia que un 93% de los niño/niñas menores de 5 años recibieron la primera vacuna durante las primeras 12 horas de nacidos y un 2% fueron vacunados al tener un mes de nacidos; en Valencia un estudio evalúa la actitud de las madres hacia el cumplimiento del calendario de vacunación de niño/niñas menores de 6 años en el servicio de hospitalización del hospital de niño/niñas Dr. Jorge Lizarraga, de lo cual se evidencia como resultado que 94,4 % (n=67) de las madres conoce el calendario de vacunas que deben recibir sus niño/niñas, 56,3% (n=40), ha presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna y 22,5% (n=16) de los casos, por alguna razón los niño/niñas perdieron la oportunidad de ser inmunizados

oportunamente; según los resultados obtenidos, las madres manifiestan conocer el calendario de vacunas que se les aplica a sus hijos, a pesar del grado de desinformación o de desconocimiento que tienen acerca del objetivo principal de las inmunizaciones y sus contraindicaciones; esto coincide con Carrasco-Garrido y col en un trabajo realizado en España en el año 2003, donde observó que la cobertura de vacunación alcanza hasta un 98% de los niño/niñas en dicho país, pero menos de la mitad de los padres españoles conocen las vacunas recomendadas o exactamente contra qué enfermedades están protegiendo a sus hijos. Es necesario estimular la participación social en los programas de inmunización, para asegurar la sostenibilidad de la cobertura de vacunación. Los esfuerzos para fomentar la vacunación de la población infantil deben basarse en una estrategia de comunicación integral que incluya capacitación y establecimiento de estrategias para la promoción de la información con la finalidad de cumplir el calendario de vacunación y de esta manera disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles. Los trabajadores de la salud deben brindar información a las madres acerca de la importancia que tiene el conocimiento relacionado al cumplimiento del esquema de inmunización en sus hijos. Los países de América Latina han conseguido muchos éxitos reduciendo la morbi-mortalidad en la región a través del cumplimiento del calendario de vacunación en la población infantil. (50)

De acuerdo a los datos obtenidos de la muestra sobre la inmunización durante la gestación el 77% de las madres saben que la vacuna que debe aplicarse a las mujeres en estado de gestación es la Toxoide tetánico (Dt,DT,TT) y un 54% de las madres manifiesta no haber recibido durante el embarazo alguna vacuna en la nalga para prevenir al bebe contra el tétano. Al momento del parto existe riesgo de infección por tétanos, tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que la embarazada debe estar correctamente inmunizada antes del mismo por esto el esquema de vacunación recomienda administrar una dosis de vacuna dTpa a todas las mujeres embarazadas la cual debe ser administrada en el brazo menos dominante específicamente en el deltoides por vía intramuscular profunda, preferentemente entre las semanas 27 y 36 de gestación, aunque la vacuna puede ser administrada en cualquier momento del embarazo. (51) La administración de la vacuna antitetánica durante el tercer trimestre del embarazo contribuye a reducir la aparición de tétanos puerperal y neonatal, y de esta manera a disminuir las tasas de mortalidad infantil.

Teniendo en cuenta lo mencionado es importante que la mujer durante el estado de gestación reciba todo el esquema vacunal como está estipulado por el programa ampliado de inmunizaciones para mujeres gestantes ya que las vacunas aportan protección a la madre y al producto de la gestación

actual o de futuras gestaciones, confiriéndole importantes ventajas durante los primeros meses de vida.

## 6.3 BÚSQUEDA DE ATENCION SIGNOS DE ALARMA

La diarrea y el resfriado común son las enfermedades más frecuentes presentadas en niño/niñas menores de cinco años. En algunos países ocupa el primer lugar como causa de defunción en niño/niñas de esta edad. Las enfermedades diarreicas están asociadas a retardo del crecimiento. (52)

En la búsqueda de datos realizada en esta investigación se observa que un 11,67% de las madres encuestadas un signo que indique que el niño/niña se está agravando es que no pueda beber ni tomar seno, un 66,6% indica si le da fiebre, diarrea, vómito, 35% manifiesta que si tiene respiraciones rápidas, 13,3% si hace deposiciones con sangre, 16,6 si bebe o come poco, 25% si tiene convulsiones y finalmente un 31,6% si está somnoliento o letárgico (no despierta fácilmente), se evidencia que un alto porcentaje de las madres desconoce los signos de peligro por los cuales se debe buscar atención médica de inmediato. El desconocimiento de los signos de alarma en el menor es una problemática de salud pública que afecta en gran manera la población infantil de las distintas regiones como se puede evidenciar en un estudio que se realizó en Cartagena de indias en el cual fueron encuestadas 127 madres de niño/niñas menores de 5 años dando como resultado que un 86,9% de las encuestadas no supieron identificar los signos de alarma de las enfermedades estudiadas pero un 73,3% decidieron acudir al médico ante la presencia de estas patologías, además se consideró que la madre presentaba prácticas adecuadas ante la tos persistente, la diarrea de un día de evolución y la fiebre de 38°C si se realizaba la medida sugerida ante el AIEPI más indicada (medida en casa) y se indagó de manera cualitativa sobre el uso de medicamentos y remedios caseros (líquidos tradicionalmente empleados en la región: agua de arroz tostado, aromáticas, caldos), suero de rehidratación oral (SRO) (en sobre o en líquido comercial) y suero casero (solución consistente en agua, sal y azúcar en proporciones recomendadas por la OMS). (53)

Según la estrategia AIEPI a los niño/niñas hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura, agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos, por esto se fundamenta en la práctica clave N°16 sobre cómo identificar signos de peligro y la práctica N°6 en la cual indica que las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas; estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niño/niñas y pueden causarles la muerte. (54)

Por todo lo anterior, las comunidades merecen especial atención por parte de los actores sociales y ameritan mayor dedicación y esfuerzo en la capacitación, implementación y evaluación de la estrategia AIEPI a través de vías de comunicación efectivas e innovadoras, que permitan su masificación y contribuyan a disminuir la morbimortalidad infantil. Su objetivo es buscar una atención integral en esta población a través de una prestación adecuada de servicios de salud con calidad, asignación permanente de profesionales, mejora de los comportamientos de los cuidadores de los niño/niñas y el aumento de factores protectores para la salud que permitan subsanar la distancia que hay hasta los centros de salud de segundo nivel que se encuentran en la ciudad y promuevan el desarrollo social de las comunidades. Por último, es recomendable realizar estudios de investigación que demuestren el impacto de la estrategia en la comunidad y que se logre la socialización de los resultados ante las comunidades académicas para que faciliten su retroalimentación y la replicación de la misma a otras poblaciones. (53)

## 6.4 ASISTENCIA DOMICILIARIA APROPIADA, ALIMENTACION DEL NIÑO/NIÑA ENFERMO

Según los datos obtenidos se observar que cuando los niño/niñas están enfermos son llevados al centro de salud y quien los atiende con mayor frecuencia es el medico con un porcentaje del 90% seguido de enfermería con un 8%. Según una encuesta realizada en la Paz a madres 45.6% refiere que se dejaría atender por cualquier médico que se encuentre de turno, aproximadamente la mitad de las encuestadas (54.4%) refiere miedo para realizar la consulta médica. Los principales miedos están relacionados a uso de tratamiento con inyecciones (47.1%) y a la misma atención médica por el trato (20.6%). (55)

Lo mencionado anteriormente indica la urgente necesidad de continuar con la capacitación de las madres en este particular aspecto mediante educación, motivación a que acudan primeramente al centro de salud y no a otras instituciones, además a que conozcan la importancia de que sus hijos reciban atención medica de manera oportuna para evitar la aparición de posibles complicaciones.

Respecto a los resultados obtenidos las madres de los niño/niñas manifestaron que los menores de 5 años la última vez que se enfermaron un 35% presento infección respiratoria aguda (IRA) (gripe, tos, neumonía), seguido de diarrea con 13,3% y dengue con un 11,6%. Con respecto a lo anterior 54% de las madres manifiesta que el niño/niña después de estar

enfermo debe recibir alimentos en menor cantidad con mayor frecuencia, un 23% manifiesta que la alimentación debe ser dándole más alimentos de lo usual y un 18% menciona que el niño/niña debe recibir leche materna. Según un estudio realizado en Cuba a cuidadores de niño/niñas con relación a la enfermedad diarreica aguda, 16.2% de las encuestadas consideraron suspender la alimentación en caso de diarrea. En otro estudio reciente realizado en áreas rurales de México, se identificó que aproximadamente un tercio de las madres consideraron que se debe suspender la alimentación. En Honduras, en lo que respecta a las prácticas de alimentación reportadas durante el episodio diarreico, se observó que la mayoría siguieron las recomendaciones brindadas por el personal de salud en lo que se refiere a la lactancia materna. (55)

Se evidencia la necesidad de establecer programas permanentes de capacitación a madres, a través de consultas educativas, cara a cara, por el personal de salud, para mejorar el manejo de la diarrea en el hogar, enfatizando el reconocimiento de la sed como signo de alarma, así como las ventajas del incremento en la frecuencia de administración de los alimentos, componentes del manejo efectivo menos conocidos y practicados por las madres. (56)

Se puede concluir que la cultura sanitaria que poseen las madres de niño/niñas sobre temas básicos relacionados con la salud infantil es deficiente y resalta la falta de dominio en la identificación de síntomas y signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia. Sería recomendable realizar estudios similares en madres de otras áreas rurales y urbanas donde se ofrece atención primaria de salud para que los hallazgos futuros de estos estudios logren que los programas vigentes sean más aceptables y efectivos en obtener cambios favorables en el comportamiento de los mayores responsables del cuidado de los niño/niñas, los padres. (55)

## 6.5 MALTRATO

La familia es la unidad social que permite a sus miembros crecer y desarrollar sus capacidades, su potencial y las habilidades necesarias para lograr su autonomía; pero también puede ser un lugar de desconsuelo, arbitrariedad y abandono. En este espacio relacional se realizan los aprendizajes sociales básicos: la aceptación de la diferencia y de la autoridad, el respeto de las reglas, la tolerancia a la frustración, la experiencia del compromiso y la negociación. Se trata de aprendizajes que se realizan primariamente en familia a través de relaciones de amor. (57)

De acuerdo a la muestra de los datos obtenidos se puede observar que un 49% de las madres mencionan haber sido castigadas por sus padres hasta los 5 años mediante golpes, un 35% manifestó haber recibido regaños. Los factores desencadenantes de estos eventos suelen ser los problemas económicos, la pérdida del empleo, las frustraciones cotidianas, un elevado porcentaje de alteraciones de la dinámica y el funcionamiento familiar, que lleva a que sean en su mayoría disfuncionales extensas, en las que abundan las discusiones, las groserías, las críticas, los celos y otros males aún peores como el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución y la homosexualidad. (58)

El castigo ha sido utilizado ampliamente como estrategia de disciplina socialmente aceptada. Como consecuencia, provoca en el niño/niña ansiedad, tensión muscular, estrés y produce una reacción atemorizante, ante lo cual se presenta una respuesta primitiva de huida y distracción. Así mismo, cuando el niño/niña participa como espectador en el castigo infligido a otros, sufre emocionalmente con las subsecuentes repercusiones emocionales de la amenaza y el miedo. (57)

Con respecto a lo mencionado anteriormente la estrategia AIEPI en su práctica clave N°13 menciona que los padres deben evitar las situaciones que den pie al maltrato infantil, entre ellas el alcoholismo. El maltrato y el descuido pueden ser evitados mediante la orientación de los padres para que tengan una relación respetuosa entre ellos y sus hijos, y para que busquen la solución a los conflictos a través del diálogo y eviten el castigo físico (golpes) o psicológico (gritos e insultos) a los niño/niñas.

La diferencia entre maltrato y disciplina es muy sutil. La disciplina sin amor es maltrato y la falta de disciplina es desamor. La consejería en disciplina debe ser una parte importante de la consulta del niño/niña sano, como un espacio para brindar herramientas útiles a los padres, a fin de procurar una crianza más humanizada, una disciplina más efectiva y contribuir al mejoramiento de las pautas apropiadas y adaptadas a cada familia y a su medio. Esto permitirá que el niño/niña goce de un clima emocional favorable y desarrolle un vínculo seguro. (57)

## CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio evidencian que el grupo de madres de menores de 5 años abordada, con mayor grado de responsabilidad y madurez para asumir la maternidad respecto a la crianza se encuentra en el rango entre 24-30 años de edad; también se observó que en un porcentaje del 38,3% de las madres de los menores han realizado estudios técnicos lo cual les permite obtener un mayor nivel de conocimientos, aunque actualmente están dedicadas al hogar. Se identificó que cuando los niño/niñas están enfermos son llevados al centro de salud y quien los atiende con mayor frecuencia es el medico con un porcentaje del 90% seguido de enfermería con un 8%.

Se reconoce los conocimientos de las madres de los niño/niñas menores de 5 años sobre inmunización en el recién nacido para prevenir enfermedades al identificar que el 93% de los niño/niñas menores de 5 años recibieron la primera vacuna durante las primeras 12 horas de nacidos. Se evidencia que las madres en un porcentaje del 83% manifiestan saber la edad en que se debe aplicar la primera vacuna al niño/niña, pero solo el 80% de ellas coinciden con el esquema de vacunación estipulado en la estrategia AIEPI el cual indica que la primera vacuna se debe aplicar durante las primeras 12 horas de nacido y en un porcentaje total del 85% de las madres saben que vacunas deben tener los niño/niñas según la edad.

Solo el 77% de las madres tiene conocimiento sobre la importancia de la administración de la vacuna de Toxoide tetánico durante la gestación, y el 55% de ellas manifestó que se la administraron durante su embarazo.

Existe desconocimiento con respecto a la aparición de signos de alarma, ya que son muy bajos los porcentajes de las madres que consideran los signos de peligro estipulados en la práctica 16 de la estrategia AIEPI como factores agravantes de la salud de los niño/niñas.

Las enfermedades diagnosticadas a los niños en su última consulta médica fue en primer lugar la infección respiratoria aguda (IRA) (gripe, tos, neumonía), seguido por diarrea con y dengue. Entre los cuidados que las madres manifestaron practicar cuando los niños/as enfermaron, se ubica que

la mitad de las madres consideran de mayor importancia que reciban alimentos en menor cantidad pero con mayor frecuencia y una cuarta parte de las madres considera que la alimentación debe ser dándole más alimentos de lo usual y un 18% menciona que el niño/niña debe recibir leche materna

El 93% de las madres abordadas conocen la mayoría de instituciones a las que pueden acudir en caso de que los derechos de los niño/niñas sean vulnerados, si conocen casos o detectan signos de maltrato o abuso, los cuales deben ser referidos a las comisarías de familia, el ICBF, a la policía o al establecimiento de salud.

## RECOMENDACIONES

La estrategia AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño/niña. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niño/niñas menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo, pero la falta de compromiso en su implementación o el desconocimiento de la población sobre la estrategia hace que no se implemente de una manera correcta por lo cual es necesario:

Sensibilizar a todo el personal con la estrategia AIEPI para que sea asumida con responsabilidad, compromiso profesional y trabajar mancomunadamente, para garantizar de esta forma una mayor cobertura, un cuidado integral y el trabajo interdisciplinario entre el equipo de salud, de modo que se fomente de manera positiva a las madres de los niños/niñas a cualificar sus conocimientos y con esto sus habilidades y competencias que como cuidadoras primarias desarrollan con sus hijos y en esto es importante involucrar a los actores interdisciplinarios e interinstitucionales que propenden por el bienestar de los niños de modo continúo.

Fomentar la práctica sistemática de las medidas preventivas, pues estas garantizaran la disminución de los casos de niño/niñas menores de 5 años atendidos a nivel hospitalario, capacitando a las madres con respecto a los signos de peligro de tal manera que sean ellas quienes desde el hogar puedan identificar estos y actúen de manera oportuna ya sea mediante la atención en casa o en caso necesario la asistencia inmediata al centro del salud.

Es fundamental que enfermería tenga más participación en la atención de niño/niñas menores de 5 años y trabajar en equipo con el personal médico tal como lo estipula el Ministerio de Protección Social en las funciones de los integrantes del equipo de salud de las EPS, IPS para la implementación de la estrategia AIEPI.

Si se aplica correctamente, la Estrategia AIEPI puede reducir la mortalidad de los niño/niñas menores de cinco años , por lo que es importante continuar

con investigaciones como estas no solo en los Municipios del Meta sino en cualquier área poblacional con el fin de medir los conocimientos de las madres de los niño/niñas menores de 5 años en cuanto a la aplicación de las prácticas claves de AIEPI, y así conocer las falencias y problemáticas para poder implementar un plan de mejoramiento.

Es trascendental motivar por medio de los resultados de este proyecto a los futuros profesionales de enfermería y a la Universidad de los Llanos para que continúen apoyando y realizando investigaciones al respecto de la realidad de la primera infancia en el departamento del Meta, con el fin de profundizar y fortalecer la aplicación de las prácticas claves del componente comunitario de la estrategia AIEPI y así continuar con el proceso de capacitación a la población en general para que de esta manera se garantice la salud de los niño/niñas menores de 5 años.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


**1.** Ministerio de Salud Colombiano. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada sobre Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Internet). Washington, DC, EE.UU. Abril de 2001. (Consultado May 15 de 2015) Disponible en:http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/OPS/caratula%20y%20Parte%201.pdf

**2.** Monografías. Com. Protocolo de AIEPI Comunitario Estrategia De Salud Pública. (Internet) (Consultado 05 de Junio de 2015) Disponible en:http://www.monografias.com/trabajos96/protocolo-aiepi-comunitario-estrategia-salud-publica/protocolo-aiepi-comunitario-estrategia-salud-publica.shtml

**3.** ARAO Taller Creativo. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. (Internet). Bogotá-Colombia. 2010. (Consultado 05 de Junio de 2015). Disponible en http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/documentos/Prestacion%20de%20servicios/ciclo%20de%20capacitaciones/AIEPI/Capitulo_13%20aiepi%20comunitario.pdf

**4.** Ministerio de la Protección Social. Guía Operativa Para Implementación De AIEPI En Entidades Promotoras De Salud E Instituciones Prestadoras De Servicios Colombia 2011 (Internet). (Consultado 2015 May 12) Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/SeccionesProgramas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/GU%C3%8DA%20OPERATIVA%20PARA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20AIEPI%20EN%20EPS%20e%20IPS.pdf

**5.** Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico para el Aprendizaje de AIEPI en Enfermería. (Enfermedades Prevalentes de la Infancia desde 0 hasta 4 años de edad) (Internet). (Consultado 2015 May 7) Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/AIEPI/AIEPIClinico.pdf

**6.** Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Colombia 2013 (Internet). Bogotá 2014. (Consultado 2015 May 15) Disponible en:

http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf.

**7.** Programa De Naciones Unidas Para El Desarrollo. El departamento del Meta Frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Internet) (Consultado el May 25 2015) Disponible en : http://www.pnud.org.co/img_upload/3332313332316164616461646164 6164/odm%20meta.pdf

**8.** Fundación oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lulle. Propuesta para la implementación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) (internet) (consultado 2015 may 11) disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/445/1/Propuesta_para_implementacion_estrategia_AIEPI.pdf

**9.** Organización Panamericana de la Salud. Guía para formular El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI. (Internet). (consultado 2015 may 11) disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/FINALguia_PO_LR.pdf

**10.** Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia (internet). (consultado 2015 may 8) disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Bibliotecadigital/ride/de/guia-para-la-atencion-de-la-ninez-en-la-familia.pdf

**11.** Organización Panamericana de la Salud. AIEPI - Atención Integrada A Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia (Internet). (Consultado 2015 May 9) Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=909:aiepi-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia&itemid=607

**12.** Universidad Nacional De Colombia. Dirección Nacional de innovación Académica. (internet) (consultado 2015 may 8) disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2008551/lecciones/cap1-4-2.htm

**13.** Organización Nacional de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (internet). (consultado 2015 may 15) disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/

**14.** www. alojamientos. uva. es. Guía Docente (Internet). Publicado en 2011. (consultado 2015 may 5) disponible en: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2011/477/46133/1/Documento1.pdf

**15.** www. Definicion.de. Practica (Internet). Copyright 2008-2015 (consultado 2015 may 8) Disponible en: http://definicion.de/practica/

**16.** An. Fac. med. v.70 n.3 Lima sep. 2009. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual.(internet) (consultado 2015 may 18) disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext

**17.** Universidad Pontificia Bolivariana. Las prácticas familiares clave para la salud y el desarrollo de los niños (Internet). (Consultado 2015 may 15) 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

**18.** Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. carta de Ottawa para la promoción de la salud (Internet). (Consultado 2015 may 17) disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html

**19.** Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud (Internet). (Consultado 2015 may 2) disponible en: http://www.mecd.gob.es/dms-static/beb68e02-9e99-490f-897f-792d1af6b783/glosario-pdf.pdf

**20.** Organización Mundial de la Salud (OMS). salud y género (Internet) (Consultado 2015 may 25) disponible en: http://www.sevilla.org/ayuntamiento/areas/area-de-familia-asuntos-sociales-y-zonas-de-especial-actuacion/a-mujer/campanas-de-sensibilizacion/28-mayo/salud-y-genero

**21.** Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad.(Internet) (Consultado May 07 de 2015) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78590/1/9789243504063_spa.pdf

**22.** Unicef. Convención sobre los derechos humanos del niño (Internet). (Consultado 2015 may 15) disponible en: http://www.unicef.org/honduras/convencion_derechos_nino.pdf

**23.** Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría. Evaluación de condiciones de salud, vínculo y prácticas de crianza en niños de 0 a 3 años que conviven con sus madres internas de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor de Bogotá Colombia (Internet). (Consultado 2015 may 5) disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/47079/1/05599534.2015.pdf

**24.** Universidad Santo Tomas. Derecho a la Alimentación de la Primera Infancia(niños con hambre…grave crisis oculta)estado de cumplimiento del derecho a la alimentación de la primera infancia en el municipio de Sogamoso (Internet). (Consultado 2015 may 26) disponible en: http://190.121.145.50/index.php/piuris/article/view/413/562

**25.** Movimiento Científico. Programa de Promoción de la Salud Escolar: Infancia Activa y Saludable en tres Territorios Sociales Colombianos (internet). (Consultado 2015 may 13) disponible en: http://iberorevistas.metabiblioteca.org/index.php/Rmcientifico/article/view/123/95

**26.** Pediatría Atención Primaria. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes (Internet). (Consultado 2015 may 28) disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322013000100002&script=sci_arttext

**27.** Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. (internet). (consultado 2015 may 22) disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v27n2/v27n2a04.pdf

**28.** Hacia La Promoción De La Salud. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Recibido en mayo 27 de 2013, aceptado en junio 24 de 2013 (internet). (consultado 2015 may 3) disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a06.pdf

**29.** Sección Artículos Originales Revista Universidad y Salud. Año 2013 Vol. 15 (1) Págs. 34 – 44. Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta (Internet). (Consultado 2015 may 23) disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n1/v15n1a04.pdf

**30.** Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). Enfermedades Prevalentes de la Infancia y su Tendencia en los últimos diez años en el Perú (Internet). (Consultado 2015 may 30) disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0986/libro.pdf

**31.** Universidad Autónoma de Manizales. Significado de Practicas Comunitarias en Salud en el Marco de la Estrategia AIEPI. Pereira 2013 (Internet). (Consultado 2015 may 16) disponible en: http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/688/2/2InfFINALTesisMSP26abril14_38.pdf

**32.** Universidad ces. Impacto de las Actividades de Salud Pública en cuanto a la Salud Infantil y la Salud Sexual y Reproductiva Realizadas en el Municipio de Rionegro Antioquia 2008-2011 (Internet). (Consultado 2015 may 24) disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1678/2/Impacto_actividades_Salud%20Publica.pdf

**33.** Rev. salud pública. 15 (4): 555-564, 2013.AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano (Internet). (Consultado 2015 may 1) disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a06.pdf

**34.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(3):[09 pantallas]mayo-jun. 2013. Enseñanza de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en enfermería (Internet). (Consultado 2015 may 4) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0655.pdf

**35.** Rev.Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (19): 124-137, julio-diciembre de 2010. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia (Internet). (Consultado 2015 may 19) disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a09.pdf

**36.** Redalyc.org. Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia (Internet). Universidad de Antioquia 2010 (Consultado 2015 may 6) disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721010

**37.** Universidad de la Salle. Discursos y prácticas de crianza en la primera infancia: una construcción sociocultural de las relaciones de género y generación en la familia* (Internet). (Consultado 2015 may 21) disponible en: http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/3238/2582

**38.** Lic. Margarita Díaz Lemus. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba (Internet). (Consultado 2015 may 10) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000200007&script=sci_arttext

**39.** Unicef. Código de la Infancia y la Adolescencia (Internet) (Consultado 2015 may 12) disponible en: http://apps.mintrabajo.gov.co/siriti/info/codigo_infancia_y_adolescencia_ley_1098_de_2006_comentado.pdf

**40.** Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES) política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la Primera Infancia" (Internet). (Consultado 2015 jun 2) disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

**41.** Ministerio de Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (porque mi vida hay que protegerla hoy) (Internet). (Consultado 2015 jun 5) disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Primera%20Infancia%20AIEPI.pdf

**42.** Ministerio de Salud de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (Internet) Bogotá 2013. (Consultado 2015 may 30) disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

**43.** Ministerio de Salud y Protección Social. Migración Plan Territorial de Salud 2012-2015 (Internet). (Consultado 2015 may 18) disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PTS%202012-2015%20META.pdf

**44.** Esap.edu.co.Plan De Desarrollo 2012-2015 (Internet). (Consultado 2015 may 13) disponible en: http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/granada%20meta%20pd%202012%20-%202015.pdf

**45.** www.granada.meta.gov.co. Alcaldía de Granada Meta (Internet). (Consultado 2015 may 2) disponible en: http://www.granada-meta.gov.co/informacion_general.shtml

**46.** Hospital Departamental de Granada E.S.E Plan de Desarrollo Institucional 2012-2015 “Un Hospital Con Vocación de Servicio” (Internet). (Consultado 2015 may 7) disponible en: http://www.hospitalgranada.gov.co/web/fileadmin/user_upload/informes/Plan_Desarrollo/Plan_de_Desarrollo_Institucional_HDG__2012-2015.pdf

**47.** Ese Primer Nivel Granada Salud. Plan De Desarrollo Institucional 2012 – 2016 (Internet). (Consultado 2015 may 6) disponible en: http://eseprimernivelgranadasalud.com/PLAN%20DE%20DESARROLLO.pdf

**48.** Naranjo G, Toapanta M, Yumbay D. "Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de noviembre del 2010 a marzo del 2011". (Internet) Guaranda-Ecuador: Universidad Estatal De Bolívar Facultad Ciencias De La Salud Escuela De Enfermería; c2011. (Consultado 2015 Nov 26). Disponible en: http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/356/3/TESIS%20FINAL.pdf

**49.** Ministerio de salud. Norma Técnica para la vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones – PAI (Internet). (Consultado 2015 Nov 26). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/1PAI.pdf

**50.** Boscan M**,** Salinas B, Trestini M, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Valencia Venezuela. (Internet). (Consultado 2015 Nov 26) Disponible en: http://www.salus-online.fcs.uc.edu.ve/actitud_madre_vacunas.pdf

**51.** Vilajeliu A, Velasco C, Valencia S, García V, Bayas J. Vacunación en la mujer en edad fértil y embarazada. Barcelona 2012. (Internet). (Consultado 2015 Nov 26) Disponible en: file:///C:/Users/usuario%20carco/Downloads/articulo-especial-vacunacion-en-la-mujer-embarazada%20(2).pdf

**52.** Díaz S, Arrieta K, Ramos K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. Revista scielo revista de salud pública, vol. 15 n 4, 2013. (Internet).

(Consultado 2015 Dic 12) Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n4/v15n4a06.pdf

**53.** Díaz S, Arrieta K, Ramos K. AIEPI: una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. Revista scielo rev Clin Med Fam vol.5 n2 Albacete, 2012. (Internet). (Consultado 2015 Dic 12) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000200014&script=sci_arttext

**54.** Ministerio de la Protección Social. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. (Internet). (Consultado 2015 Dic 16) Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GUIA-PARA-LA-ATENCION-DE-LA-NINEZ-EN-LA-FAMILIA.pdf

**55.** Salas M, Burgoa Rivero, Ariel A, Claudia V. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Revista scielo Rev. bol. ped. Vol. 47 n2 La Paz, 2008. (Internet). (Consultado 2015 Dic 12) Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

**56.** Gutiérrrez C, Villa S, Mota F, Cabrales R, Gomez J. lntervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Revista scielo Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.61 n1 México, 2004. (Internet). (Consultado 2015 Dic 26) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

**57.** Sáenz M, Camacho A, Silva N, Holguín A. Exploración de estrategias de disciplina aplicadas a los niños de una institución educativa en Bogotá. Revista scielo rev.fac.med. vol.62 no 2 Bogotá Apr, 2014. (Internet). (Consultado 2015 ene 10) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200005

**58.** Robaina G. Maltrato a los niños, abuso sexual infantil. Rev Cubana Med Gen Integr vol.17 n 1 Ciudad de La Habana ene,feb, 2001. (Internet). (Consultado 2015 ene 10) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100011&script=sci_arttext