



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO ENFERMERO: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR Y SUS FACTORES RELACIONADOS EN LAS COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES DIARREICAS Y RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE TRES AÑOS, DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

VERÓNICA VEGA MARCELINO

No. de cuenta: 400107527

M.S.P. SOFIA SANCHEZ PIÑA
DIRECTORA DE TESIS

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MEXICO, D.F. MARZO 2005





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO ENFERMERO: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR Y SUS FACTORES RELACIONADOS EN LAS COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES DIARREICAS Y RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE TRES AÑOS, DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

VERÓNICA VEGA MARCELINO
No. de cuenta: 400107527

M.S.P. SOFIA SÁNCHEZ PIÑA
DIRECTORA DE TESIS



MEXICO, D.F. MARZO 2005

m342685

**Da al sabio, y será más sabio; enseña al justo, y
aumentará su saber. Proverbios 9:9**

**Dale un pescado a un hombre y lo alimentarás un día; enséñale a
pescar y lo alimentarás por siempre. *Proverbio japonés***

INDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN.	5
CAPITULO I ASPECTOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
1.3 JUSTIFICACION	7
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL	9
2.1 EL DIAGNOSTICO ENFERMERO EN EL PROCESO DE ENFERMERIA	9
2.2 ROL DE CUIDADOR	12
2.2.1 ROL DE CUIDADOR	12
2.2.2 TAXONOMIA II	16
2.2.3 HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA TAXONOMIA	16
2.2.4 ESTRUCTURA DE LA TAXONOMIA II	17
2.2.5 CONSTRUCCION DE UNA FORMULACION DIAGNOSTICA ENFERMERA	25
2.3 FACTORES RELACIONADOS	26
2.3.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS	26
2.3.2 FACTORES SOCIOCULTURALES	27
2.3.3 FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	28
2.3.4 SERVICIOS DE SALUD	28
2.4 INFECCIONES AGUDAS DIARREICAS Y RESPIRATORIAS	29
2.4.1 SINTESIS HISTORICA DE LAS DIARREAS Y SU TRATAMIENTO	29
2.4.2 TERAPIA DE HIDRATACIÓN ORAL	31
2.4.3 FACTORES DE RIESGO PARA APARICION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	32
2.4.4 EL TRATAMIENTO DE LAS IRA EN MÉXICO	33
2.4.5 MANEJO DE LAS IRA SEGÚN SU GRAVEDAD	33
2.5 ESTUDIOS RELACIONADOS	34
CAPITULO III MARCO REFERENCIAL	40
3.1 HOSPITAL CENTRAL MILITAR	40
3.2 AREAS DE SERVICIO DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR	40
3.3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR	42
3.4 MORBILIDAD POR DIARREA E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE CINCO AÑOS	43
CAPITULO IV METODOLOGÍA	46
4.1 TIPO DE ESTUDIO	46
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	46
4.3 HIPOTESIS	47
4.4 TABLA DE VARIABLES	47
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
4.6 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	50
4.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	50
4.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	50
4.9 ETICA DEL ESTUDIO	50
CAPITULO V. RESULTADOS	51
5.1 CUADROS DESCRIPTIVOS	51

DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	71
PROPUESTA	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	77

AGRADECIMIENTOS:

A Dios agradezco infinitamente por permitirme conocer este mundo, por guiarme a descubrir mi profesión y por enseñarme a amarla, por permitirme realizar cada uno de mis anhelos y cada una de mis metas y por nunca abandonarme, GRACIAS.

A la profesión de Enfermería, mi profesión, principalmente ya que gracias a ella soy lo que soy, sin cambiar nada.

A la maestra Sofia con admiración y respeto por ayudarme a descubrir el lado de la Enfermería que no conocía, a valorar más la Enfermería, por ayudarme a descubrir lo mucho que se puede hacer por ella y guiarme en la elaboración de este trabajo, de verdad es invaluable lo que hizo por mí, gracias.

A mi hermana Rossy, gracias hermanita por todo el amor y el apoyo que me has dado, gracias a tus enseñanzas soy mejor persona, espero nunca defraudarte.

A mi mamá Mari, gracias mamá por todos tus sacrificios gracias a ti he conseguido lo que tengo, nunca he visto si es mucho o poco pero es invaluable.

A C. General de Bgda. D.E.M. Fuentes Juárez Mario, mi General le agradezco infinitamente su ayuda principalmente la moral que me brindó todo este tiempo para conseguir una de mis metas, su ayuda incondicional y su apoyo para seguir adelante en la institución armada. Le aseguro es invaluable y le agradezco infinitamente todo lo que ha hecho por mí.

A Raúl gracias por enseñarme a ver este mundo desde otro punto de vista, a ser un poco más ambiciosa en la realización de todas y cada una de las metas que sabes tengo, gracias por todo el amor que me has dado y por comprenderme y ayudarme en todo.

A Evert gracias por todo el apoyo incondicional que me has brindado, por estar conmigo en las buenas y malas y por ser tan buena amiga.

INTRODUCCION

El desarrollo de la práctica profesional como enfermera en la subsección de Pediatría Médica del Hospital Central Militar (HCM), me permitió observar las complicaciones severas e irreversibles que las enfermedades totalmente prevenibles como es el caso de infecciones del aparato respiratorio y digestivo, se ocasionan cuando no son detectadas a tiempo o la ignorancia del cuidador directo del niño no permite identificarlas, a tal grado que ameritan el encame hospitalario. Es sabido que estas enfermedades fueron preocupación constante del equipo de salud desde su aparición, y que a partir de ese momento se estudiaron sus medidas de prevención, tratamiento y curación, y su total difusión, ya que como se sabe ocupan el primero y segundo lugar de morbi-mortalidad infantil, pero no obstante se siguen presentando y cada vez mas con severas complicaciones y con un agravamiento de los síntomas tal, que ocupan los primeros lugares de hospitalización.

La presente investigación se establece a partir de cuestionamientos sobre las responsabilidades del cuidador de los menores de tres años de edad. Se consideró como punto de partida la etiqueta diagnóstica de la NANDA Rol de cuidador, así como los factores relacionados ya validados para identificar los aspectos cualitativos inherentes al rol de cuidado. El instrumento de recolección de información igualmente fue validado por ésta misma etiqueta diagnóstica, y su planteamiento se realizó tomando en cuenta los factores de riesgo de dicha etiqueta.

Se ha estructurado un marco conceptual sobre aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos en los problemas de diarrea e infecciones respiratorias, complementándose con la descripción detallada de la taxonomía II, especialmente la que se refiere a la etiqueta diagnóstica referente al rol de cuidador, se considera de suma importancia la base de constitución taxonómica del Diagnóstico de Enfermería. Fue necesario hacer una descripción detallada de los factores relacionados que de manera general se ven involucrados en la aparición de las complicaciones, el marco referencial lo constituyen los aspectos generales del Hospital Central Militar, en este apartado se colocaron las tablas de agrupación de los datos y se realizó un breve análisis de su contenido.

El planteamiento del problema se establece en base a la problemática observada en la práctica profesional, en la metodología se describe el tipo de estudio y análisis, cabe mencionar que se respetaron los aspectos éticos durante las entrevistas.

Se ha considerado un apartado con información sobre estudios relacionados con las infecciones respiratorias agudas severas y las enfermedades diarreicas agudas severas, lo cuál ayudó al análisis de los resultados y a la discusión de la investigación, los resultados se representan por medio de cuadros de frecuencia simple con la descripción correspondiente, se presenta la discusión y finalmente bibliografía y anexos.

CAPITULO I

ASPECTOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades agudas, como la diarrea e infecciones respiratorias, se presentan sin el mayor control, a pesar de las pláticas en centros de salud y clínicas y la información masiva que hace hincapié en las recomendaciones para evitar o prevenir alguna de estas enfermedades que tantos estragos causan, se siguen suscitando casos que en muchas ocasiones tienen complicaciones irreversibles.

Poco es lo que se conoce con respecto a los factores del cuidado que están relacionados con estas enfermedades a pesar de ser estas las que ocupan el primero y segundo lugar de morbi-mortalidad infantil a nivel nacional.

Se presenta una incidencia elevada en estas enfermedades agudas a nivel nacional, estatal. En el servicio de Pediatría Médica del Hospital Central Militar (H.C.M.), se presentan casos con complicaciones, no obstante severas que originan la deshidratación posterior a la diarrea o las infecciones respiratorias, por ello surge la necesidad de realizar una investigación que pueda conducir a la respuesta de las interrogantes que como integrante del equipo de salud se presentan en el desarrollo de la práctica profesional y con ello poder prevenir estas complicaciones.

La enfermera tiene un papel muy importante como es el cuidar a los enfermos y ayudar al restablecimiento de la salud, pero también uno con igual importancia y que reviste de más significado es simplemente la prevención. Debido que a la sala de Pediatría Médica llegan casos con complicaciones que desgraciadamente en su gran mayoría son irreversibles y pueden incluso llegar a causar la muerte del paciente pediátrico, que siendo menor de tres años de edad es incapaz por si mismo de satisfacer sus necesidades. Se observó que en poco tiempo se presentaba una frecuencia alta de complicación por lo que se recabó información agrupándola en cuadros de frecuencia a fin de tener el panorama general de las complicaciones, estos cuadros se han incluido en el marco referencial. Existe una alta demanda de atención en la institución en la cual laboro ya que de acuerdo al cuadro numero 1, el cual agrupa las enfermedades de manera general clasificadas por edad, la frecuencia en la sala de Infectología Pediátrica del H.C.M. es mas elevada en niños menores de tres años de edad, inclusive en menores de doce meses de edad.

Estas enfermedades agudas a nivel nacional ocupan el primero y segundo lugar de morbi-mortalidad respectivamente, lo que motiva a hacer este trabajo de investigación es que en el H.C.M. es importante conocer los factores condicionantes de complicaciones ya que éstas son la causa más frecuente de encames hospitalarios, por otro lado pude observar en el desarrollo de la práctica clínica como requisito de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que se realiza en la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM) que pertenece al Instituto Armado, la manera en que se les explica a las madres, la forma de cuidar al recién nacido, se les proporciona una hoja a las púerperas con las indicaciones y recomendaciones sobre la forma de tratar a éste, sobre todo a las primigestas

se les hace énfasis en su alimentación el baño y otras recomendaciones que como se sabe se les brinda en cualquier institución hospitalaria al momento de dar a luz, al respecto ellas asienten que no tienen ninguna duda en cuanto a su cuidado, entonces surge una pregunta ¿cómo es, o a qué factores se debe que la incidencia más elevada sea en niños menores de doce meses de edad?, ya que pareciera que el rol de cuidador es determinante en el cuidado de los menores.

El problema que se menciona es interesante, ya que se pueden llegar a prevenir infinidad de complicaciones, por otro lado se conoce poco de los factores relacionados al cuidador que pudieran propiciar estas complicaciones y más aún el no saber detectar estos factores para apoyar al cuidador directo.

Por lo que se establece la pregunta de investigación " **¿qué factores inherentes relacionados al cuidador directo del niño propician las complicaciones por enfermedades agudas como diarreas e infecciones de vías respiratorias en los menores de 3 años?**"

1.2 OBJETIVOS:

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores relacionados con el rol de cuidador que se vinculan a la presencia de complicaciones para el caso de diarreas e infecciones respiratorias en los niños menores de tres años de edad, y propiciar la interacción con los cuidadores a fin de orientar sobre dichos factores.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer los factores relacionados con el cuidador que propician las complicaciones por enfermedades agudas
- 2.- Interactuar con el cuidador y ofrecer información al respecto de los problemas respiratorios y digestivos que propician complicaciones irreversibles
- 3.- Proponer una alternativa de educación para el cuidado de los menores basado en el análisis de los factores relacionados.

1.3 JUSTIFICACIÓN:

La práctica profesional generó interrogantes en cuanto a la presencia de las complicaciones por estas enfermedades infecciosas agudas, respiratorias y diarreicas, por lo cual el compromiso como Enfermera condujo a la necesidad de plantearme esta pregunta de investigación. Ya que la Enfermería en todos sus ámbitos busca la salud del individuo sano o enfermo, el compromiso es reconocer el enfoque de la prevención de estas enfermedades que causan lesiones agudas que perjudican tanto a la familia como al lactante mayor y menor, el por qué tratar a un paciente pediátrico ya complicado, si está en nuestras manos el poder prevenir esas consecuencias.

La investigación busca el beneficio del lactante menor por medio de la prevención de las enfermedades agudas infecciosas que son en la mayoría de los casos prevenibles. El compromiso con la institución; Hospital Central Militar da la alternativa para realizar la investigación ya que ésta desea saber el por qué y cómo se suscitan estas complicaciones con elevada frecuencia siendo que, como ya se mencionó en la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM) se brinda con

verdadero énfasis la atención adecuada y pláticas para la prevención de estas complicaciones.

En el Hospital Central Militar se desea por sobre todo brindar una adecuada atención hospitalaria con calidad y calidez, se trata de que el paciente ingrese a los diferentes servicios seguro y convencido de que su estancia será placentera y al salir de aquí se irá totalmente restablecido en todos los aspectos, esto es muy importante para todos los que conformamos esta institución. Sin embargo existen condiciones que es necesario investigar sobre todo en los aspectos de cuidado de los menores.

La presencia de complicaciones pone de manifiesto que los factores inherentes al rol de cuidador, influyen o condicionan esto.

Al conocer los factores relacionados al rol de cuidador que pueden propiciar las complicaciones, se podrá realizar la educación para la salud de manera personalizada y con mayor precisión a fin de apoyar al cuidador en la responsabilidad de mantener la salud de los niños.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 EL DIAGNOSTICO ENFERMERO EN EL PROCESO DE ENFERMERIA

En 1967 un comité norteamericano definió el Proceso de Enfermería como <<...la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación>>. En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica, identificó las siguientes fases del Proceso de Enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

King define la intervención enfermera como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución, a través del cuál los profesionales de la enfermería ayudan a individuos de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención que prestan al estado de su salud en alguna fase particular de su ciclo vital. En conclusión, podemos señalar, que en la actualidad, el **Proceso de Enfermería** continúa siendo motivo de discusión y debate en foros científicos de enfermería, y está siendo utilizado en gran medida, principalmente en EEUU y Canadá. Es obvio que aún quedan muchos aspectos por mejorar y perfeccionar, sobre todo en el nivel teórico, pero de lo que no parece existir la menor duda es de que supone el **método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera.**

Se debe entender por proceso de Enfermería el Método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso—paciente— concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en palabras de Alfaro ., **“es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados “**

El Proceso de Enfermería se divide en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

Puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los clientes, familiares y a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación enfermera.

DIAGNOSTICO

Juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal

que puede mitigarse mediante la intervención enfermera. El diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.

El diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería.

En la década de los sesenta se reconocía la necesidad de desarrollar una **terminología** para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de enfermería, por lo que en 1973 tuvo lugar la Primera Conferencia Nacional sobre la **Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería** en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis. El grupo comenzó a formular diagnósticos de enfermería y publicó una lista provisional. De este modo, la NANDA se desarrolló a partir de un grupo de profesionales de la Enfermería asistentes a dicha conferencia e interesados por el problema de los diagnósticos. Existiendo en su forma actual desde 1982, la NANDA ha realizado desde entonces conferencias aproximadamente cada dos años, continuando con el desarrollo y perfeccionamiento de la lista de diagnósticos.

Un diagnóstico propuesto puede incluir alguno o todos los siguientes elementos: *designación, definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo*. El diagnóstico propuesto debe ser compatible con la definición de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, de un diagnóstico de enfermería, esto es debe cumplir los siguientes requisitos:

- La **designación** proporciona un nombre al diagnóstico
- La **definición** ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.
- Las **características definitorias** se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.
- Los **factores relacionados** son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.
- Los **factores de riesgo** son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuáles se definen del siguiente modo:

- **Diagnóstico de enfermería real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida, p. ej., desesperanza, conflicto del rol parental.
- **Diagnóstico de enfermería de alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentren en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo —conductas, enfermedades o circunstancias— y guían las actuaciones de enfermería para evitar

que se produzca un problema, p. ej.: alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidador.

- **Diagnóstico de enfermería de bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado, p. ej., conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz.

PLANIFICACION

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional de la enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos. Hemos de entender esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados, para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un Modelo Teórico considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera en dicho momento. En segundo lugar, consideraremos el diagnóstico de enfermería, esto es el juicio emitido sobre el estado del paciente, al que hemos llegado tras la recopilación de datos. Por último se hace necesario comenzar a decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir, como acción técnica, la actuación enfermera se propone llevar a cabo un cambio en el estado del paciente, y ello se logrará mediante el Proceso de Enfermería.

Esta fase consta de cuatro etapas

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

EJECUCION

Supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Se trata de la fase del Proceso de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Las actividades intelectual, interpersonal y técnica desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

EVALUACION

La evaluación como última fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada.

La evaluación se ha de considerar como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido concretos. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista actual o si necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.¹

El Proceso de Enfermería se expone, ya que en cualquier procedimiento que realice la enfermera, sea este desde una palabra de aliento, un cuidado específico para mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, hasta un tema de investigación, el Proceso Atención Enfermería como tal es fundamental para su realización, en base al marco conceptual descrito de dicho Proceso. Se toma como punto de partida el Diagnóstico Enfermero <<ROL DE CUIDADOR>> relevante para la realización de la presente investigación.

2.2 ROL DE CUIDADOR

2.2.1 ROL DE CUIDADOR

Dominio===Psicosocial

Clase=====Rol/relaciones

Etiqueta===**Cansancio del rol de cuidador (1992, 1998, 2000)**²

Definición==Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia

Etiqueta===**Riesgo de cansancio de rol de cuidador (1992)**

Definición==El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia

Características definitorias

Actividades del cuidador

- Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas.
- Preocupación por los cuidados habituales.
- Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla.
- Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere.

¹ Conesa, J.M., Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método

² NANDA Diagnósticos Enfermeros 2003-2004 pp. 181-185

- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.
- Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados.

Estado de salud del cuidador

Física

- Trastornos gastrointestinales (p.ej., dolores gástricos leves, vómitos, diarrea, úlcera péptica recurrente).
- Cambios ponderales.
- Erupciones.
- Hipertensión.
- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes.
- Fatiga.
- Cefaleas.

Emocional

- Afrontamiento individual deteriorado.
- Sentimientos de depresión.
- Trastornos del sueño.
- Cólera.
- Estrés.
- Somatización.
- Nerviosismo creciente.
- Labilidad emocional creciente.
- Impaciencia.
- Falta de tiempo para las necesidades personales.
- Frustración.

Socioeconómica

- No participación en la vida social.
- Cambios en las actividades de tiempo libre.
- Baja productividad laboral.
- Rechazo de promociones profesionales.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados

- Duelo o incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.
- Dificultad para ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.

Procesos familiares

- Conflicto familiar.
- Preocupación por los miembros de la familia.

Factores relacionados

Estado de salud del receptor de los cuidados

Gravedad de la enfermedad.
 Enfermedad crónica.
 Crecientes necesidades de cuidados o dependencia.
 Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad.
 Salud inestable del receptor de los cuidados.
 Conductas problemáticas.
 Problemas psicológicos o cognitivos.
 Adicción o codependencia.

Actividades del cuidador

Cantidad de actividades.
 Complejidad de las actividades.
 Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas.
 Cambio continuo de actividades.
 Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados.
 Brindar los cuidados durante años.
 Incertidumbre sobre la situación de los cuidados.

Estado de salud del cuidador

Problemas físicos.
 Problemas psicológicos o cognitivos.
 Adicción o codependencia.
 Patrones de afrontamiento marginales.
 Expectativas irreales sobre sí mismo.
 Incapacidad para satisfacer las expectativas propias o ajenas.

Socioeconómicos

Aislamiento de otros.
 Desempeño de roles que entran en competencia.
 Alineación de la familia, amigos y compañeros de trabajo.
 Insuficiencia de actividades recreativas.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados

Antecedentes de malas relaciones.
 Presencia de abusos o violencia.
 El receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas del cuidador.

Procesos familiares.

Historia de afrontamiento familiar marginal.
 Historia de disfunción familiar.

Recursos

Entorno físico inadecuado para brindar los cuidados (p.ej., acondicionamiento del domicilio, temperatura, seguridad).

Equipo inadecuado para brindar los cuidados.

Medios de transporte inadecuados.

Recursos comunitarios inadecuados (p.ej., cuidados de respiro, recursos recreativos).

Recursos económicos insuficientes.

Falta de soporte.

El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel.

Inexperiencia en la provisión de cuidados.

Falta de tiempo.

Falta de conocimientos sobre los recursos comunitarios o dificultad para acceder a ellos.

Falta de intimidad del cuidador.

Tensión emocional.

Energía física.

Asistencia y soporte (formal e informal).

Factores de riesgo

- Adicción o codependencia
- El receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, aberrante.
- Aislamiento de la familia o del cuidador
- Falta de descanso y distracción del cuidador
- Falta de experiencia en brindar los cuidados
- Enfermedad grave del receptor de cuidados
- Nacimiento prematuro o defecto congénito
- Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio
- Deterioro de la salud del cuidador
- Curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de salud del receptor de los cuidados
- El cuidador es una mujer
- El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel (p. ej., un adulto joven que tiene que atender a un familiar mayor)
- Retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que brinda los cuidados o de la persona que los recibe
- Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados
- Situación marginal de la familia o disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados
- Patrones de afrontamiento marginales del cuidador
- Historia anterior de malas relaciones entre la persona que brinda los cuidados y la que los recibe

- El cuidador es el cónyuge
- Presencia de agentes estresantes situacionales que normalmente afectan a las familias (p. ej., una pérdida significativa, desastres o crisis vulnerabilidad económica, acontecimientos vitales importantes).
- Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, transportes, servicios comunitarios, equipo)
- Presencia de malos tratos o violencia
- Duración de la necesidad de cuidados
- Cuidados numerosos o complejos
- El cuidador desempeña roles que entran en competencia

2.2.2 TAXONOMIA II

La taxonomía II de la NANDA apareció por primera vez en el libro *Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 2001-2002*. La taxonomía se usa para la clasificación de los diagnósticos enfermeros.

2.2.3 Historia del desarrollo de la Taxonomía

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la taxonomía I revisada, los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo, el Comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el Comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran discusión sobre cómo hacerse de forma que fuera a un tiempo rigurosa y reproducible.

Para empezar, el Comité estuvo de acuerdo en determinar si había categorías que surgían naturalmente de los datos (es decir, de los diagnósticos aceptados). En la conferencia de 1994 (11 bianual) en Nashville, Tennessee, se completó la primera ronda de una clasificación Q naturalista. Posteriormente se llevó a cabo la segunda ronda y el análisis se presentó en la conferencia bianual de 1996 en Pittsburg, Pennsylvania. Esta clasificación dio como resultado 21 categorías, lo que estaba lejos de ser útil para la práctica.

En 1998, el Comité para la Taxonomía presentó a la junta de directores de la NANDA cuatro clasificaciones Q con diferentes marcos, el No 1, del que se informó en 1996, era naturalista; el No 2 usaba el marco de Jenny (1994); el No 3 empleaba el marco de la NOC (Jonson y Mass, 1997), y el No 4 se basaba en el marco de los patrones funcionales de salud de Gordon (1998). Ninguno de ellos era plenamente satisfactorio, aunque se consideró el de Gordon como el mejor. Con el permiso de Gordon modificamos ligeramente su estructura para llegar a la No 5, que fue presentada a los miembros en abril de 1998 (13 bianual, St. Louis, Missouri). En esta reunión invitamos a los asistentes a clasificar los diagnósticos de acuerdo con los dominios que habíamos seleccionado. Al final de la reunión contábamos con 40 grupos de datos disponibles para su análisis. Durante la recogida de los datos, los miembros del Comité para la Taxonomía tomaron puntual nota de las dudas y preguntas que se formularon, e hicieron sugerencias para remediarlas.

Basándose en el análisis de los datos y en las notas de campo, se hicieron modificaciones adicionales al marco. Uno de los dominios originales se desdobló en dos para reducir el número de clases y diagnósticos que incluía. Se añadió otro dominio para el crecimiento y desarrollo, que no estaba en el marco original. A algunos otros dominios se les cambió el nombre para que reflejaran mejor la esencia de los diagnósticos que contenían. La estructura taxonómica final se asemeja menos a la de Gordon, pero ha reducido casi a cero los errores de clasificación y las redundancias. Esto se acerca mucho a la estructura taxonómica ideal.

Finalmente, se desarrollaron las definiciones de los dominios y clases y se comparó entonces la definición de cada diagnóstico con las de la clase y el dominio en el que estaba situado. Se hicieron revisiones entre dominios, clases y diagnósticos.

2.2.4 Estructura de la Taxonomía II

Los principales usuarios de las estructuras taxonómicas son los científicos, los informáticos y los directores de bases de datos. Las enfermeras asistenciales raramente necesitan usarlas, salvo como referencia. A estas últimas les preocupan principalmente los diagnósticos contenidos en la Taxonomía. No obstante, la familiaridad con la estructura del lenguaje diagnóstico ayudará a las enfermeras asistenciales que deseen hallar rápidamente la información.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. La figura 2-1 muestra los dominios y las clases; la Tabla 2-1, refleja la Taxonomía II con sus 13 dominios, 46 clases y 167 diagnósticos. Un dominio es una "esfera de actividad, estudio o interés" (Roget, 1980, pág. 287). Una clase es una "subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado" (Roget, pág. 157). "Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable" (NANDA, 1991, pág.65)

La estructura del código de la taxonomía II es un integrador de 32 bits (o si la base de datos del usuario utiliza otra notación, la estructura es un código de 5 dígitos). Esta estructura permite el crecimiento y desarrollo de la estructura de la clasificación sin tener que cambiar los códigos cuando se produzcan revisiones o refinamientos o cuando se añadan nuevos diagnósticos. Cuando los diagnósticos son aprobados por el Comité Directivo, basándose en las recomendaciones del Comité para la Revisión de los Diagnósticos, y después de debatirse en un foro abierto en la conferencia bianual, se les asigna un nuevo código.

La Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre localización, como ocurría en el código de la Taxonomía I, que daba información sobre la localización de un diagnóstico en la clasificación p.ej., todos los diagnósticos del patrón de intercambio empezaban con un 1 (NANDA, 1999).

La taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (Coenen, McNeill, Bakken, Bickford&Warren, 2001). La utilidad de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. La taxonomía está registrada con un Health Level 7(HL7) y está incluida en el mapa de la Statistical Nomenclature of Medicine (SNOMed). La taxonomía también está incluida en el NLM's Unified Medical Language System (UMLS).

Hay siete ejes:

Eje 1 El concepto diagnóstico

Eje 2 Tiempo (de agudo a crónico, de larga duración, de corta duración)

Eje 3 Unidad de cuidados (individuo, familia, comunidad o grupo)

Eje 4 Etapas de desarrollo (de feto a anciano)

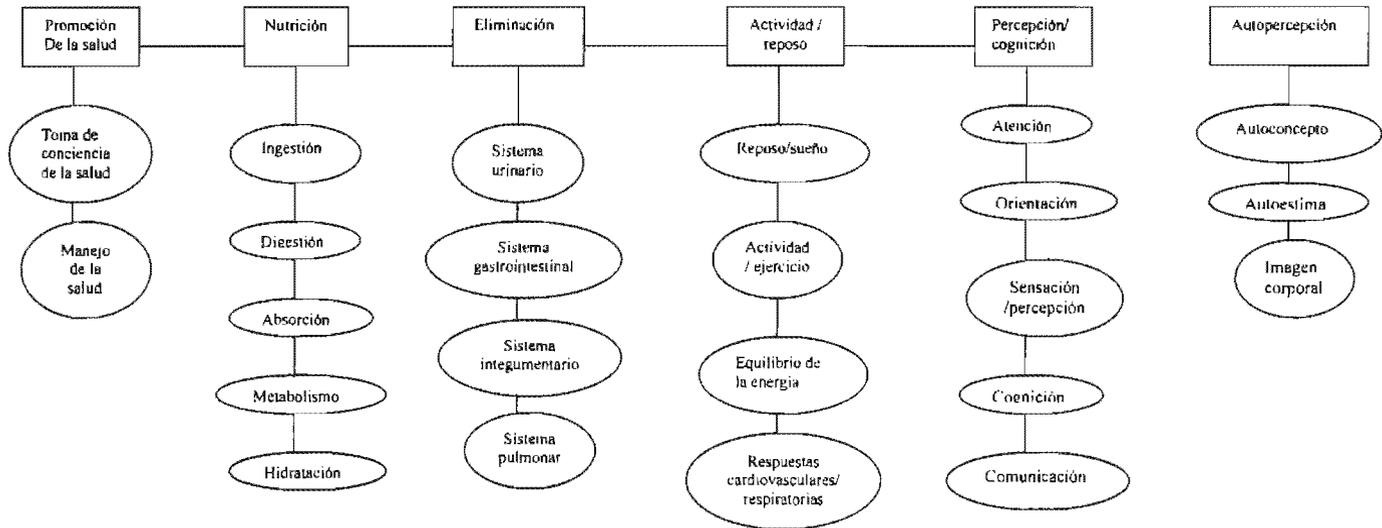
Eje 5 Potencialidad (real, de riesgo, oportunidad o potencial de desarrollo o mejora

Eje 6 Descriptor (limita o especifica el significado del concepto diagnóstico).

Eje 7 Topología (partes o regiones corporales)

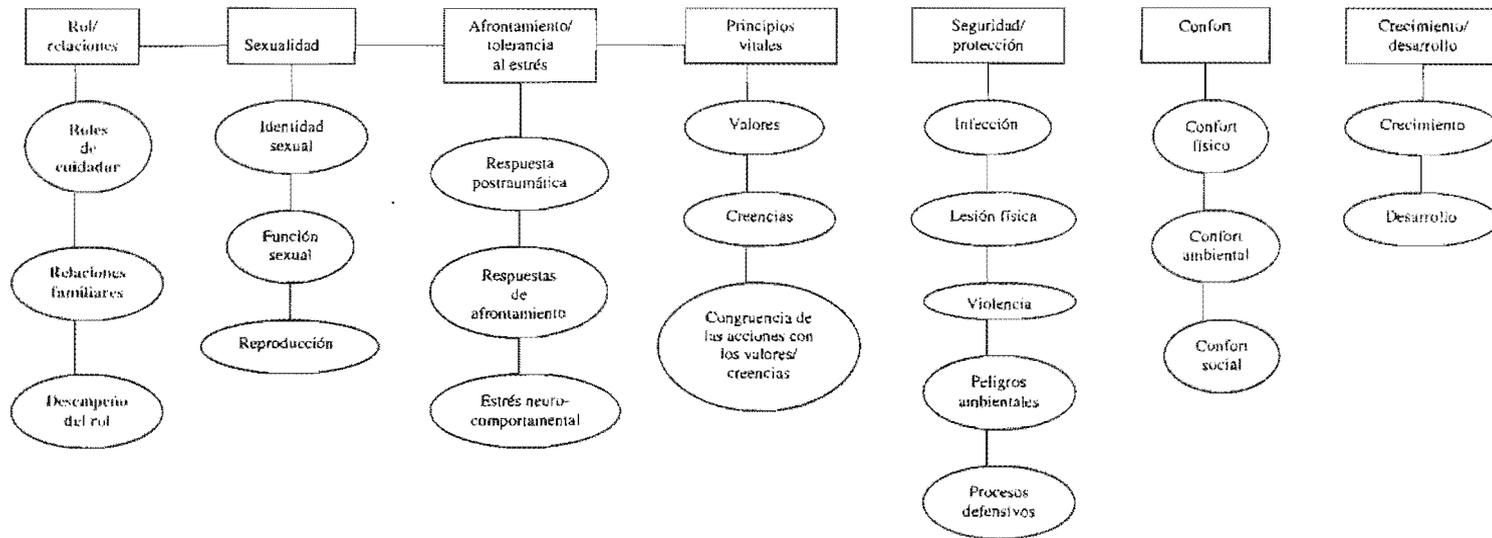
Los ejes se representan en las etiquetas o códigos de los diagnósticos por sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente, p.ej., *afrontamiento inefectivo de la comunidad y afrontamiento familiar comprometido*, en los que aparece la unidad de cuidados (en este caso, "comunidad" y "familia", eje 3). "Inefectivo" y "comprometido" pertenecen al eje descriptor (eje 6).

Fig. 2.1 Taxonomía II : dominios y clases



Continúa

Figura 2.1 continuación



En otras ocasiones, el eje está implícito, p.ej., *intolerancia a la actividad*, en el que la unidad de cuidados es la persona (eje 3). En algunos casos, un eje concreto puede no ser pertinente para ese diagnóstico y por consiguiente no forma parte de su etiqueta o código. Por ejemplo, el eje tiempo con sus cuatro valores puede no ser relevante en todas las situaciones diagnósticas.

Definición de los ejes

Eje 1. concepto diagnóstico

Se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una (p.ej., *intolerancia a la actividad*), cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si ambas fueran un solo término; el significado es distinto del de ambas palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p.ej., *espiritual*) al nombre (p.ej., *sufrimiento*) para formar el concepto diagnóstico de *sufrimiento espiritual*.

En otros casos, el concepto diagnóstico y el diagnóstico son idénticos. Esto sucede cuando el diagnóstico enfermero se formula al nivel más útil en la práctica clínica y el concepto diagnóstico no añade un nivel de abstracción significativo. Los conceptos diagnósticos de la Taxonomía II son.

<ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas • Adaptación • Aflicción • Afrontamiento • Aislamiento social • Alergia al látex • Alimentación del lactante • Ansiedad • Asfixia • Aspiración • Autocuidado • Autoestima • Automutilación • Bienestar espiritual • Caídas • Campo de energía • Capacidad adaptativa intracraneal • Comunicación verbal • Conducta del lactante • Conductas generadoras de salud • Conflicto de decisiones • Confusión • Conocimientos • Imagen corporal • Impotencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento • Deambulación • Deglución • Dentición • Desarrollo • Desatención unilateral • Desempeño del rol • Desesperanza • Destete del ventilador • Diarrea • Disfunción neurovascular • Disfunción sexual • Disreflexia • Dolor • Duelo • Eliminación urinaria • Estreñimiento • Estrés del traslado • Fatiga • Gasto cardíaco • Habilidad para la traslación • Hipertermia • Hipotermia • Identidad • Parenteral • Patrón respiratorio
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para mantener el desarrollo • Incontinencia fecal • Incontinencia urinaria • Incumplimiento del tratamiento • Infección • Integridad cutánea • Interacción social • Intercambio gaseoso • Interpretación del entorno • Intolerancia a la actividad • Intoxicación • Lactancia materna • Lesión • Limpieza de las vías aéreas • Manejo del régimen terapéutico • Mantenimiento de la salud • Mantenimiento del hogar • Memoria • Movilidad • Mucosa oral • Náuseas • Negación • Nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón sexual • Percepción sensorial • Perfusión tisular • Procesos de pensamientos • Procesos familiares • Protección • Recuperación quirúrgica • Respiración espontánea • Respuesta postraumática • Retención urinaria • Rol del cuidador • Síndrome del desuso • Soledad sueño • Sufrimiento espiritual • Suicidio • Temor • Temperatura corporal • Termorregulación • Trauma de la violación • Traumatismo • Vagabundeo • Vinculación • Violencia • Volumen de líquidos
--	--

Eje 2. Tiempo

El tiempo se define como la duración de un periodo o intervalo. Los valores de este eje son agudo, crónico, intermitente y continuo.

- Agudo: menos de seis meses
- Crónico: más de seis meses
- Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódicos, cíclicos.
- Continuo: ininterrumpido, sin parar

Eje 3. Unidad de cuidados

La unidad de cuidados se define como la población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje 3 son: individuo, familia, grupo y comunidad.

- Individuo: ser humano singular, distinto de los demás, una persona.
- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consanguinidad o elección.
- Grupo: individuos reunidos clasificados o que actúan juntos.

- Comunidad: "Grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno. Los ejemplos incluyen vecindarios, ciudades, censos y poblaciones de riesgo" (Craft-Rosenberg,1999, p.127) cuando la unidad de cuidados no se explicita, por defecto se considera que es el individuo.

Eje 4. Edad

La edad se define como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo. Los valores del eje 4 son:

- Feto
- Neonato
- Lactante
- Niño pequeño
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto joven
- Adulto maduro
- Anciano joven
- Anciano
- Gran anciano

Eje 5. Estado de salud

El estado de salud se define como la posición o rango en el *continuum* de la salud de bienestar a enfermedad (o muerte) los valores del eje 5 son: bienestar, riesgo o real

- Bienestar: calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.
- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

Eje 6. Descriptor

El descriptor o modificador se define como el juicio que especifica o delimita el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del eje 6 son:

- Anticipado: hecho de antemano, previsto
- Aumentado: mayor en tamaño, cantidad o grado.
- Bajo: contiene una cantidad inferior a la normal de algún elemento habitual.
- Comprometido: vulnerable a una amenaza
- Defensivo: constantemente se siente atacado y necesita justificar rápidamente sus acciones.

- Deficiente: inadecuado en cantidad, calidad o grado; no suficiente; incompleto.
- Deplecionado: vacío total o parcialmente, exhausto
- Desequilibrado: desestabilizado, descompensado
- Desorganizado: que destruye la disposición sistemática
- Desproporcionado: incoherente con un estándar
- Deteriorado: empeorado, debilitado, reducido o lesionado.
- Disfuncional: de funcionamiento anormal, incompleto
- Disminuido: reducido; menor en número, cantidad o grado
- Disposición para mejorar(para usar con los diagnósticos de salud):aumentar en calidad o cantidad, lograr lo más deseado.
- Efectivo: que produce el efecto pretendido o deseado
- Equilibrio: estabilidad, compensación
- Excesivo: caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil.
- Funcional: de funcionamiento normal y completo.
- Habilidad: capacidad para hacer o actuar.
- Incapacidad: falta de habilidad para hacer o actuar
- Incapacitante: que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita.
- Inefectivo: que no produce el efecto deseado
- Interrumpido: que altera la continuidad o uniformidad
- Organizado: que forma una disposición sistemática
- Percibido: que se toma conciencia a través de los sentidos; asignación de significado
- Retrasado: propuesto, impedido, retardado.
- Trastornado: agitado o interrumpido, que interfiere

Eje 7. Topología

La topología consiste en las partes o regiones corporales; todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas. Los valores del eje 7 son:

- Auditivo
- Cardiopulmonar
- Cerebral
- Cutáneo
- Gastrointestinal
- Gustativo
- Intestinal
- Intracraneal
- Membranas mucosas
- Neurovascular periférico
- Olfatorio
- Oral
- Renal
- Táctil

- Urinario
- Vascul ar periférico
- Visual

2.2.5 Construcción de una formulación diagnóstica enfermera

Puesto que es un marco multiaxial, el usuario se dará cuenta de que los descriptores (p.ej., disminuido, deteriorado) aparecen ahora en un eje separado (eje 6) de los conceptos diagnósticos a medida que la taxonomía se desarrolla, puede elegir el concepto diagnóstico / respuesta humana que refleje el juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad; también puede elegir el descriptor entre los disponibles en el eje correspondiente (eje 6). Por ejemplo si el concepto que le interesa es "parental", puede elegir en el eje de los descriptores *deterioro o disposición para mejorar*. Además dispone de otros cinco ejes en los que puede seleccionar los items adecuados. Para los diagnósticos relacionados con el concepto "parental" puede elegir *individuo* en la unidad de cuidados (eje 3), *adolescente* en el eje de la edad (eje 4) y *riesgo de* en el eje del estado de salud (eje 5), para llegar al diagnóstico de *riesgo de deterioro parental individual en un adolescente*.

Una advertencia que al tiempo es un estímulo: el uso de una estructura multiaxial permite la construcción de muchos diagnósticos que no tienen características definitorias y que incluso pueden carecer de sentido (como "deterioro de las actividades de la vida diaria en un feto") recomendamos encarecidamente que se utilicen sólo los diagnósticos aprobados para su validación clínica y que, por tanto, tienen características definitorias.¹

¹ NANDA Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación, 2003-2004 pp. 223-233

2.3 FACTORES RELACIONADOS^{4 5}

2.3.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS. Los aspectos sociales registran las características de inestabilidad e inseguridad por carencia de tierra, vivienda y pocos ingresos que dan origen a enfermedades sociales como el alcoholismo, la drogadicción, las infestaciones e infecciones de transmisión sexual, los crímenes y la violencia, por otro lado se deben caracterizar los factores condicionantes de la pobreza, tales como: condiciones inadecuadas de vida, bajo nivel de educación, frecuencia de alimentación inadecuada, baja cobertura de acceso a servicios básicos, deficiencia de protección, etc.

- Vivienda. La vivienda forma parte del medio ambiente, por lo que ningún programa de saneamiento del medio puede hacer caso omiso de los problemas de la vivienda. En 1988, la Asamblea General de la ONU aprobó la llamada <<Estrategia Mundial para la Vivienda hasta el año 2000>>, que ha sido objeto de un seguimiento periódico por el citado órgano. En 1996 se celebró la Segunda Conferencia de la ONU sobre Asentamientos Urbanos (Hábitat II). En concordancia con la idea de desarrollo sostenible se ha producido, en los últimos años, una importante evolución en el concepto de vivienda. Se presta una atención al diseño del edificio, para que permita el ahorro de energía convencional, el uso de energía alternativa, el ahorro de agua, el uso de materiales de construcción poco contaminantes y un riguroso control de residuos. Sin olvidar las consideraciones previas, el diseño de una vivienda debe tender a lo que el profesor Piédrola denominaba la <<hogarización de la vivienda>>, concepto que se define como <<la ciencia de construir y equipar la vivienda con servicios, instalaciones y dispositivos que ofrezcan a sus moradores el medio residencial mas favorable para permitirles desarrollar sus necesidades de abrigo, descanso, aseo, alimentación y recreación, consiguiendo un nivel mínimo de bienestar social y salud física y mental>>. La vivienda sanitariamente adecuada es aquella en la que, al diseñar y construir el habitáculo, se han seguido escrupulosamente determinadas normas o instrucciones, y se ubica en un lugar con los servicios mínimos indispensables, como son abastecimiento de agua potable, red de alcantarillado, calles pavimentadas y con aceras, distribución de electricidad, así como existencia de alumbrado público. No hay que olvidar el ecosistema natural en el que está situada la vivienda. El clima será fundamental para el diseño de la vivienda y para la utilización adecuada de distintos materiales de construcción y de las posibles energías alternativas. La naturaleza del terreno también exigirá la aplicación de medidas específicas. La orientación adecuada de la vivienda según temperatura, humedad y viento, supondrá un aspecto crucial de la ubicación. Se tendrá en cuenta la relación con zonas utilizadas para la evacuación de los desechos industriales y domésticos.

⁴ NELSON, Manual de Pediatría, 16ª ed.

⁵ Restrepo/Málaga Programa de Salud 1ª ed.

- **Salario.** Los ingresos de la familia son esenciales para la salud y el bienestar de los niños. Los niños de las familias pobres tienen una probabilidad muy superior de sufrir privaciones materiales y problemas de salud, morir durante la niñez, obtener puntuaciones bajas en las pruebas normalizadas, repetir curso, abandonar la escuela, tener hijos fuera de matrimonio, experimentar delitos violentos y convertirse en adultos pobres.
- **Desempleo.** El desempleo supone la pérdida del rol y de las relaciones sociales, el aislamiento, la dependencia y el deterioro de la situación económica y de la capacidad laboral; genera ansiedad y depresión, que pueden conducir al suicidio o al parasuicidio; insomnio; irritabilidad; neurosis y somatizaciones que conducen a enfermedades orgánicas (problemas circulatorios, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperuricemia, hipercolesterolemia, cervicalgias, dorsalgias) favorecidas también por una alimentación, vivienda y utilización de los servicios sanitarios inadecuadas. No obstante, estos efectos dependen de la clase social a la que pertenezca el trabajador, su nivel educacional, la duración del empleo, la situación material, las responsabilidades familiares, la ética del trabajo, los roles alternativos, la estructuración del tiempo y la historia previa de la enfermedad. El desempleo también influye negativamente en la salud de la familia (hijos con menor peso al nacer, menor estatura, más alteraciones de la salud y mayor mortalidad en la esposa) y en la salud de los trabajadores en activo: economía sumergida sin controles de seguridad e higiene y sin seguridad social; salarios más bajos, falta de exigencia del cumplimiento de la reglamentación de seguridad e higiene en el trabajo, reducción de las visitas al médico y el absentismo.
- **Servicios sanitarios.** La prevención en la escuela, con programas de educación sanitaria, debe hacerse con los educadores habituales de los niños, que han adquirido los conocimientos adecuados. De todas formas, su eficacia real es discutida. Lo que se muestra más eficaz es la creación de un ambiente social contrario a la droga, junto con el fomento de presiones positivas ejercidas por compañeros considerados líderes. En este sentido se ha desarrollado el programa piloto estatal <<Entrenamiento-Habilidades para la Vida>>, del Plan Nacional sobre Drogas (PND), en el que se trabaja, además de en la prevención de drogodependencias, en la prevención de otras conductas desadaptadas, como la violencia y la delincuencia juvenil.

2.3.2 FACTORES SOCIOCULTURALES

- **Edad.** Es un factor de gran influencia ya que la población mexicana y más comúnmente la población de provincia decide o deciden los padres casarlos a muy temprana edad, ya que de acuerdo algunos estudios realizados no cuentan siquiera con estudios de nivel medio, por lo consiguiente tampoco cuentan con recursos para sostener una familia y menos aún cuentan con la madurez suficiente para poder hacerse cargo de los pequeños.
- **Malnutrición.** La malnutrición es una causa importante de morbilidad y mortalidad, y un factor que complica otras muchas enfermedades. Las

carencias calóricas intrauterinas dan lugar a nacimientos de niños pequeños para la edad de gestación. Posteriormente, el déficit de proteínas, calorías y oligoelementos produce retrasos del desarrollo moderados o graves en el 50% de los niños, con un deterioro asociado del desarrollo cognitivo. También aumenta la sensibilidad a las enfermedades infecciosas.

- Toxicomanías. El fenómeno del abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas ha adquirido dimensiones importantes en nuestra sociedad y constituye en la actualidad un auténtico problema de salud pública. Los datos sobre el consumo lo confirman y, subjetivamente, las drogas, junto con el paro, se encuentran entre los problemas que más preocupan a la sociedad actual. En el campo de las drogodependencias confluyen aspectos de política sanitaria, desempleo, marginación social, consumo y publicidad que hacen obligado un tratamiento multidisciplinar: la droga no es un problema estrictamente sanitario.

2.3.3 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS. Los indicadores sociodemográficos son particularmente útiles para la determinación de necesidades de salud y de servicios. Las características de la población están en primer plano, particularmente la estructura de la población, así como la dinámica y los proyectos de cambio (crecimiento o decrecimiento demográfico)

- Distribución de la población por sexo en los diferentes grupos de edad
- Tasa bruta de natalidad
- Tasa bruta de mortalidad
- Tasa de migración
- Tasa de fecundidad
- Tasa bruta de reproducción
- Renta anual
- Umbrales de pobreza
- Tasa de pobreza
- Tasa de actividad
- Tasa de paro
- Nivel de escolaridad

2.3.4 SERVICIOS DE SALUD. Los recursos sanitarios son de tres órdenes: los recursos humanos, los recursos físicos y finalmente los recursos financieros que expresan a los dos primeros en términos monetarios.

- Salud infantil en los países en vías de desarrollo. En estos países nace más del 90% de los niños del mundo y cada día mueren 35 000 niños por problemas frecuentes y evitables. La salud y la enfermedad de estos niños son el resultado final de una compleja dinámica entre los factores ambientales, sociales, políticos y económicos. No hay intervención alguna que pueda por sí sola interrumpir con éxito los ciclos de morbilidad y mortalidad que los acosan. Las tasas medias de mortalidad de los lactantes

y de los menores de 5 años oscilan entre 200/1000 nacidos vivos en los países menos favorecidos y menos de 9/1000 en los países desarrollados. De éstos fallecimientos, 7 de cada 10 son causados por infecciones respiratorias, procesos diarreicos, sarampión y otras enfermedades evitables por vacunación, paludismo, malnutrición o combinaciones de lo anterior.^{6,7}

2.4 INFECCIONES AGUDAS DIARREICAS Y RESPIRATORIAS

2.4.1 SINTESIS HISTORICA DE LAS DIARREAS Y SU TRATAMIENTO.

Si bien es cierto que la temática sobre enfermedades diarreicas y respiratorias es muy conocida por la gran cantidad de estudios y revisiones analíticas sobre tratamiento y métodos de diagnóstico, lo cierto es que a pesar del tiempo es un problema que parece vigente.

Se consideró plantear algunos datos históricos al respecto que podrán ser un referente para los hallazgos de la investigación.

Se definen las diarreas, la enfermedad diarreica, el síndrome diarreico o gastroenteritis, como la presencia de evacuaciones intestinales aumentadas en frecuencia y disminuidas en consistencia que puede cursar con o en ausencia de vómito. Las evacuaciones pueden contener sangre, en cuyo caso se denomina al cuadro diarreico, disentería.⁸

Entre nuestros antepasados mexicas, es sabido que poseían un conjunto de deidades menores a las cuales se invocaba cuando las personas sufrían diarreas: Amimitl asistía a todos los enfermos del estómago y a los disentéricos y si se trataba de un niño tocaba el turno a Ixtlilton, que era la deidad específica para la protección de los infantes. Por supuesto, esta adoración se combinaba con la que se hacía a la diosa Tzinteotl o Centeotl, que era la dedicada a los medicamentos y yerbas medicinales.⁹

Desde finales del siglo XIX, con las aportaciones del creador de la microbiología, Luis Pasteur y de Koch, entre otros, se conoció más la enfermedad. El médico escocés Fleming Alexander, logró demostrar que el moho de la especie *Penicillium* producía una sustancia bactericida.

Los científicos Howard Florey y Ernest Chain logran estabilizar la estructura de la penicilina, éstos recibieron el Nobel por su aportación al tratamiento de las infecciones bacterianas en las vías respiratorias, riñones y del tracto digestivo.

Recientemente se llegó a la conclusión de que no deben administrarse medicamentos "antidiarreicos" (inhibidores de la motilidad intestinal), ya que pueden ocasionar efectos colaterales lesivos, tales como ileo paralítico, depresión respiratoria, impactación fecal o intestinal o secuestro de sodio y potasio por el uso de Caolín-Pectina.

El abuso de antibióticos es causa de diarreas de evolución prolongada. El ayuno o las restricciones dietéticas conllevan a la aparición o el agravamiento de

⁶ Piédrola, Med. Preventiva y Sal. Púb. 10ª ed. 2001

⁷ Restrepo/Málaga, Programa de Salud, 1ª ed. 2001

⁸ Secretaría de Salud, Manual de Normas y Procedimientos, México 1990

⁹ Barquín, Manuel Historia de la medicina México 1977

la desnutrición infantil que a su vez, condiciona mayor frecuencia y gravedad de los cuadros diarreicos. Varias investigaciones en la década de los sesenta, llevaron a descubrir la absorción conjugada de glucosa y sodio en el intestino delgado y que el proceso persiste aún en presencia de enfermedad diarreica, hallazgo que se considera como el avance médico más importante del siglo. Este descubrimiento respalda científicamente la Terapia de Hidratación Oral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estiman que con ella se logra reducir hasta 67% la mortalidad por diarreas, la terapia de hidratación oral esta evitando que **750,000 a un millón**, menores de cinco años de edad mueran por deshidratación cada año en todo el mundo.

La enfermedad diarreica aguda ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de morbilidad en los Estados Unidos Mexicanos.

“El problema de las diarreas es tan complejo y antiguo, que tanto la población como los propios servicios de salud, lo consideran como parte del estilo de vida de la comunidad”, afirman los doctores Jaime Sepúlveda A., Miguel A. Lezana Fernández en el trabajo “Epidemiología de la enfermedad diarreica aguda en México, publicado en el libro Avances de Enfermedad Diarreica y desequilibrio Hidroelectrolítico.¹⁰

Continua vigente el problema de la falta de condiciones higiénicas suficientes en muchos hogares mexicanos, que en ellos el abastecimiento de agua potable y los sistemas de drenaje son inexistentes (25 de los 80 millones de mexicanos carecen de esos servicios), que la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen no llenan los requerimientos mas elementales, que su forma de preparación deja mucho que desear, y que el manejo de los niños es inadecuado en la gran mayoría de las familias de escasos recursos.

Todo el conjunto de números, tablas, cuadros, gráficas y resultados matemáticos y estadísticas con las que contamos ahora acerca de la mortalidad infantil no nos van a demostrar por si solos la magnitud del problema provocado por las enfermedades diarreicas y disentericas.

En ellas no se pueden ver las deficiencias derivadas de la falta de una buena alimentación materna durante la gestación y posteriormente durante la lactancia y la ablactación, ni su relación con el crecimiento y desarrollo apropiados; tampoco puede observarse la manera en que incide el analfabetismo en todo el problema; ni el impacto que para los niños tiene el crecer sin suficientes alimentos y sin las elementales condiciones de higiene habitacional y alimenticia; o la importancia que tienen la estimulación psicológica y atención medica oportunas.

Los dos peligros principales de la diarrea son la desnutrición y la muerte. La muerte por diarrea aguda es causada usualmente por la pérdida de una gran cantidad de agua y electrólitos del cuerpo. La diarrea es mas grave y tarda más en pacientes que padecen desnutrición^{11, 12}

¹⁰ V Curso Intnal. "Avances en Enf. Diarreica y desequilibrio Hidroelectrolítico", OPS, UNICEF México 1991

¹¹ Lindthorn B., Trop Geogr Med. 1990

¹² Bhandari, N. Association of antecedent malnutrition BMJ 1989

Esto puede explicar que hasta la tercera parte de las madres atribuyan la diarrea a la mala alimentación. Además la diarrea puede causar desnutrición porque se pierden parte de los nutrimentos, el apetito disminuye.¹³

La investigación etnológica y sociológica en varios países en vías de desarrollo, muestra que la mayoría de las familias no considera que la diarrea sea enfermedad sino mas bien, en algunos casos, como signo positivo indicador del paso normal de la sedestación a la bipedestación; cuando fue considerada como enfermedad era estimada como benigna, sin embargo los familiares esperaban recibir un medicamento de prestigio, caro y con una presentación atractiva, pero sobre todo que hiciera de la diarrea parara inmediatamente; con el uso del suero oral no percibían fácilmente la curación de la deshidratación. Los médicos no se sentían seguros, sin exámenes de laboratorio, sobre si la diarrea era bacteriana o viral por lo que generalmente prescribían antimicrobianos, conjuntamente con antidiarreicos, antieméticos; solo algunas veces prescribían suero oral. Tratamientos para la diarrea por rotavirus, la causa más frecuente de diarrea, han mostrado ser también efectivos para disminuir la duración de la diarrea, tales como la administración de inmunoglobulina oral, glucolípidos y calostro bovino hiperinmune; sin embargo, estos tratamientos son muy costosos y solo pudieran justificarse a nivel institucional en países desarrollados. En países en vías de desarrollo se pueden usar cocimientos a base de cereales, como el arroz, que ha demostrado tener efecto antidiarreico en niños deshidratados con gasto fecal alto.¹⁴ El suero oral a base de arroz es también superior al suero oral estándar en adultos y niños deshidratados por cólera al reducir 35% el gasto fecal inicial.¹⁵ En niños con diarrea no colérica, el suero oral a base de arroz reduce el gasto fecal tanto como si se continúa la alimentación en cuanto se corrige la deshidratación, tal como se recomienda para prevenir desnutrición.^{16 17}

2.4.2 TERAPIA DE HIDRATACIÓN ORAL

El concepto Terapia de Hidratación Oral incluye no solo la administración de soluciones adecuadas por vía oral para prevenir o tratar la deshidratación sino también algunas otras acciones de manejo apropiado de los casos, tales como continuar la alimentación habitual y no administrar otros medicamentos, sobre todo los llamados antidiarreicos, anticolinérgicos antieméticos y antimicrobianos. El tratamiento con suero oral, no para la diarrea, pero ayuda a disminuir los vómitos y a mantener hidratado al paciente, con lo que mejorará su apetito y su estado general: la diarrea se curará de 3 a 5 días.

UNICEF recomienda para incrementar el empleo de la Terapia de Hidratación Oral y disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica, se debe propiciar su uso en el hogar desde el momento mismo en que se inicia la diarrea, mediante la educación a los familiares, especialmente al cuidador. Se ha demostrado que para lograr lo anterior, los medios masivos de comunicación no

¹³ Vázquez Resenos, Bol. Med. Hosp. Inf. de México 1996

¹⁴ Arrieta, Ramiro., Bol. Med. Hosp. Infant. de México, Vol. 47 No 4 abril 1990

¹⁵ Mota, HF Organization Solution by gastric infusion for high stool output diarrhea Am J Dis, 1991

¹⁶ Gore, SM, Fontaine O Pierce, NF., meta-analysis of 13 clinical trials BMJ, 1992

¹⁷ Mota Hernández, Felipe, Bol. Med. Hosp. Infant. de Méx. Vol. 53 No 8 agosto 1996

son suficientes y que se requiere más bien comunicación interpersonal del personal capacitado en los métodos modernos de tratamiento de la enfermedad diarreica.

2.4.3 FACTORES DE RIESGO DE APARICION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son aquellas cuyo cuadro clínico tiene su inicio hasta quince días de evolución y uno o varios de los siguientes síntomas o signos: obstrucción o secreción nasal, dolor o secreción nasal, dolor o secreción por oído, enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas, tos, ronquera y dificultad respiratoria.

El nivel de vida, la situación geográfica, la edad son determinantes en la ploriferación de las IRA. Como es de esperarse, en las áreas marginadas económica, social, cultural y políticamente, el impacto de estas enfermedades es mayor que en aquellas zonas donde existen mejores recursos para hacerles frente. En aquellas zonas deprimidas la población se convierte automáticamente en grupo de alto riesgo por existir a su alrededor las condiciones ambientales, nutricionales y culturales favorables para la aparición de las enfermedades y en ellas, los sectores más vulnerables son los infantes y aquellas personas que sobrepasan los 65 años.

Las IRA, como enfermedades infecciosas, encuentran en el hacinamiento y la falta de ventilación e higiene de las habitaciones, el campo propicio para su despliegue. Del mismo modo contribuyen: la exposición cotidiana a contaminantes del aire (sustancias químicas y polvo) como el humo del tabaco y las emanaciones de las estufas de leña o de petróleo, la convivencia permanente con animales domésticos, la falta de agua para el baño y la limpieza bucal, así como el lavado de ropa de vestir y de casa.

De tal manera son importantes las IRA, que a pesar de intensas campañas para su prevención y reducción, siguen siendo el motivo más frecuente de consulta médica, ya sea institucional o privada.

Los factores de riesgo son, entre otros:

- Bajo peso al nacer
- Desnutrición infantil
- Deficiencia de la lactancia materna
- Carencias nutricionales, específicamente vitamina A
- Enfriamientos en lactantes menores
- Contaminación ambiental, principalmente del micro ambiente del paciente.

En cuanto al último factor se aclaró que la contaminación del micro ambiente no siempre recibe la importancia que debe dársele; se refiere a la existencia de humo en el interior de la vivienda, como resultado del uso de leña, carbón o petróleo para cocinar; del humo del tabaco de los adultos que fuman en habitaciones cerradas en las que se encuentran niños pequeños, etc. Además de ella, la contaminación atmosférica en ciudades altamente pobladas e industrializadas, es un factor de riesgo más que se suma a los ya existentes.

Todos esos factores pueden ser corregidos o prevenidos, por ejemplo cuando las madres, acuden al centro de salud, clínicas u hospitales reciben una

serie de instrucciones muy sencillas. Entre las sugerencias que se brindan para la atención de los infantes, están: la necesidad de la lactancia materna; la alimentación adecuada y con las debidas medidas higiénicas y dietéticas de los niños; evitar los enfriamientos; evitar los lugares cerrados contaminados, así como abstenerse de llevar a los pequeños a los lugares donde haya mucha gente reunida, etc. Tomando en cuenta estas medidas preventivas es posible disminuir en parte la morbilidad y mortalidad por las IRA.

2.4.4 EL TRATAMIENTO DE LAS IRA EN MEXICO

En México, continúa siendo una tarea prioritaria el estudio epidemiológico de las IRA. El registro acertado de las enfermedades respiratorias esta supeditado a la identificación temprana de los pacientes y a la detección correcta por parte del médico en las primeras instancias.

Aunque existen los acuerdos interinstitucionales para el registro y seguimiento de las IRA, es muy difícil tener toda la secuencia de un caso, sobre todo en zonas marginadas en las que el acceso a las consultas médicas es limitado o inexistente. Pero también ocurre que no se puede dar el seguimiento necesario porque, por desconocimiento a nivel familiar, no se otorga la importancia que en realidad tiene este problema de salud y los padres abandonan el tratamiento o no vuelven con sus hijos a los centros de salud al advertir los primeros síntomas de mejoría del menor.

La evolución de esta enfermedad en múltiples ocasiones es conocida solo por el paciente o sus familiares. Al suspender el tratamiento por mejoría relativa del enfermo, por falta de dinero o de medicamento, por la modificación de la dosis indicada o por alguna otra razón que no permita dar de alta al paciente, según se requiera el caso, se pierde la oportunidad de registrar los datos necesarios para conocer el comportamiento de la enfermedad y la evolución del paciente.

2.4.5 MANEJO DE LAS IRA SEGÚN SU GRAVEDAD

Como medidas generales para prevenir las complicaciones de las IRA se hacen las siguientes recomendaciones a los familiares del niño enfermo para que apoyen el tratamiento médico:

- Reposo en cama de todo niño febril
- Elevar la cabecera de la cama y mantener semisentado al paciente para facilitar la respiración
- Mantener permeables las fosas nasales mediante la aplicación de suero fisiológico o agua con sal; o bien humedecer las fosas nasales con agua hervida para mantener limpia la nariz.
- No utilizar gotas o jarabes antitusígenos autorrecetados ya que están contraindicados en las IRA.
- Colgar paños mojados para humedecer el ambiente de la habitación donde se encuentre el enfermo
- Alimentar normalmente y sin forzar al niño (no suspender la lactancia materna)

- Aumentar el consumo de líquidos, para fluidificar las secreciones, facilitar su eliminación y recuperar el agua que pierde por fiebre, sudoración o taquipnea.
- Mantener la higiene del niño diariamente, evitando el enfriamiento y las corrientes de aire.
- Cuando la fiebre es menor de 38.5°C basta con un baño de agua tibia durante tres a cinco minutos, o utilizar compresas de agua fría en la cabeza. (en este caso no es necesario administrar antitérmicos)
- Deberá valorarse al niño enfermo a las 72 horas en la unidad de salud o antes, en caso de agravamiento.
- No utilizar braseros para calentar el agua o el ambiente pues se corre el riesgo de quemaduras o asfixia.

El acatamiento de las anteriores recomendaciones puede hacer disminuir el índice de mortalidad por las IRA en nuestro país.¹⁸

2.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

Boletín fin del milenio concluyó en un artículo que la Infección Respiratoria Aguda (IRA) es uno de los problemas de salud pública más importante en la mayoría de los países en desarrollo, ubicándose entre las primeras cinco causas de mortalidad en los niños menores de cinco años y siendo la primera causa de consulta y hospitalización pediátrica en los servicios de salud en estos países.

El mayor número de episodios de neumonía en los países desarrollados es causado por virus; sin embargo, en países en desarrollo los estudios han demostrado que más de la mitad de los casos de neumonía se deben a bacterias, predominando el *Streptococcus pneumoniae* (30%) y *Haemophilus influenzae* (27%).

La neumonía es la responsable del 85% al 90% de estas muertes, es decir, 150,000 muertes anuales de menores de cinco años en la región de las Américas.

La concurrencia de neumonía bacteriana por *Haemophilus influenzae* es muy frecuente en niños menores de dos años; se calcula que la mitad de las neumonías que se hospitalizan en centros de tercer nivel de atención es causada por este germen.¹⁹

El Dr. Mario Cerda publicó en Salud e hijos que la infección de los bronquiolos y en especial de los bronquiolos o bronquios más delgados produce una inflamación de la mucosa o recubrimiento interno de estos tubos respiratorios. Esto estrecha su diámetro y produce una gran cantidad de secreciones aumentando más la obstrucción, dificultando la entrada y salida del aire desde la nariz a los alvéolos y viceversa, todo esto produce insuficiencia respiratoria, ésta causa múltiples

¹⁸ Rev. Inf. Científ. y Tecnol. México 1992

¹⁹ Rev. Boletín Fin de Milenio 1998-1999

alteraciones en el funcionamiento de los órganos que debe tratarse prontamente, probablemente la bronquiolitis es la primera causa de uso de ventilación mecánica, en niños pequeños.

La enfermedad es causada por virus, siendo el más frecuente el virus respiratorio sincicial (VRS) que causa más del 50% de los casos. Otros virus como el parainfluenza, adenovirus y micoplasma neumonía pueden también producir la enfermedad.

La enfermedad se transmite de persona a persona por vía respiratoria por la tos y las secreciones respiratorias en ambientes en donde existen muchos niños susceptibles de contraer la enfermedad como las guarderías o jardines de infantes.

Los niños afectados son varones de entre 3 a 6 meses que no han sido alimentados al pecho y que viven en condiciones de sobrepoblación y hacinamiento o conviven con muchos niños. Aquellos niños que han sufrido enfermedades en el periodo neonatal o son portadores de enfermedades crónicas cardíacas o respiratorias, tienen mayores oportunidades de contraer la enfermedad y presentar un curso grave de la misma.

Los factores que hacen que la enfermedad sea más grave en el niño, son los niños cuyos padres fuman cigarrillos y viven en un ambiente contaminado con vapores irritantes como los de la calefacción de combustión interna (kerosene), pueden presentar evoluciones más graves de la enfermedad.

La enfermedad inicia después de la exposición del niño al contacto con adultos o niños mayores con infecciones respiratorias. A los pocos días se presenta "resfrío o gripe" con estornudos y secreción nasal clara. Estos síntomas pueden durar algunos días en los cuales el niño está decaído e inapetente con fiebre de 38 a 39 grados centígrados.

La mortalidad de los niños que sufren esta enfermedad puede llegar de un 1 a 3%, dependiendo de las condiciones sanitarias de la región y de la premura con que los padres consultan, si el niño se agrava. Los niños que fallecen, más frecuentemente son aquellos bajo los tres meses de edad o los que presentan condiciones agravantes como enfermedades crónicas respiratorias o cardíacas y aquellos con antecedentes de prematuridad extrema y displasia bronco pulmonar.²⁰

Columbia Médica publicó en el 2001 que la infección respiratoria aguda (IRA), es una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad que afectan principalmente a la población infantil y en especial en menores de un año.

Se realizaron estudios de rastreo sobre las IRA en Manizales, donde se indagaron los factores comportamentales y ambientales, causas de recidivas y conocimientos, creencias y prácticas encontrándose datos significativos que

²⁰ Cerda, Mario, Bronquiolitis Rev. Salud e hijos año 2000.

fueron la base para esta investigación. En 1995 se realizó un estudio a nivel departamental sobre tópicos similares a los mencionados, existiendo bastante coherencia con los resultados encontrados en 1998.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se consideró necesario indagar sobre los conocimientos, creencias y prácticas para el manejo de la IRA, no neumonía en una población específica como la de las madres de los menores de cinco años vinculado con ASSBASALUD, Manizales.

Se tomaron tópicos importantes para la obtención de la información, como la caracterización de las madres y de los agentes de salud, incluyendo las variables, edad, escolaridad, ocupación de la madre o cuidador, parentesco con el menor, número de menores a su cargo y edad de los mismos. De los agentes de salud se tomaron las variables: institución a la que pertenece, profesión, capacitación recibida sobre IRA y conocimientos acerca de la enfermedad.

Para el análisis de los aspectos cualitativos se tomaron categorías de análisis para ambas poblaciones como conocimientos y prácticas para el manejo de IRA, acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades desarrolladas por los agentes de salud para el manejo de las IRA no neumonía.

Para 1998, ASSBASALUD tenía un total de 3,400 menores inscritos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, en las áreas urbana y rural de Manizales.

A las madres de menores de cinco años se les aplicó una entrevista abierta, a los Agentes de Salud, se les aplicó encuesta semiestructurada.

Las madres refieren como enfermedades frecuentes en los niños, la gripa y la diarrea; otras frecuentes el dolor de oído y las enfermedades de la piel. En ambas áreas del municipio (rural y urbana) las madres expresaron un promedio de 6 episodios de gripa durante el año.

Entre las acciones realizadas por las madres para el manejo del resfriado están: la administración de antibióticos, acetaminofén, antitusígenos y descongestionantes en forma indiscriminada; aplicación de medios físicos para el manejo de fiebre; para los líquidos y preparaciones caseras a base de hierbas, jugo de cítricos con miel de abeja.

Ellas refieren como síntomas más frecuentes de complicación del resfriado común la dificultad para respirar, la fiebre, congestión en los pulmones, el niño se pone morado y la neumonía entre otros. La conducta asumida por las madres en casos de gravedad es llevar al menor al médico, a la *farmacia*, al centro de salud o al hospital.²¹

²¹ Rev. Columbia Médica 2001; 32: 41-48

La revista Salud Pública de México publica los siguientes artículos:

1) Hidratación oral continua o a dosis fraccionadas en niños deshidratados por diarrea aguda

Objetivo: evaluar la seguridad y efectividad de dos técnicas de hidratación oral. Material y métodos. Ensayo clínico aleatorio, hecho en el Servicio de Hidratación Oral del Hospital Infantil de México, Federico Gómez, entre septiembre de 1998 y junio de 1999. cuarenta pacientes deshidratados por diarrea aguda, menores de cinco años, recibieron suero oral *ad libitum* (grupo AL) y otros cuarenta lo recibieron en dosis fraccionadas (grupo DF). Las características clínicas fueron similares en ambos grupos. Los resultados se presentan como promedio y desviación estándar o mediana, según la distribución de frecuencias simples y relativas.

Resultados. El promedio de gasto fecal en el grupo AL fue 11.0 ± 7.5 g/kg/h y en el grupo DF 7.1 ± 7.4 ($p=0.03$). la ingesta de suero, el tiempo de deshidratación y la diuresis promedio, fueron similares entre ambos grupos ($p>0.05$). seis pacientes del grupo AL y cinco del DF tuvieron gasto fecal alto (>10 g/kg/h), mejorando con la administración de atole de arroz. Un paciente del grupo AL y dos pacientes del DF tuvieron vómitos persistentes, mejorando con gastroclisis. Ningún paciente requirió rehidratación intravenosa.

2) Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años

Objetivo: identificar las estrategias familiares de vida asociadas con desnutrición en niños menores de dos años.

Material y métodos. Estudio de casos y controles efectuado en 1998 en el municipio de Teolochocho, estado de Tlaxcala, México para estudiar familias con niños de 6 a 23 meses de edad. La muestra estuvo conformada por 105 casos y 210 controles. Las estrategias familiares de la vida se agruparon en cinco tipos: formación de la familia, organización y obtención de recursos familiares, colaboración intra o extrafamiliar y preservación de la vida. La desnutrición se identificó de acuerdo con la talla para la edad. Para el análisis de los datos se hizo estimación de razones de momios, con intervalos de confianza al 95% y se construyeron modelos de regresión logística no condicionada.

Resultados. Se obtuvieron datos de 605 unidades familiares, 445 controles y 160 casos. El modelo predictivo estuvo integrado por la escolaridad de la madre, hacinamiento, intervalo entre nacimiento, ingreso per cápita mensual y el tiempo destinado para actividades de crianza/ cuidado de los niños.²²

3) Asociación entre enfermedad cardiovascular y anticuerpos contra *Chlamydia pneumoniae*

Objetivo. Precisar si existe asociación entre enfermedad cardiovascular (ECV) y anticuerpos contra *Chlamydia pneumoniae* en población mexicana.

²² Rev. Sal. Púb. de Méx. Vol. 44 Ene-Feb- 2002

Material y métodos. Estudio transversal, realizado en la Unidad de Investigación en Inmunología e Infectología- Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza (CMNR)-y en el servicio de Cirugía Cardiovascular y Asistencia Circulatoria, del Hospital General del CMNR, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de agosto de 1998 a abril de 2000. se determinaron anticuerpos IgG e IgM contra *C. Psittaci*, *C. Trachomatis* y *C. Pneumoniae* mediante microinmunofluorescencia, en suero de 70 pacientes con ECV hospitalizados en el CMNR, mayores de 30 años, de uno u otro sexo y se compararon con 140 sanos, pareados por edad y sexo. Se utilizaron muestras aleatorias simples con un tamaño poblacional de 110, una prevalencia de 50% y un nivel de confianza de 99%. Para establecer la diferencia entre las proporciones de los títulos se utilizó ji cuadrada y se calculó la razón de momios.

Resultados. El 94.3% (66/70) de los pacientes presentó IgG en contra de *C.pneumoniae* vs. 37% (54/140) de los individuos sanos (<0.001).

4)Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil.

Objetivo. Establecer la incidencia de infección respiratoria y los patrones de colonización faríngea en niños que asisten a guarderías.

Material y métodos. Se realizó un estudio de cohorte en niños menores de cuatro años de edad de uno y otro sexo, asistentes a la guardería del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de la Ciudad de México, durante abril a octubre de 1999. se registró la presencia de infección de vías aéreas superiores cada semana y de colonización cada tres meses, mediante un exudado nasofaríngeo. Se hizo estadística descriptiva de las variables analizadas. Se determinaron tasas de infección respiratoria aguda.

Resultados. Se estudiaron 85 niños, 40 del sexo femenino(47%) y 45 del sexo masculino (53%) durante un total de 9090 niños/día de seguimiento. Tres niños tenían antecedentes de atopia (3.52%), seis niños antecedentes de asma (7.05%) y 39 eran expuestos a tabaquismo pasivo (45.88%). Se diagnosticaron 246 rinofaringitis (95.3%), nueve otitis media aguda (3.48%), tres bronquiolitis (1.16%), para un total de 258 eventos de infección respiratoria aguda.²³

5)Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda.

Objetivo. Identificar las creencias y conocimientos de un grupo de médicos rurales sobre el manejo de la alimentación en los casos de diarrea aguda de los menores de cinco años de edad y compararlos con los que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Material y métodos. Se realizó un estudio de antropología cognitiva con los 10 médicos que brindan atención a la población infantil en el Hospital Rural del IMSS-Solidaridad de San Juanito, Bocoyna, Chihuahua, México, de julio a diciembre de 1998. se trianguló la información obtenida por las técnicas de grupos focales, viñetas, listado libre, sorteo de montones y cuestionario semiestructurado.

²³ Rev. Sal. Púb. de Méx. Vol. 44 May-Jun-2002

Resultados. Los médicos reconocieron el impacto negativo de la diarrea sobre el estado nutricional del niño, pero no todos evaluaron su estado de nutrición. Como tratamientos predominaron los antimicrobianos, el manejo con líquidos y las recomendaciones sobre alimentación. De éstas, las más consistentes fueron la lactancia materna, la alimentación tardía y la dieta "escalonada".²⁴

²⁴ Rev. Sal. Pùb. de Méx. Vol. 44 Jul-Ago-2002

CAPITULO III MARCO REFERENCIAL

3.1 HOSPITAL CENTRAL MILITAR

TIPO DE HOSPITAL :
GUBERNAMENTAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

3.2 AREAS DE SERVICIO DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR

El hospital central militar es una institución gubernamental atiende a pacientes derechohabientes, militares y civiles. Cuenta con seis áreas de servicio las cuales son CIRUGÍA, MEDICINA, PEDIATRIA, MEDICINA CRITICA, QUIRÓFANOS Y CONSULTA EXTERNA, también cuenta con 17 gabinetes para una máxima atención hospitalaria.

CIRUGÍA {

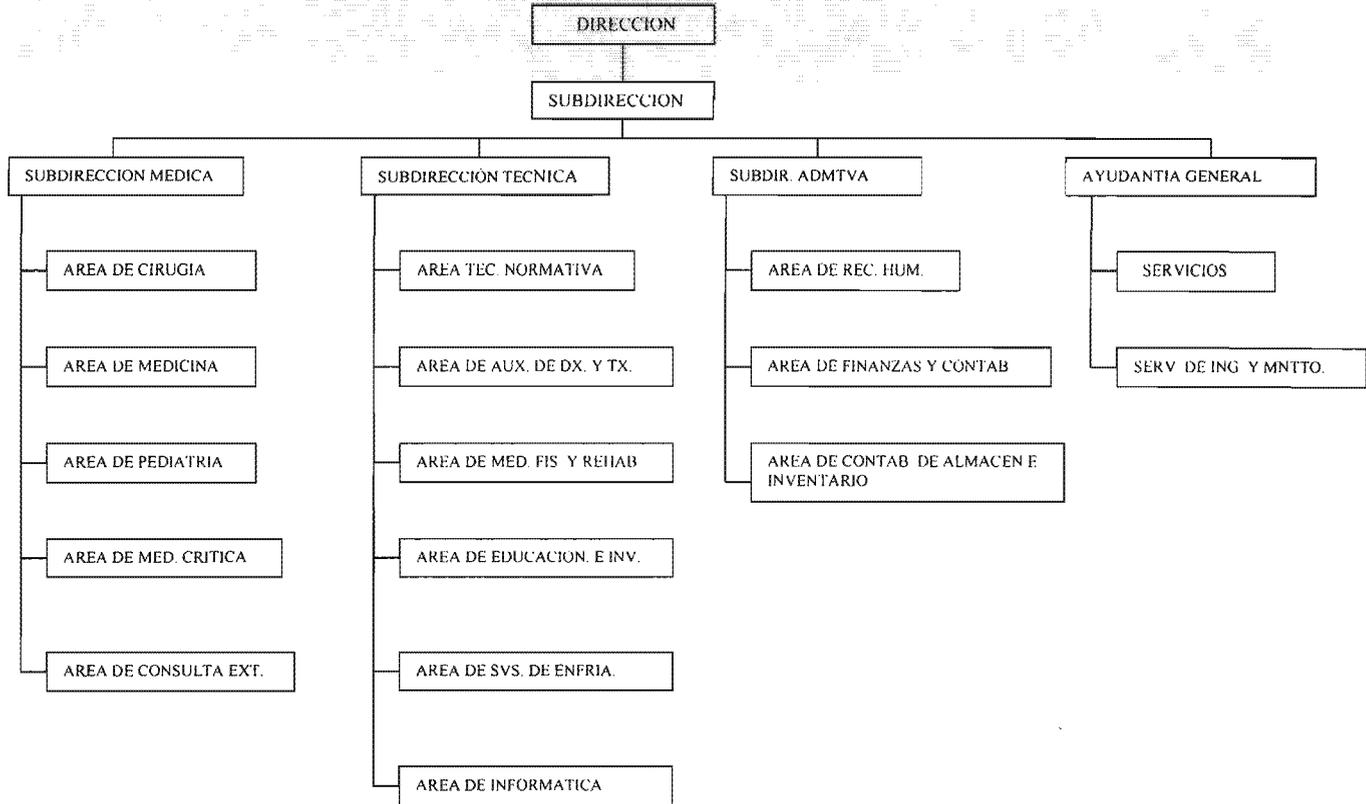
- ORTOPEDIA NORTE
- ORTOPEDIA DE COLUMNA
- ORTOPEDIA SUR
- ORTOPEDIA DE MUJERES
- CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- CIRUGÍA CARDIOTORACICA
- CIRUGÍA DE HOMBRES
- CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
- CIRUGÍA RECONSTRUCTORA
- CIRUGÍA AMBULATORIACIRUGIA DE TRASPLANTES
- UNIDAD DE QUEMADOS
- OFTALMOLOGÍA
- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- UROLOGÍA (esta sala cuenta con un quirófano)
 - Gabinete de Circulación Extracorpórea
 - Gabinete de Trasplantes
 - Gabinete de Colon y Recto

MEDICINA {

- MEDICINA DE HOMBRES MEDICINA DE MUJERES
- INFECTOLOGIA DE ADULTOS
- GASTROENTEROLOGIA
- CARDIOLOGÍA DE MUJERES
- CARDIOLOGÍA DE HOMBRES
 - Gabinete de Hemodinamia
 - Gabinete de Inhaloterapia de Adultos
 - Gabinete de Diálisis Peritoneal
 - Gabinete de Hemodiálisis
- NEUROLOGÍA
- PSIQUIATRIA DE HOMBRES
- PSIQUIATRIA DE MUJERES
- INMUNHEMATOLOGIA
- ONCOLOGIA
 - Gabinete de Quimioterapia
 - Gabinete de Ecocardiografia

PEDIATRIA	{ PEDIATRIA MEDICA PEDIATRIA QUIRÚRGICA INFECTOLOGIA PEDIATRICA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE PEDIATRIA Gabinete de Inhaloterapia Pediátrica URGENCIAS DE PEDIATRIA UNIDAD DE ALTO MANDO SALA DE FUNCIONARIOS
MEDICINA CRITICA	{ UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS URGENCIAS DE ADULTOS Gabinete de Cámara Hiperbárica Gabinete de Nutrición Artificial Gabinete de Endoscopia Gabinete de Hemoterapia Gabinete de Radiología Invasiva
QUIRÓFANOS	{ QUIRÓFANOS (existen 14 en funcionamiento) CEYE
CONSULTA EXTERNA	{ Gabinete de Electroencefalografía Gabinete de Electrocardiografía AREA DE RADIOLOGIA

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR



3.4 MORBILIDAD POR DIARREA, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PACIENTES MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD

MORBILIDAD A NIVEL LOCAL

TABLA DE ENFERMEDADES DETECTADAS EN LA SALA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA, CLASIFICADAS POR EDAD
(CUADRO 1)

DIAGNOSTICO	MENORES DE 1 AÑO	MAYORES DE 1 AÑO	MAYORES DE 2 AÑOS	MAYORES DE 3 AÑOS	MAYORES DE 4 AÑOS	TOTAL
GASTROENTEROCOLITIS	131	84	16	6	7	244
NEUMONÍA	86	44	18	7	2	157
BRONQUITIS	23	4	2	1	-	30
VARICELA	2	-	1	-	1	4
HEPATITIS	1	3	-	-	2	6
ROTAVIRUS	-	1	-	-	-	1
SÍNDROME FEBRIL	28	21	3	2	1	55
DESHIDRATACIÓN	7	5	-	-	-	12
INFECCIÓN DE VIAS AEREAS SUPERIORES	15	5	1	2	2	25
INFECCION DE VIAS AEREAS INFERIORES	4	2	1	-	-	7
BRONCONEUMONÍA	3	4	-	-	1	8
SÍNDROME DIARREICO	1	3	1	-	-	5
FARINGITIS	4	1	-	1	2	8
LARINGOAMIGDALITIS	4	6	3	5	-	18
LARINGOTRAQUEITIS	2	1	1	-	-	4
SEPSIS	22	-	1	-	-	23
CELULITIS	-	1	-	-	1	2
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	6	-	-	-	-	6
ESTOMATITIS HERPÉTICA	-	1	1	-	-	2
NEUROINFECCION	4	-	-	-	-	4
ERISPELA	-	-	-	1	1	2
SÍNDROME COQUELUCHOIDE	1	-	-	-	-	1
CRUP	1	4	-	-	-	5
OTITIS	-	1	-	1	2	4
VIH	1	-	-	-	-	1
CONJUNTIVITIS	2	-	-	-	-	2
IMPETIGO CONTAGIOSO	1	-	-	-	-	1
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	6	3	-	1	-	10
TOTAL	361	194	49	27	22	653

Las infecciones en vías respiratorias y sistema gastrointestinal, ocupan la mayor incidencia de hospitalizaciones en la sala de Infectología Pediátrica del H.C.M. pero cabe destacarse que de acuerdo al presente cuadro son los menores de 1 año de edad, los que presentan una mayor incidencia, con lo que se demuestra que los niños que mas se complican a tal grado del encame hospitalario son los que dependen totalmente del cuidador.

TABLA DE ENFERMEDADES DETECTADAS EN LA SALA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA,
CLASIFICADAS POR MES

(CUADRO 2)

DIAGNOSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
GASTROENTEROCOLITIS	70	29	13	17	13	13	13	4	7	5	9	56	249
NEUMONIA	26	15	23	13	9	5	4	5	9	16	20	12	159
BRONQUIOLITIS	3	2	8	5	1	1	-	2	-	2	1	3	28
VARICELA	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	4
HEPATITIS	-	-	-	-	1	1	-	-	1	2	-	1	6
ROTAVIRUS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SÍNDROME FEBRIL	6	4	1	3	3	7	10	9	2	6	2	1	54
DESHIDRATACION	3	1	1	2	-	-	-	-	1	1	1	2	12
INFECCIÓN DE VIAS AERIAS SUPERIORES	4	3	4	2	2	-	1	2	-	2	2	2	24
INFECCIÓN DE VIAS AERIAS INFERIORES	-	2	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	7
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	1	-	1	1	-	-	2	-	-	3	-	-	8
BRONCONEUMONIA	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	8
SÍNDROME DIARREICO	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	5
FARINGITIS	2	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	8
FARINGOAMIGDALITIS	1	1	3	2	4	3	1	-	-	1	1	1	18
LARINGOTRAQUEITIS	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4
SEPSIS	2	2	4	5	3	2	-	-	2	-	2	2	24
CELULITIS	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	2	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	6
ESTOMATITIS HERPETICA	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
NEUROINFECCION	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	4
ERISIPELA	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
SÍNDROME COQUELUCHOIDE	-	-	2	2	1	1	-	1	-	-	-	-	7
CRUP	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1	-	5
OTITIS	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	3
VIH	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
CONJUNTIVITIS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IMPETIGO CONTAGIOSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TOTAL	130	66	67	56	41	38	36	27	27	41	40	84	653

Se clasifican por mes, y se encuentra que las complicaciones por las enfermedades y sus complicaciones motivo de estudio, son las que mas incidencia de hospitalizaciones ocasionan, lo que hay que aclarar es que en algunas épocas del año se suscitan con mas frecuencia estas hospitalizaciones y de acuerdo al presente cuadro la Gastroenterocolitis ocupa una elevada incidencia en los meses de Enero y Diciembre, generalmente se piensa que estas enfermedades son más comunes en épocas calurosas de acuerdo con la infinidad de bacterias que encuentran en estas épocas su medio idóneo de propagación, pero de acuerdo al cuadro, las enfermedades respiratorias se originan mas frecuentemente en las épocas de frío, lo cual nos lleva a pensar que se originan por descuido en el Rol de cuidador.

TABLA DE ENFERMEDADES DETECTADAS EN LA SALA DE INFECTOLOGÍA
PEDIÁTRICA, CLASIFICADAS POR AÑO

(CUADRO 3)

DIAGNOSTICO	NUMERO DE NIÑOS AFECTADOS EN EL AÑO 2002
GASTROENTEROCOLITIS	244
NEUMONIA	157
SÍNDROME FEBRIL	54
BRONQUIOLITIS	30
INFECCIÓN DE VÍAS AERIAS SUPERIORES	25
SEPSIS	23
FARINGOAMIGDALITIS	18
DESHIDRATACIÓN	12
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	10
BRONCONEUMONIA	8
INFECCIÓN DE VÍAS AERIAS INFERIORES	7
SÍNDROME COQUELUCHOIDE	7
HEPATITIS	6
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	6
FARINGITIS	8
VARICELA	4
SÍNDROME DIARREICO	5
LARINGOTRAQUEITIS	4
NEUROINFECCIÓN	4
CRUP	5
OTITIS	4
CELULITIS	2
ESTOMATITIS HERPÉTICA	2
ERISPELA	2
CONJUNTIVITIS	2
ROTAVIRUS	1
VIH	1
IMPETIGO CONTAGIOSO	1
TOTAL	653

Se agrupan las enfermedades y sus complicaciones, por año, observando que la principal incidencia la siguen ocupando las complicaciones motivo de estudio. Revelando que un 37% la ocupan las enfermedades gastrointestinales y un 24% las neumonías en un mismo año, sumando un total del 61% del 100% de las enfermedades detectadas en un año.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal analítico

Descriptivo:

Es el estudio de una población que describe las variables de un fenómeno y sus magnitudes sin hacer comparaciones. En las investigaciones clínicas constituye el nivel más sencillo pero, a la vez, es fundamental, pues aporta las primeras observaciones sobre las cuales se basarán estudios que posteriormente darán la explicación y causa del fenómeno. Es clásica la descripción de series de casos mediante el diseño descriptivo.

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (Prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuándo se está presentando dicho fenómeno

Transversal:

Aquí se examinan las características de una población en una sola ocasión y de inmediato se procede a describirlas o analizarlas. En este tipo de investigación se incluyen los estudios de enumeración, con los que, por ejemplo, se conoce el número de nacimientos en una población determinada, o la incidencia de alguna enfermedad parasitaria. También se incluyen encuestas.

Analítico:

Investiga factores relacionados con determinados fenómenos, la causa o "factor de riesgo", el riesgo ante un fenómeno, los factores de riesgo o aspectos que tienen más influencia en el fenómeno que se estudia. Sus características son: existe un nivel más avanzado en relación con el descriptivo, se plantean hipótesis tendentes a la verificación de relaciones explicativas causales, estudia problemas partiendo de la causa al efecto y viceversa, requiere de la agrupación de la muestra o población de estudio en categorías de análisis

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: Cuidadores de los niños que son atendidos en la sala de Infectología pediátrica por enfermedades agudas, diarreas e infecciones respiratorias

MUESTRA: Convencional, solo los que se detecten en los meses de marzo y abril

4.3 HIPOTESIS

Los factores inherentes relacionados al Rol de Cuidador directo del niño contribuyen a elevar la frecuencia de complicaciones en enfermedades agudas diarreicas y respiratorias en los niños de tres años bajo su cuidado, debido a: la cantidad y complejidad de sus actividades, la perspectiva de su desarrollo, los recursos económicos insuficientes, la baja productividad laboral y sus relaciones con el receptor.

4.4 TABLA DE VARIABLES

VARIABLE: ACTIVIDADES DEL CUIDADOR.

Las actividades del cuidador juegan un papel fundamental en el desempeño del rol de cuidador, ya que los cuidadores tienen otras actividades que les absorben tiempo, o a las cuáles les toman mayor prioridad, o bien, el cuidador se encuentra demasiado agotado a causa de la complejidad de las actividades, que condicionan al descuido durante ese tiempo al receptor de los cuidados. Otro papel fundamental en el descuido puede ser el que el cuidador desconoce los signos y síntomas de las enfermedades más comunes, la manera de actuar en la prevención y en la curación.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
.- Actividades	<p>*Cantidad de actividades Def. Oper. La cantidad de actividades le absorbe demasiado tiempo y no cuida al receptor como debiera hacerlo.</p>	<p>Se dedica 1) escuela 2) negocio 3) empleado 4) hogar 5) 1 y 4 6) 2 y 1</p>
	<p>*Prioridad de actividades Def. Oper. El cuidador le toma prioridad a sus diversas actividades, descuidando al receptor.</p>	<p>1) gana dinero extra 2) de cuidador no gana dinero 3) le gustan más otras actividades que el rol de cuidador</p>
	<p>*Complejidad de las actividades Def. Oper. Sus diversas actividades le ocasionan fatiga excesiva ocasionandó descuido.</p>	<p>1) son múltiples 2) requieren mucho tiempo 3) provocan fatiga excesiva 4) tiene que cuidar a más de tres niños</p>
	<p>*Conocimientos básicos sobre padecimientos comunes en niños Def. Oper. El cuidador no conoce absolutamente nada sobre que hacer en caso de complicaciones por alguna enfermedad</p>	<p>El cuidador 1) no sabe nada de los padecimientos mas comunes en niños 2) si conoce, pero no sabe como tratarlas 3) no le importa saber o conocer las enfermedades y sus complicaciones</p>

VARIABLE: SOCIOECONOMICAS

El rol de cuidador debe desempeñarse en cierto modo con dedicación y amor, si en este caso los principales cuidadores son las madres, ya que en cierto momento de la vida las madres profesionales deben de rechazar una oferta de trabajo por "tener" que cuidar al receptor, probablemente exprese sus emociones en forma de frustración, depresión y cólera, o en ciertas ocasiones los principales cuidadores piensan que no son productivos a la sociedad, por lo consiguiente no aportan ingresos al hogar, con lo que asumen que en el mejor de los casos lo único que puede hacer es obligarse a desempeñar el rol de cuidador, no obstante desconocer lo complejo que puede resultar el llevarlo a cabo.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
2.- Socioeconómicas	<p>*Rechazo de promociones profesionales Def. Oper. "Por tener" que cuidar al receptor, debe rechazar ofertas de trabajo y expresa sus emociones como frustración, depresión y cólera</p> <p>*Baja productividad laboral Def. Oper. El cuidador demuestra menosprecio a su persona por no considerarse productivo</p> <p>*No participación en la vida social Def. Oper. Sentimiento de abandono, ya que al asumir el rol de cuidador afecta su vida social y la convivencia en reuniones de familia, fuera de casa.</p>	<p>1)se siente frustrado(a) 2)se siente deprimido(a) 3)se siente cólera contra el receptor</p> <p>1)no encuentra trabajo por lo tanto asume el rol de cuidador 2)se siente que "lo único que puede hacer bien es el rol de cuidador" 3)se siente obligado a asumir el papel de cuidador ya que no aporta ingresos.</p> <p>1)se queda en casa, no se distrae 2) se siente abandonado por su familia 3)no asiste a eventos sociales.</p>

VARIABLE: RELACIONES CUIDADOR-RECEPTOR

En algunas ocasiones el papel de desempeñar este rol se realiza más por obligación que por deber, ya que en algunos casos los padres de los menores presentan problemas entre ellos, o las profesiones de ambos les absorben tanto el tiempo que prefieren buscar un cuidador que satisfaga las necesidades del niño, en lugar de ser ellos quienes se las cubran, o bien los padres del receptor murieron y las personas más cercanas a estos son las que asumen ese rol, por lo consiguiente al tener responsabilidades que no les corresponden, podría manifestarse en maltrato físico y descuido.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
3.-Relaciones cuidador –receptor	<p>*Familia incapaz de satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros Def. Oper. El cuidador se siente obligado a asumir el rol de cuidador en sustitución de los padres</p> <p>*Comunicación inefectiva entre los cónyuges / trastornos de las dinámicas familiares Def. Oper. Se manifiesta por maltrato físico y descuido</p>	<p>El cuidador muestra preocupación por 1)negligencia en las funciones parentales 2)problemas familiares crónicos 3)patrón por el rechazo del niño</p> <p>Los padres 1)tratan de evadir responsabilidades 2)prefieren que un cuidador se haga cargo del niño 3)entre ambos se señala responsabilidad</p>

VARIABLE: RECURSOS

En algunas ocasiones como ya se mencionó el cuidador es muy joven y no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese rol, o bien son demasiado ancianos para asumirlo y el cansancio físico se los impide, un factor que influye es los ingresos ya que si la familia es de bajo ingreso económico, no puede cuidar a sus miembros como debiera, ocasionando alteración en el desempeño del rol de cuidador.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
4.-Recursos	<p>*El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir el rol de cuidador Def. Oper. El cuidador es demasiado joven o demasiado anciano para asumir el rol</p> <p>*Recursos económicos insuficientes Def. Oper. Se manifiesta en desagrado para asumir el rol</p> <p>*La familia por su ingreso es pobre Def. Oper. Se manifiesta en ingreso mensual bajo</p>	<p>El cuidador</p> <p>1)es menor de 15 años de edad 2)es anciano más de 60 años de edad 3)es alguien con problemas mentales</p> <p>1)no le pagan 2)le pagan muy poco 3)le pagan en especie</p> <p>Ingreso mensual</p> <p>1)1000 a 2000 pesos 2)2001 a 2500 pesos 3)2501 a 3000 pesos</p>

VARIABLE: ESTADO DE SALUD DEL RECEPTOR

El estado de salud del receptor tiene que ver particularmente para el buen desempeño del rol, ya que en algunas ocasiones, los menores tienen problemas psicológicos o mentales y necesitan en todo momento al cuidador a su lado, por lo que los cuidadores muestran un desgaste físico mayor contribuyendo al descuido en el rol de cuidador.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
5.-Estado de salud del receptor	<p>*Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados Def. Oper. Se manifiesta con conductas agresivas y psicóticas</p> <p>*Retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que recibe los cuidados Def. Oper. El receptor se encuentra completamente dependiente de los cuidados de otra persona</p>	<p>El receptor</p> <p>1)se manifiesta en rechazo al cuidador 2)es grosero 3)no come</p> <p>El cuidador</p> <p>1)no sabe como cuidarlo 2)se siente incapaz para cuidarlo 3)no lo quiere cuidar</p>

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyen en el estudio:

- La persona que se identifique como cuidador directo del niño hospitalizado
- Los padres de niños enfermos complicados por Enfermedades Diarreicas o Respiratorias
- Que acepten participar en el estudio

4.6 CRITERIOS DE NO INCLUSION

- No se incluyen en el estudio a los cuidadores que desearon participar en el estudio pero que el receptor de sus cuidados tiene más de tres años de edad

4.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se empleará la entrevista estructurada que es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Se plantean preguntas idénticas y en el mismo orden a cada uno de los participantes quienes deben escoger la respuesta entre 2, 3 o más alternativas que se les ofrecen. Se elabora un cuestionario que contenga todas las preguntas. Con ésta se obtiene uniformidad en la información y ésta es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo.

Este cuestionario se realiza para conocer los factores que probablemente intervendrían para propiciar las complicaciones por enfermedades agudas diarreicas y respiratorias y así poder prevenirlas y disminuir la incidencia de estas enfermedades.

4.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron capturados en el paquete SPSS, versión 9.0 y Excel y a través de bases de datos que se proporcionarán por medio del instrumento de recolección de datos de los participantes. Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva (frecuencias simples y medidas de tendencia central). Se realizó un análisis cualitativo de la información, en tanto el rol de cuidador es una apreciación subjetiva.

4.9 ETICA DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de acuerdo en lo reglamentado en la Ley General de Salud en materia de investigación, (Art. 100) y en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud, Titulo segundo, Capitulo 1, en razón de proteger la privacidad de los sujetos involucrados (Art. 16), y considerando que el tipo es sin riesgo para el sujeto (Art. 17, apartado 1) y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 14 apartado VIII en razón de que se solicitará la autorización de las personas seleccionadas. Así mismo se realizará bajo los términos establecidos en los apartados I al VIII del artículo 21 y lo señalado en el artículo 22 y 23 respecto al consentimiento informado que deberá formularse por escrito.

CAPITULO V RESULTADOS

5.1 CUADROS DESCRIPTIVOS

CUADRO NUMERO 1
Domicilio de los cuidadores

FACTOR	FRECUENCIA	%
DOMICILIO:		
DISTRITO FEDERAL	11	23%
ESTADO DE MÉXICO	29	62%
PROVINCIA	7	15%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se encontró la mayor demanda de atención por parte de los derechohabientes del estado de México en un 62%, esto puede explicarse ya que la mayor parte de los derechohabientes y sus cuidadores, radican en las cercanías del Distrito Federal, por lo cual acuden al Hospital Central Militar que es el Centro hospitalario mas cercano a su hogar. En cuanto a los que se hospitalizaron de Provincia con un 15% de frecuencia, son referidos de los Hospitales Militares Regionales en todo el país, únicamente llegan aquí por presentar un cuadro crónico, que presenta mayor dificultad tratar en el estado de origen, ya que además del padecimiento de base tienen otras complicaciones que requieren la atención de mas de dos médicos especialistas, no obstante el 23% refiere vivir en el Distrito Federal lo cual nos lleva a pensar que llegan a recibir consulta allí porque es el hospital que les queda cerca.

CUADRO NUMERO 2
Sexo del receptor de cuidados

FACTOR	FRECUENCIA	%
SEXO:		
MASCULINO	28	60%
FEMENINO	19	40%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se observa en un 60% de frecuencia que la incidencia se da mas frecuentemente en niños, probablemente porque en ese momento se hospitalizaron mas de este sexo pero por lo general se encuentra la misma incidencia entre cada sexo.

CUADRO NUMERO 3
Edad del receptor de cuidados

FACTOR	FRECUENCIA	%
EDAD EN MESES:		
1-12	24	51%
12	8	17%
13-15	4	8%
18-24	6	13%
29-48	5	11%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se detectó con un 51% de frecuencia que los niños menores de 12 meses de edad son los que se hospitalizan mas frecuentemente, lo cual nos indica que el papel del cuidador presenta mucha importancia en los cuidados de salud del menor en cuestión, este dato es de relevancia para la posterior comprobación de la hipótesis.

CUADRO NUMERO 4
Padecimiento primario del receptor de cuidados

FACTOR	FRECUENCIA	%
PADECIMIENTO PRIMARIO:		
SIN ANTECEDENTES	26	56%
CRISIS CONVULSIVAS	2	4%
PROBABLE CARDIOPATIA	2	4%
CARDIOPATIA CONGENITA	1	2%
FARINGOAMIGDALITIS	1	2%
BRONQUIOLITIS	1	2%
NEUMOPATIA CRÓNICA	1	2%
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	2	4%
GASTROENTEROCOLITIS	1	2%
ANEMIA	1	2%
DISFICULTAD RESPIRATORIA	2	4%
DIARREA Y VOMITO	2	4%
RINOFARINGITIS AGUDA	1	2%
ENFERMEDAD DE REFLUJO	1	2%
TUMOR TESTICULAR IZQUIERDO	1	2%
HIROCEFALIA	1	2%
HEMORRAGIA CRANEAL	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Durante el tiempo de estudio se detectó en un 56% que los pacientes, habían ingresado sin un padecimiento de base, este dato se relaciona con el cuidado, en tanto que se asume que este porcentaje de niños sanos y que el cuidado es determinante en la complicación. No obstante que las enfermedades especificas en cada paciente no se relacionan con las que nos competen, estos pacientes fueron motivo de estudio ya que en este lapso se hospitalizaron por alguna enfermedad respiratoria aguda, diarreica o respiratoria.

CUADRO NUMERO 5
Motivo del ingreso del receptor de cuidados

FACTOR	FRECUENCIA	%
MOTIVO DE INGRESO		
NEUMONÍA	23	49%
GASTROENTEROCOLITIS	14	30%
VOMITO Y FIEBRE	1	2%
BRONQUIOLITIS	4	9%
INTOLERANCIA A LA VIA ORAL	1	2%
TOS Y FIEBRE	2	4%
SÍNDROME FEBRIL	1	2%
CRISIS CONVULSIVAS	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se identifican los padecimientos motivo de ingreso, detectándose un porcentaje elevado con un 79% con las enfermedades motivo de estudio, no obstante se incluyen con un 21% enfermedades que no tienen que ver con el estudio pero que influyen de manera directa con éste ya que se incluyeron porque al momento de realizar las entrevistas algunas madres principalmente, solicitaban se les entrevistara, ya que les interesó el tema que se planteó, realizaban preguntas y tienen demasiadas dudas, referían que les gustaría que les explicaran la forma de cuidar a sus niños ya que en la mayoría de las enfermedades no sabían que hacer, por lo general estos encuestados eran los que se interesaban mas en responder el cuestionario adecuadamente.

CUADRO NUMERO 6
Parentesco del receptor de cuidados con el cuidador directo

FACTOR	FRECUENCIA	%
PARENTESCO		
MAMA	44	94%
PAPA	2	4%
FAMILIAR CERCANO	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se detectó que en un 94% las principales cuidadoras del niño, son las madres de éstos, esto nos conduce a pensar que si la madre es la que asume el principal rol de cuidador hay una controversia de acuerdo al cuadro 18 dándose con un 45% que el principal cuidador del niño no descuida nunca al niño, o por lo menos trata de no hacerlo con un 49%, entonces cómo es que los niños se hospitalicen por estas causas, esto nos conduce a plantear la idea de que entonces existan otros factores que contribuyan a la presencia de datos de complicación.

Por otro lado al recuperar que el 56% de los niños que ingresan sin antecedentes de acuerdo al cuadro 4, lleva a pensar que el cuidado referido por las madres no es tal.

CUADRO NUMERO 7
Escolaridad del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
GRADO DE ESTUDIOS		
PRIMARIA	8	17%
SECUNDARIA	20	42%
PREPARATORIA	15	32%
LICENCIATURA	4	9%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

El principal cuidador tiene estudios con un 74%, superiores o iguales a nivel básico y medio superior, lo que de acuerdo con algunos estudios sobre escolaridad podríamos pensar que estos cuidadores si saben y tienen los conocimientos necesarios para desempeñar su rol de cuidador de manera efectiva, y con esto evitar las enfermedades respiratorias y diarreas y sus complicaciones.

CUADRO NUMERO 8
Edad del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
EDAD DEL CUIDADOR		
MAS DE 20	8	17%
MAS DE 21 MENOS DE 30	24	51%
MAS DE 31	11	23%
MENOS DE 20	4	9%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se consideró como factor importante en el desempeño del rol de cuidador, la edad, se detectó con un 74% que son mayores de 20 años, con lo que se puede establecer la madurez del principal cuidador del niño ya que es imprescindible su manera de actuar en situaciones de urgencia para evitar complicaciones de este tipo de padecimientos, las cuales son totalmente prevenibles.

CUADRO NUMERO 9
Tipo de vivienda con que cuenta el principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
VIVIENDA		
PROPIA	10	21%
LA ESTA PAGANDO	2	5%
ALQUILADA	26	55%
PRESTADA	9	19%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se identificó que en un 74% los principales cuidadores no cuentan con vivienda propia, es un factor importante ya que las personas que pagan renta sus recursos son insuficientes para sacar adelante a su familia y menos aún el poder proporcionarles la calidad de vida y salud que se merecen, no obstante en algunos casos aún trabajando los dos, los recursos son insuficientes para pagar todos los servicios y si trabajan los dos posiblemente descuidarían al receptor, ya que de acuerdo al cuadro número 20 el 7% refieren cuidar al niño únicamente el tiempo que puedan, después de haber ido a trabajar.

CUADRO NUMERO 10
Estado civil del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
ESTADO CIVIL		
SOLTERIA	2	5%
MATRIMONIO	27	56%
DIVORCIO	0	0%
UNION LIBRE	16	34%
CONCUBINATO	2	5%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Con un 90% de frecuencia, el principal cuidador tiene una vida de pareja, esto se relaciona con el cuadro 6 en el que se establece que en un 94% el principal cuidador del niño es su madre y ésta posiblemente, toma las tareas de la casa, o el atender al marido o a la pareja igual de importante como asumir el rol de cuidador, de acuerdo a las costumbres de nuestro país, aunque debería ser más fácil asumir ese rol ya que únicamente se debe dedicar a él sin necesidad de trabajar o por lo menos apoyo emocional.

CUADRO NUMERO 11
Cantidad de hijos del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
CANTIDAD DE HIJOS		
UNO	13	28%
DOS O MÁS	22	47%
TRES Y MENOS DE CINCO	11	23%
SEIS O MÁS DE SEIS	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 70% de frecuencia se encontró que el principal cuidador tiene mas de dos hijos, éstos cuidadores referían el cansancio que sentían al realizar sus diversas actividades y la multiplicación del cuidado de los hijos, percibiéndose que no administran su tiempo, lo que ocasiona cansancio y descuido al rol de cuidador.

CUADRO NUMERO 12
Niños que tiene que cuidar el principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
NIÑOS QUE CUIDAR		
UNO	12	26%
DOS O MAS	23	49%
TRES Y MENOS DE CINCO	11	23%
SEIS O MAS DE SEIS	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 72% el principal cuidador tiene que cuidar a mas de dos niños, lo cual tiene congruencia con el cuadro anterior solo que en un porcentaje mas elevado en este cuadro porque muchas de las veces eran niños ajenos que tenía que cuidar que no eran sus hijos, además de la fatiga que refieren sentir al realizar diversa actividades de la casa y tener que cuidar a sus hijos, no obstante el cuidar niños ajenos contribuye a expresar su mala administración de tiempo descuidando el rol de cuidador.

CUADRO NUMERO 13
Ocupación del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
OFICIO		
ESCUELA	0	0%
HOGAR	38	80%
EMPLEADO	7	15%
NEGOCIO	2	5%
TOTAL	47%	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 60% de frecuencia, la mayor actividad que realiza el cuidador es el hogar, esto se podría describir como la tarea que origina mayor cansancio ya que de acuerdo al cuadro numero 17 en un 39%, las actividades de la casa son múltiples y originan fatiga, esto reeditúa notablemente en el descuido del rol de cuidador, dato que origina importancia para la posterior comprobación de la hipótesis.

CUADRO NUMERO 14
Conductas detectadas en el receptor de cuidados

FACTOR	FRECUENCIA	%
CONDUCTAS		
ES GROSERO	0	0%
NO OBEDECE	4	9%
NO COME	5	11%
TIENE ALGUNA ENF. MENTAL	0	0%
TIENE GASTROSTOMIA	2	4%
NINGUNA	36	76%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se trató de identificar si alguna conducta influye para el descuido del rol de cuidador, como alguna atención especial, pero descubrimos que en un 76%, ninguna actitud influye o tiene relación con el cuidado, o probablemente se traduzca en datos erróneos, éstos deben tomarse con reserva. Sin embargo es explicable porque la mitad de los niños detectados en este estudio son menores de un año de edad.

CUADRO NUMERO 15
Capacidad del cuidador para conseguir trabajo AUTOESTIMA

FACTOR	FRECUENCIA	%
TRABAJO LO ENCUENTRA		
NUNCA	2	4%
NO HAY PARA MI	0	0%
LO QUE HAGO BIEN SOLO ES CUIDAR	0	0%
ES DIFÍCIL CONSEGUIRLO	5	11%
NO PIENSA TRABAJAR	6	13%
SI LO ENCONTRARÍA	29	62%
NO TIENE NECESIDAD	2	5%
NO LO BUSCA	2	5%
NO SABE	1	2%
TOTAL	47	100%
FACTOR	FRECUENCIA	%
TRABAJO LO HA RECHAZADO		
A VECES	24	51%
NO ME LO HAN OFRECIDO	15	32%
NUNCA	8	17%
CONTESTA CON INSEGURIDAD	0	0%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se pretendió conocer aspectos de autoestima y si ésta influía en el descuido del rol de cuidador, en un 62% se encontró que no tenían algún problema en conseguir empleo, aunque hay que aclarar que muy pocas son profesionistas y el empleo que busca la mayoría es doméstico, también se intentó conocer si sentían ira contra el receptor en cuanto a que por tener que cuidarlo a él, rechazaban ofertas de trabajo, y es que en un 51%, si rechazaban el trabajo por asumir el rol de cuidador aunque ninguna atribuyó a que por ese motivo tuvieran o hayan tenido que descuidar al receptor, o reflejaran su ira contra él.

CUADRO NUMERO 16
Ingreso mensual del principal cuidador

FACTOR	FRECUENCIA	%
INGRESO MENSUAL		
MENOS DE 1500	6	13%
DE 1501 A 2500	15	32%
DE 2501 A 3500	16	34%
NO QUISO CONTESTAR	2	4%
MAS DE 4000	8	17%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

La situación económica que prevalece en nuestro país origina muchas veces diversos factores entre ellos el descuido y la falta de atenciones hacia el receptor, se encontró que en un 66% tienen un ingreso menor de 3500, no obstante, de tener mas de dos hijos de acuerdo con el cuadro número 11 con un 70%, lo cual contribuye al descuido del rol de cuidador ya que no tiene recursos económicos suficientes, paga renta con un 55%, así como pago de los diversos servicios en casa por lo que no le alcanza para tenerlos en condiciones de salud.

CUADRO NUMERO 17
Cómo considera el cuidador sus diversas actividades

FACTOR	FRECUENCIA	%
LAS CONSIDERA:		
MÚLTIPLES	12	26%
REQUIEREN MUCHO TIEMPO	2	4%
OCASIONAN FATIGA	6	13%
NO LE ORIGINAN PROBLEMA	18	38%
COMPARTE ACTIVIDADES CON SU ESPOSO	9	19%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Refleja en un 39% que las diversas actividades son múltiples y ocasionan fatiga, el 57% refiere que no le ocasionan problema y que las comparte con su pareja, situación que lleva a reflexionar que de ser así, el niño no se enferma por descuido, sino por otras razones, esto se traduce en que muy probablemente el principal cuidador le tome igual de importancia a realizar las actividades de la casa como (barrer, planchar, lavar, etc) que el asumir el rol de cuidador, lo cual debería tener mayor prioridad.

CUADRO NUMERO 18
¿Al realizar actividades descuida al receptor?

FACTOR	FRECUENCIA	%
DESCUIDO POR REALIZAR ACTIVIDADES		
NUNCA	21	45%
A VECES	2	4%
TRATO DE NO HACERLO	23	49%
LA MAYORÍA DE VECES	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Un 45% refiere que nunca descuidan al receptor, y con un 49% que tratan de no hacerlo, con lo que se traduce que de acuerdo al cuadro numero 17, probablemente le toman igual importancia a realizar sus actividades que a asumir el rol de cuidador, por otro lado habría que analizar que las enfermedades respiratorias y diarreicas están directamente relacionadas con el cuidado, al parecer la percepción de quien asume el rol de cuidador es que puede con todo.

CUADRO NUMERO 19
¿Se siente obligado a asumir el rol de cuidador?

FACTOR	FRECUENCIA	%
SI PORQUE:		
HAY PROBLEMAS FAMILIARES	1	2%
SUS PAPAS NO LO CUIDAN	4	9%
SUS PAPAS LO MALTRATAN	0	0%
RESPONDE NO	40	85%
SUS PAPAS FALLECIERON	2	4%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 85% no se sienten obligados a asumir el rol de cuidador, pero un 15% si, ya que existen factores ajenos al cuidador para asumir ese rol, abiertamente no refieren que se sienten obligados, no obstante podría contribuir a la aparición de enfermedades motivo de estudio, por las cuales se hospitalizaron, ya que al asumir un rol, el cuál muchas de las veces no les corresponde probablemente podrían descuidarlo y favorecer factores de riesgo, por otro lado se interpreta como que no es una obligación pero si una responsabilidad.

CUADRO NUMERO 20
Tiempo dedicado al cuidado de los niños

FACTOR	FRECUENCIA	%
TIEMPO DE CUIDADO		
MEDIO DIA	8	17%
DE DOS A CUATRO HORAS	2	4%
UNA HORA	0	0%
PERMANENTE	34	72%
TIEMPO QUE PUEDA	3	7%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se detectó que en un 72% el principal cuidador queda permanentemente al cuidado de los niños, que únicamente se dedica a asumir el rol de cuidador que no trabaja pero que tiene que realizar las diversas tareas del hogar, que "trata" de no descuidarlos con un 49%, pero que no obstante los encames hospitalarios muestran con un 65% que las enfermedades que mas hospitalizaciones originan son las enfermedades agudas respiratorias y diarreicas, que son totalmente prevenibles y de ser cierto que los principales cuidadores permanecen al cuidado de los niños permanentemente, nos lleva a reflexionar el por qué se dan las complicaciones por estas enfermedades, y si el cuidado esta relacionado con ellas directamente.

CUADRO NUMERO 21
¿Cuenta con todos los recursos en su comunidad?

FACTOR	FRECUENCIA	%
CUENTA CON:		
AGUA POTABLE	1	2%
ALCANTARILLADO	0	0%
CAMION RECOLECTOR DE BASURA	0	0%
ESTUFA DE GAS	0	0%
TODOS LOS SERVICIOS	42	89%
DOS SERVICIOS	1	2%
TRES SERVICIOS	3	7%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Otro factor importante para prevenir complicaciones en estas enfermedades agudas es conocer si cuentan con una disposición de excretas adecuada, agua potable, etc. Se detectó con un 89% que cuentan con todos los recursos, de ser así, podremos pensar en otros factores que probablemente influyen en las complicaciones por estas enfermedades motivo de estudio.

CUADRO NUMERO 22
Distancia del servicio de salud en su comunidad

FACTOR	FRECUENCIA	%
CERCANIA DEL SERVICIO		
MENOS DE 1KM	43	91%
A UN KM	0	0%
MAS DE DOS HORAS	3	7%
OTROS	0	0%
NINGUNO	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Probablemente las complicaciones por las enfermedades motivo del estudio se agravaban por la falta de una unidad de asistencia medica cerca del domicilio por lo que se formuló este reactivo, detectándose en un 43% que si contaban con algún servicio cerca de su domicilio lo que conduce a pensar que probablemente los receptores se complicaban por la falta de capacidad para detectar signos de alarma por consiguiente no se podía actuar con rapidez, presentándose las consecuentes complicaciones.

CUADRO NUMERO 23
¿Utiliza el servicio de salud de su comunidad?

FACTOR	FRECUENCIA	%
RESPONDE NO PORQUE:		
COBRAN	3	6%
NO LO ATIENDEN	0	0%
NO HAY PEDIATRA	6	13%
NO LO QUIERE LLEVAR	9	20%
NO HA HABIDO URGENCIA	0	0%
ES MUY TARDADO	1	2%
NO LO NECESITA	3	6%
TIENE MEDICO PARTICULAR	1	2%
LE QUEDA LEJOS	1	2%
RESPONDE SI PERO:		
NO LO ATIENDEN BIEN	3	6%
SE VUELVE A ENFERMAR	3	6%
NO LE DAN MEDICINAS	1	2%
SOLO CUANDO EMPEORA	1	2%
SOLO CON SINTOMAS LEVES	1	2%
SI LO ATIENDEN BIEN	5	11%
SOLO A VACUNAR	6	14%
SOLO A REVISIÓN	1	2%
SOLO EN UNA URGENCIA	2	4%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo al cuadro No. 22 los principales cuidadores tienen cerca una unidad de asistencia médica pero este cuadro muestra en un 20% no lo quieren llevar a recibir atención médica solo porque creen no necesitarlo, que son síntomas pasajeros que con algún remedio en casa pueden controlarse, en un 12% que si lo llevan pero que se vuelve a enfermar, con esto podemos pensar que probablemente la calidad de la atención médica no es tal, por lo que los cuidadores prefieren tratarlo en su casa, también porque refieren en un 13% que las unidades de asistencia no cuentan con médico pediatra por lo que consideran innecesario llevarlo a recibir atención médica. Solo en un 11% refieren que en las unidades si los atienden bien.

CUADRO NUMERO 24

Le proporcionan información cada vez que va a esa unidad de asistencia

FACTOR	FRECUENCIA	%
LES BRINDAN INFORMACIÓN		
NUNCA	26	55%
A VECES	8	17%
NO LE DA IMPORTANCIA	0	0%
SIEMPRE	13	28%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 55% refieren que no se les brinda información sobre las enfermedades agudas respiratorias y diarreicas, a su vez que les gustaría que les obsequiaran folletos que dijeran la manera de cuidar a sus hijos ya que ellas no sabían como poder prevenir esas complicaciones, conviene reflexionar en si la Educación para la Salud es una demanda de los cuidadores o es una forma de eludir su responsabilidad.

CUADRO NUMERO 25
 Conoce los padecimientos más comunes en los niños

FACTOR	FRECUENCIA	%
CUANTAS ENFERMEDADES CONOCE		
NINGUNA	2	14%
UNA	7	15%
DOS Y MAS	37	79%
CONTESTA CON INSEGURIDAD	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 79% el cuidador si conoce las enfermedades, esto nos llevaría a pensar que el cuidador si sabe de los padecimientos, aunque en el cuadro número 30 se identificó que refieren no saber como prevenir complicaciones, esto nos lleva a pensar que por tener tanto trabajo en la casa es imposible detectar a tiempo si los receptores presentan algún síntoma, y también conducirnos a reflexionar que no se desempeñan su rol de cuidador adecuadamente.

CUADRO NUMERO 26
 ¿Sabe que hacer en caso de que el niño bajo su cuidado enferme?

FACTOR	FRECUENCIA	%
REALIZA ALGUNA MEDIDA DE ACCION		
NUNCA	5	11%
SIEMPRE	23	49%
CON FRECUENCIA	18	38%
NO ESTA SEGURA	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

El 49% refiere si saber que hacer siempre, con frecuencia en un 38%, por lo cual se considera alarmante ya que si saben como tratar estas enfermedades es penoso que existan tantos encames hospitalarios por este tipo de enfermedades, que de ser cierto que saben, entonces probablemente no actúan de manera rápida para prevenir alguna complicación en las enfermedades motivo de estudio. O en su caso ignoren cómo cuidar a sus hijos y como prevenir complicaciones.

CUADRO NUMERO 27
¿Sabe cuáles son los síntomas de la diarrea?

FACTOR	FRECUENCIA	%
¿CUANTOS MENCIONA?		
UN SÍNTOMA	4	9%
DOS Y MAS	36	76%
MENCIONA OTROS	0	0%
NO SABE	7	15%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Este cuadro en congruencia con el anterior nos lleva a pensar que los cuidadores dicen conocer, lo anterior no parece reflejarse en la declaración que necesitan folletos informativos, podría pensarse que no se declara abiertamente que se ignoran los síntomas.

CUADRO NUMERO 28
Cuando decide llevar al niño al medico si presenta algún síntoma?

FACTOR	FRECUENCIA	%
EN QUE MOMENTO LO LLEVA AL MEDICO		
AL PRIMER SÍNTOMA	30	64%
A LAS DOCE HORAS	12	26%
A LAS 24 HORAS	4	8%
MAS DE 24 HORAS	0	0%
NO SABE	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Una de las maneras de prevenir las complicaciones es detectar los síntomas y actuar a tiempo en un 64% refieren que al primer síntoma lo llevan, es de pensarse por qué llegan en ocasiones tan complicados, mas aún cuando casi es irreversible o tienen que permanecer mucho tiempo en el hospital, probablemente de igual manera sean datos subjetivos, que nos puedan llevar a conclusiones equivocadas.

CUADRO NUMERO 29

Sabe usted que es la Terapia de hidratación oral para evitar la deshidratación que se proporciona en casa

FACTOR	FRECUENCIA	%
¿SABE CUAL ES?		
SI SABE	16	34%
NO SABE	5	11%
MAS O MENOS	25	53%
NO SABÍA QUE EXISTIA	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

El 53% conoce regularmente la Terapia de Hidratación Oral aunque no la lleven a cabo ni la apliquen a la perfección sólo un 34% la conoce bien y la aplica probablemente con esto nos damos cuenta que de acuerdo al cuadro numero 27, nos hayan dado datos no verdaderos ya que para aplicar ésta, se necesita conocer signos y síntomas de la enfermedad.

CUADRO NUMERO 30

¿Conoce las medidas de prevención de la diarrea, y las complicaciones de ésta?

FACTOR	FRECUENCIA	%
MEDIDAS DE PREVENCIÓN MENCIONA:		
NINGUNA	6	13%
SOLO UNA	5	11%
MAS DE DOS	28	59%
TODAS	8	17%
TOTAL	47	100%
FACTOR	FRECUENCIA	%
COMPLICACIONES MENCIONA:		
UNA COMPLICACIÓN	17	36%
MAS DE DOS	4	9%
MENCIONA OTRAS	26	55%
NO SABE	0	0%
TOTAL		

DESCRIPCIÓN:

En el 59% se detectó que si conocen las medidas de prevención para la diarrea pero no saben las complicaciones que trae consigo esta enfermedad, ya que en un 55% mencionan otras, que corresponden a otros padecimientos.

CUADRO NUMERO 31
¿Conoce el sobre Vida Suero Oral?

FACTOR	FRECUENCIA	%
CONOCE COMO MÍNIMO EL SOBRE		
NADA	0	0%
POCO	7	15%
SOLO LO HA ESCUCHADO	1	2%
NO SABIA QUE EXISTE	0	0%
LO CONOCE BIEN	39	83%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

Se detectó que en congruencia con el cuadro numero 29 que el 34% refirió que si sabe de la Terapia de Hidratación oral que se proporciona en casa y el 53% refirió que mas o menos la conoce, es un factor fundamental ya que para aplicar la Terapia de Hidratación Oral que se proporciona en casa deben conocer bien el sobre Vida Suero Oral, lo cual concuerda con el 83% detectado que si conocen el sobre.

CUADRO NUMERO 32
¿Que tanta información tiene sobre las enfermedades respiratorias?

FACTOR	FRECUENCIA	%
QUE TANTO SABE:		
NADA	12	25%
POCO	29	62%
NO LE INTERESA	0	0%
DICE TODO DE ESTAS	6	13%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

El 62% refiere contar con poca información al respecto, refieren que les gustaría contar con esa información ya que así hubiesen prevenido alguna de sus complicaciones. Durante la entrevista se demandó Educación para la Salud acerca del tema, lo que lleva a reflexionar que los cuidadores no saben o no tienen información sobre el cuidado y la prevención de complicaciones pero no saben como buscarla, lo esperan del profesional de salud, por lo que me sugieren realizar pláticas pero llamativas para evitar que otros niños lleguen a estar hospitalizados por estas causas prevenibles.

CUADRO NUMERO 33
Diga los síntomas de una enfermedad respiratoria aguda

FACTOR	FRECUENCIA	%
CONOCE :		
NINGUNA	16	34%
MENCIONA UNA	4	9%
MAS DE DOS	25	53%
NO ESTA SEGURO	1	2%
NO SABE	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCIÓN:

En un 53% menciona dos síntomas pero no los identifican como signos de alarma por el contrario dejan que transcurra demasiado tiempo para actuar, de acuerdo al cuadro numero 28 que presenta una frecuencia del 26% que lo lleva al médico a las doce horas, tiempo fundamental en el cual se podrían prevenir complicaciones, si se actúa tiempo.

CUADRO NUMERO 34

¿Cuál es su primera medida de acción al observar un síntoma de enfermedad respiratoria aguda severa?

FACTOR	FRECUENCIA	%
¿QUÉ HACE?		
ACUDE CON EL VECINO	0	0%
LE LLAMA A UN FAMILIAR	5	11%
MINISTRA MEDICAMENTOS	6	13%
ACUDE AL MEDICO	35	74%
LO TRATA EN CASA	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCION:

En un 74% los cuidadores saben que hacer y refieren llevarlo al médico, pero sin embargo en nuestra cultura, a pesar de la información masiva que se proporciona de las enfermedades agudas sobre todo las diarreas y respiratorias, se insiste en llamarle a un familiar y que este le diga que hacer como es el caso de los maridos, ya que si no les autorizan a llevarlo al médico no los llevan y con esto contribuyen a presentar complicaciones que podrían ser irreversibles. Lo anterior fue declarado por los informantes.

CUADRO NUMERO 35
¿Conoce las medidas de prevención de una diarrea?

FACTOR	FRECUENCIA	%
¿CUÁNTAS MENCIONA?		
NINGUNA	13	28%
SOLO UNA	5	10%
MAS DE DOS	29	62%
NO LE INTERESA	0	0%
NO SABE	0	0%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCION:

Un 62% declara si conocer las medidas de prevención de una diarrea, pero no se encuentra algún factor que influya para que los receptores enfermen y en ese momento se encuentren hospitalizados siendo que la mayoría de los encuestados aseguró conocer las medidas de prevención, situación que lleva a considerar cuáles son los motivos por los que los niños se compliquen si al parecer no se ignora la prevención.

CUADRO NUMERO 36

Si el niño bajo su cuidado presenta alguna enfermedad, Ud. Lo lleva al médico, este le receta tratamiento.

FACTOR	FRECUENCIA	%
EL TRATAMIENTO USTED:		
NO LO SIGUE	0	0%
LO SIGUE HASTA QUE MEJORA Y ABANDONA	11	23%
LO SIGUE ADECUADAMENTE	33	71%
NO CONFLA EN LAS MEDICINAS	2	4%
LO SIGUE, NO MEJORA Y ABANDONA	1	2%
TOTAL	47	100%

DESCRIPCION:

Con un 71% refieren seguir el tratamiento al pie de la letra lo que nos lleva a pensar descartar esto como un factor predisponente para la aparición de complicaciones que son irreversibles en la mayoría de los casos, pero se detecta un 23% que refieren que al momento de mejorar abandonan el tratamiento, esto si puede predisponer al agravamiento de las enfermedades motivo de estudio. Este dato es relevante para la posterior comprobación de la hipótesis.

DISCUSIÓN

El 62% de los encuestados en esta investigación refieren conocer las medidas de prevención de una diarrea y a nivel cultural de acuerdo con Columbia Medica los estudios que publicó son similares con la presente investigación ya que en el caso de las madres las cuales son el principal cuidador del afectado saben reconocer los síntomas, lo cual nos conduce a pensar que la cultura no permite lograr la prevención de estas enfermedades aunque se conozcan las medidas precautorias, ya que al detectar signos y síntomas de sus hijos o niños bajo su cuidado, optan por aplicarles medicamentos sin llevarlos antes al médico darles preparaciones con hierbas u otros remedios naturales, también se relaciona con nuestra investigación ya que en un 4% la gente no confía en las medicinas con lo consiguiente tampoco confía en los médicos y este tipo de cuidadores confían mas en tratarlos en casa.

Como en el estudio de Columbia Medica, los cuidadores llevan a los niños al hospital también hasta que ven que los síntomas son muy notorios y que ningún preparado les funciona para curar la enfermedad, pero a veces ya en una etapa crítica de la enfermedad como en el caso de nuestra investigación que el 26% de los entrevistados decide llevarlo al médico a las doce horas de evolución de la enfermedad.

Columbia medica realizó un estudio de 1995 hasta 1998 en el cual se refieren datos que se vinculan al presente estudio se pueden afirmar algunas cosas de acuerdo a los factores social y económico; como es el caso de que la IRA es una de las principales causas de morbi-mortalidad que afectan principalmente a la población infantil y en especial a menores de 1 año de edad. Lo planteado en esta investigación, está de acuerdo con la nuestra en que las variables, edad, escolaridad, ocupación de la madre o el cuidador, el número de niños que tiene que cuidar y edad de estos. Son factores decisivos para la aparición de factores de riesgo.

Los resultados de nuestra investigación, están de acuerdo con lo publicado en la revista Boletín Fin del milenio, ya que la enfermedad respiratoria aguda, es uno de los problemas más importantes en la mayoría de los países en desarrollo, ubicándose entre las primeras cinco causas de mortalidad en los niños menores de cinco años, y más en niños menores de 12 meses de edad. Asimismo, el mayor número de episodios de neumonía en países desarrollados es causado por virus, sin embargo en países en desarrollo mas de la mitad de los casos de neumonías se deben a bacterias, predominando el *Streptococcus pneumoniae* (30%) y *Haemophilus influenzae* (27%). La concurrencia de neumonía bacteriana por *Haemophilus influenzae* es muy frecuente en niños menores de dos años; se calcula que la mitad de las neumonías que se hospitalizan en centros de tercer nivel de atención es causada por este germen.

El Dr. Mario Cerda publicó en la revista Salud e Hijos un artículo que se relaciona con esta investigación, acerca de que los niños mas afectados son los varones de 3 a 6 meses de edad que no han sido alimentados al pecho y que viven en condiciones de sobrepoblación y hacinamiento o conviven con muchos niños. De acuerdo con la nuestra son los menores de tres años de edad y también

son los que viven en las mismas o similares condiciones. La mortalidad de los niños que sufren esta enfermedad puede llegar de un 1 a 3%, dependiendo de las condiciones sanitarias de la región y de la premura con que los padres consultan, si el niño se agrava. Los niños que fallecen, más frecuentemente son aquellos menores de tres meses de edad o los que presentan condiciones agravantes como enfermedades crónicas respiratorias o cardíacas y con antecedentes de prematurez extrema y displasia bronco pulmonar.

Los factores encontrados en esta investigación tienen relación con los factores mencionados en la bibliografía que complementa esta investigación, ya que los factores que hacen que la enfermedad respiratoria aguda sea más grave en el niño, son cuyos padres fuman cigarrillos y viven en un ambiente contaminado con vapores irritantes como los de la calefacción de combustión interna (kerosene).

CONCLUSIONES

Se redactaron las preguntas del instrumento de recolección de información que sirvieron de base para la entrevista, fue necesario establecer los posibles factores de acuerdo con NANDA Diagnósticos 2003-2004, que pudieran ser condicionantes de las complicaciones agudas, ya que cada vez que llega un niño a hospitalizarse por estas enfermedades agudas se percibe la necesidad de que a la gente se le instruya sobre medidas preventivas.

La presente investigación mostró con respecto a los factores relacionados al rol de cuidador, que las personas encuestadas en su mayoría son de bajo ingreso económico, la situación económica de las familias es un determinante en las condiciones de vida, es evidenciado con un 50% en que las madres trabajan para sostener su casa y a sus hijos, junto con los padres. Esto demuestra que posiblemente no haya suficiente tiempo para hacerse cargo de los niños cuando están sanos y menos aún cuando por desgracia llegan a enfermar, lo que propicia la presencia de complicaciones y consecuentemente el encame hospitalario.

Por otro lado se estudió el nivel de escolaridad como uno de los factores relacionados al rol de cuidado predominando los estudios de secundaria. Sin embargo se pudo observar que no hay un conocimiento asertivo sobre las medidas de prevención de las enfermedades y sus complicaciones, ya que el nivel cultural de las madres, que es otro factor relacionado importante, no considera necesario la intervención del equipo de salud, en tanto que se realizaban medidas de tratamiento casero y solo se recurría a los servicios médicos hasta que se agravaban los síntomas por lo que se detecta como uno de los posibles factores que pudieron verse involucrados para propiciar las complicaciones o encames hospitalarios.

Se reconoció la gravedad de las enfermedades agudas respiratorias y diarreicas y sus complicaciones principalmente que causan desequilibrio a la dinámica familiar, ya que esto demostró que la gente ignora la importancia de la prevención asumiendo que la curación lo resuelve todo, existe un conocimiento sobre manejo de deshidratación por ejemplo, pero no sobre la identificación de complicaciones que comprometen la vida.

Durante la realización del estudio se pudo observar, al interactuar con los entrevistados, que pretenden reflejar conocimiento acerca de los problemas de salud de los menores, sin embargo al realizar las preguntas estructuradas y explorarlos se encontró que desconocen el problema, su gravedad y su manejo; por lo que culturalmente habrá que establecer estrategias, que generen confianza de la población hacia el profesional de la salud y éste no asuma una postura de saber todo, y refleje una actitud de colaboración y de comprensión.

Como equipo de salud es pertinente conocer los aspectos anteriores para comprender las causales de las complicaciones en los niños, si bien es cierto que el cuidado de los menores está bajo la responsabilidad del cuidador, también es cierto que el cuidador requiere de apoyo y asesoría permanente en el cuidado de los menores, nuestro deber es desempeñar el mejor papel en la atención primaria. El estudio mostró en opinión de los usuarios que no han recibido apoyo y asesoría por parte del equipo de salud, por lo que se consideraría otro estudio que explore

la calidad de la atención de los prestadores de servicios y posteriormente correlacionar la información.

Como factor relacionado predominante se encontró que no se identifican las complicaciones, no se le da la importancia a la gravedad de la enfermedad, este parece ser un punto más cultural, que de conocimiento, puesto que la percepción de la salud y la enfermedad es una interpretación cualitativa de las personas, los estudios relacionados muestran que las enfermedades diarreicas son tomadas como parte del estilo de vida, y existe poca confianza en la eficacia de los tratamientos a base de hidratación oral.

Por otro lado se conocieron sus dudas, temores e incertidumbre del manejo y cuidados de los niños, la gente expresó su gratitud ya que refieren que es muy bueno que alguien se interese en sus hijos, estuvieron de acuerdo y gustosas en colaborar con la investigación ya que se pusieron en el lugar de la gente que afortunadamente no ha tenido necesidad de padecer en una unidad hospitalaria del tercer nivel de atención, la angustia de tener a un hijo hospitalizado, máxime complicado con estas enfermedades agudas.

Con lo anterior se puede apreciar que la población es receptiva a la educación para la salud y la promoción de la salud, pero quizá con un trato más personalizado y con el establecimiento de un vínculo de confianza con el personal de enfermería.

La realización de las entrevistas presentó la problemática de que los términos aunque cotidianos no fueron lo suficientemente comprensibles para los entrevistados, razón por la cuál se decidió contextualizar la entrevista, otro aspecto es que la mayoría de los casos expresó que era la primera vez que se hospitalizaba el menor y por lo tanto se tuvo que explicar "que era una complicación" por ejemplo. Por otro lado preguntaban sobre su convivencia diaria, alimentación y hábitos higiénicos, al establecer la confianza con enfermería.

Lo anterior pone de manifiesto que los factores relacionados inherentes al cuidado, relacionados con la presencia de complicaciones, son en mucho de tipo social y cultural, por lo que enfermería deberá considerar estos aspectos para la permanente educación para la salud y la promoción de la salud.

Cabe decir que existe la demanda de información para la salud a manera de guía en la que se les fuera explicando que dar de comer, que enfermedades son más comunes en la infancia, que hacer en cada caso que observaran anormal, que hacer o como detectar los síntomas principales de las enfermedades motivo de estudio, o que influye para provocarlas, es decir necesitaban algo más que una "simple" plática, aunque se trató de explicar y aclarar sus dudas a medida de lo posible no lo consideraron suficiente aunque si mostraban mayor entusiasmo y se mostraban más cooperadoras, incluso algunas pidieron ser entrevistadas ya que les interesaba el tema y se disponían totalmente a cooperar.

Lo cual puede demostrar que la gente **SI** necesita información, **SI** necesita educación y **SI** necesita una "guía", la cual les aclare sus dudas, entendiendo por guía no únicamente un documento impreso sino la consultoría, la asesoría y eventualmente la visita domiciliaria. **SI** necesitan a alguien que los lleve de la mano en el cuidado de sus hijos.

PROPUESTA

Al concluir la presente investigación, se lograron los objetivos planteados. ya que se detectaron los factores inherentes relacionados al cuidador que propician las complicaciones por las enfermedades agudas motivo de estudio en los niños dependientes totalmente de un cuidador, al interactuar con los entrevistados, además se pudieron conocer sus dudas e incertidumbre con respecto a las enfermedades por las cuáles sus niños se encontraban hospitalizados, manifestando gran necesidad de tener los elementos necesarios para poder prevenir estas complicaciones.

El objetivo principal sería el disminuir los encames hospitalarios, por las complicaciones de las enfermedades agudas diarreicas y respiratorias, para lo cual partiría de la demanda con que la gente solicita una guía, la cual les aclare sus dudas y la manera de cuidar a los pequeños. La propuesta es:

Realizar una guía la cuál tenga los puntos específicos, con los signos de alarma y los síntomas de estas enfermedades, su tratamiento y curación, entendiéndose por guía no solo un instrumento escrito, sino un fuerte trabajo de educación y promoción para la salud, con estructura y enfoque que apoyen el rol de cuidador considerando los factores relacionados encontrados en la presente investigación y con ello asesorar en el cuidado del menor y prevención de complicaciones. Interactuando con la población, generando confianza de ésta hacia el profesional de salud asumiendo una postura no de saberlo todo, sino reflejando una actitud de colaboración y de comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conesa, Juana Maria, Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método
2. NANDA Diagnósticos Enfermeros 2003-2004
3. NELSON Manual de Pediatría 16ª ed.
4. Piédrola, Med. Preventiva y Salud Pública 10ª edición 2001
5. Restrepo/Malaga Programa de Salud 1ª ed. 2001
6. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva; Manual de Normas y Procedimientos México, 1990
7. Barquin Manuel, Historia de la Medicina, 3ª ed. UNAM, México, 1977.
8. Secretaria de Salud, Organización Panamericana de Salud, UNICEF-México, Memorias del V Curso Internacional "Avances en enfermedad diarreica y desequilibrio Hidroelectrolítico" México, 1991.
9. Lindthorn B. Famine in southern Etiopia 1985-1986 Malnutrition, diarrhoea and death. Trop Geogr Med 1990, 42: 365-9
10. Bhandari N, Bhan MK, Sazawai S, Clemens JD, Bhatnagar S Khoshoo V. Association of antecedent malnutrition with persistent diarrhoea: a case-control study. BMJ 1989;298:1247-7
11. Vázquez-Resenos C, Shamahh LT. Conceptualización y causalidad de la diarrea infantil en zonas rurales, Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1996, 53:367-73
12. Arrieta, Ramiro, Cravioto, Joaquín; Influencia de la estimulación disponible en el hogar y de la interacción madre-niño sobre la presencia y la duración de la diarrea en el lactante menor, Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. Vol. 47 Número 4 Abril 1990.
13. Mota HF, Bross SD, Pérez RML, Velásquez JL Rice Solution and World Health Organization Solution by gastric infusion for high stool output diarrhea. Am J Dis Child 1991; 145: 937:40
14. Gore SM, Fontaine O Pierce NF, Impact of rice based oral dehydration solutions on stool output and duration of diarrhea: a meta-analysis of 13 clinical trials. BMJ 1992; 287:91.
15. Mota Hernández, Felipe; Ignorancia en el manejo de las diarreas. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. Vol. 53-Número 8 Agosto 1996
16. Scott David Lippe, Tripodi, Joseph, D.O. Rev. Mundo Médico 1999.
17. Rev. Inf. Cientif. y tecnológica, México 1992
18. Boletín, Fin de Milenio 1998-1999
19. Cerda, Mario, Salud e hijos/ bronquiolitis Año 2000
20. Rev. Columbia Médica 2001; 32:41-48
21. Rev. Sal. Púb. de México Vol.44 Ene-Feb 2002
22. Rev. Sal. Púb. de México Vol.44 May-Jun 2002
23. Rev. Sal. Púb. de México Vol.44 Jul-Ago 2002
24. Bello F N., Fenton T M., Yera L A. 1988. Proceso de atención de enfermería: necesidad de cambio. En Rev. Cubana de Enfermería. 4(3), pp11-27.
25. Collière MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros, en Rev. Rol., Vol. 22 (1) 1999.
26. Collière, M.F., Promover la vida. Mc Graw-Hill, Interamericana, Madrid, p.16. 1997,

27. Editorial Porrúa, 4° ed. Ley General de Salud, México, 1989, pp. 396-399
28. López R J., Olive F M., Segura G J. 1994, Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en las prácticas clínicas del estudiante en Enfermería Clínica, 4(6), pp. 256-259
29. Mendoza S M. 2002 Conocimiento y percepción del P.A.E. post intervención educativa en Desarrollo Científico de Enfermería 10(3), pp. 71-75.
30. Polit D., Hungler B., 1997. investigación Científica en Ciencias de la Salud, Mc. Graw-Hill Interamericana, 5ª ed. P 149.
31. Anaya CML. Guiscafre GH. Gutiérrez CC, Villa CS. Mota HF Factores de riesgo asociados a deshidratación por diarrea aguda, después de recibir consulta pediátrica. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 2001, 58 4-13.
32. Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, 1988. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta sobre morbilidad, mortalidad y tratamiento de diarreas en 1985.
33. Cravioto A, Reyes Le, Ortega R, Fernández G, Hernández R, López D. Incidencia y etiología de la diarrea aguda durante los primeros dos años de vida de una cohorte de niños rurales. Bol Med Hosp. Infant Méx 1987: 44:316.
34. Mota-Hernández F, Tapia-Conyer R, Welti C Franco A, Gómez-Ugalde J, Garrido MT. Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar en algunas regiones de México> Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1993; 50: 367-72.
35. Mota HF. Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas, 1983-1986. Evaluación y perspectivas. Salud Publica Méx. 1987; 29: 268-74.
36. Mota HF. Avances en el control de las enfermedades diarreicas. La experiencia de 10 años en México. Testimonios, resultados y perspectivas. México: Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas, 1994.
37. Velásquez JL, Kane QJ, Puente TME, García FML, Ruiz BE, Mota HF. Utilidad de bebidas de uso común en el hogar para niños con diarrea. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1987;44:789-90.
38. Velásquez JL, Mota HF, Kane QJ, y col. Frecuencia de vómitos en pacientes con diarrea hidratados por vía oral. Bol. Med. Hosp.. Infant. Méx. 1986; 43:353-8.
39. Leyva LS, Mota HF. Manual de consulta educativa en diarreas. México: Ediciones Medicas del Hospital Infantil de México, 1994.
40. Mota HF, Gutiérrez CC, Cabrales MRG. Trastornos hidroelectrolíticos e hidratación oral en diarreas. Bol Med Hosp. Infant Méx 1995; 52: 490-9.
41. Dirección General de Epidemiología, SSA., Encuesta Nacional de Morbilidad, Mortalidad y Tratamiento de Diarreas en México en 1985. México 1988.
42. Mota HF. La hidratación oral en niños con diarrea. Rev. Sal Púb. Méx 1984; 26 (Suplemento 1): 7-30.
43. Gutiérrez G y col. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos y de hidratación oral en la diarrea infecciosa aguda en el medio rural mexicano. Bol Med Hosp Infant Méx 1987; 44: 582-588.
44. Torregrosa FL, Olarte J, Rodríguez SR y col. Enfermedades Diarreicas en el niño. 9ª. Ed. Ediciones Medicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez. México, 1988.
45. Muñoz O, Torres J. Avances en los criterios diagnósticos y terapéuticos en diarrea aguda. Gaceta Medica Méx 1992; 128:573-580.

46. Gutiérrez G, Martínez M, Guiscafre H, Gómez G, Peniche A, Muñoz O. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos y de hidratación oral en la diarrea infecciosa aguda en el medio rural mexicano. *Bol med Hosp. Infant. Méx.* 1987; 44:582-588.
47. Mota HF, Pérez CA, Velásquez JL. Impacto del Servicio de Hidratación Oral sobre la hospitalización de niños con diarrea en un hospital de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp.. Infant Méx.* 1987;44:260-264.

ANEXOS

ANEXO "A"
(INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN)

El instrumento de recolección de la información expuesto se estructuró tomando en cuenta las etiquetas diagnósticas del Rol de Cuidador (CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR Y RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR). de NANDA Diagnósticos Enfermeros 2003-2004, para la realización de cada una de las preguntas se tomaron en cuenta las actividades del cuidador, estado de salud del cuidador, factores relacionados y factores de riesgo de dichas etiquetas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA (SUA)

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN SOBRE FACTORES
RELACIONADOS AL ROL DE CUIDADOR

CUESTIONARIO:

Nos da mucho gusto y le agradecemos en forma muy especial, que haya aceptado ser entrevistado, ya que esta investigación busca el beneficio de los pacientes pediátricos, en especial de los que están bajo el cuidado de alguien que satisfaga sus necesidades como es el caso de los niños menores de tres años de edad. Esta investigación nos sirve para saber en qué basamos para poder prevenir las posibles complicaciones y así evitar que haya un número elevado de encames hospitalarios, porque siendo un niño menor de tres años es angustioso estar hospitalizado, además de ser preocupante para el cuidador directo del niño(a), alguien como usted.

FECHA _____	FOLIO _____
DOMICILIO _____	
TELEFONO _____	
NOMBRE DEL NIÑO _____	
EDAD _____	SEXO _____
PADECIMIENTO PRIMARIO _____	
MOTIVO DEL INGRESO _____	
<p>Este formulario fue contestado a mi libre voluntad, sin que para ello haya existido algún factor que me haya obligado a contestarlo, aceptando mi participación con el propósito de esta investigación que me fue explicado con anterioridad, firmo de estar de acuerdo.</p>	
<p>1.-¿Qué parentesco tiene con el niño?</p> <p>1.-Mama 2.-Papá 3.-Familiar cercano 4.-No familiar</p> <p>2.-¿Qué grado de estudios tiene?</p> <p>1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.-Otras</p>	<p>CODIFICACION</p>

3.-¿Qué edad tiene?

- 1.-15 o menos 2.-Más de 20 3.-Mas de 21 menos de 30 4.--Más de 31

4.-La casa que habita es

- 1.-Propia 2.-La está pagando 3.-Es alquilada 4.-Otros

5.-¿Qué estado civil tiene?

- 1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Unión libre

6.-Si tiene hijos ¿Cuántos tiene?

- 1.-Uno 2.- Más de 2 3.-Más de 3 menos de 5 4.-Más de 6

7.-¿Cuántos niños tiene que cuidar?

- 1.-Uno 2.-Mas de 2 3.-Más de 3 menos de 5 4.-Más de 6

8.-¿A que se dedica?

- 1.-Escuela 2.-Hogar 3.-Empleado 4.-Negocio

9.-El o los niños bajo su cuidado presentan conductas como:

- 1.-Es grosero 2.-No obedece 3.-No come
4.-Tiene alguna enfermedad mental

10.-¿Si usted trabaja, encontraría trabajo si se lo propone si es que lo pierde?

- 1.-Nunca 2.-No hay para mí por eso no trabajo
3.- Lo único que hace bien es "cuidar" 4.-Es muy difícil conseguir uno

11.-¿Ha rechazado alguna oferta de trabajo por cuidar al (los niños)

- 1.-A veces 2.-No me lo han ofrecido 3.-Nunca
4.-Contesta con inseguridad.

12.-¿Qué ingreso mensual tiene?

- 1.-Menos de 1500 2.-De 1501 a 2500 3.-De 2501 a 3500
4.- No quiso contestar.

13.-¿Cómo son sus actividades?

- 1.-Múltiples 2.-Requieren mucho tiempo 3.- Ocasionan fatiga 4.-Otras

14.- ¿Al realizar sus actividades descuida al (los) niños?

- 1.-Nunca 2.- A veces 3.-Trato de no hacerlo
4.-La mayoría de la veces.

15¿Usted se siente obligado a asumir el rol de cuidador?

El investigado responde SI PORQUE

- 1.-Existen problemas familiares 2.-Sus papás no lo cuidan
3.-Sus papás lo maltratan 4.- El investigado responde NO

26.- ¿Sabe usted la terapia de hidratación oral que se proporciona en casa cuando existe diarrea para evitar la deshidratación?

- 1.-Si sabe 2.-No sabe 3.-Mas o menos 4.- No sabía que existía

27.- ¿Conoce las medidas de prevención para evitar la diarrea en los niños?

El investigado menciona:

- 1.-Ninguna 2.-Solo una 3.-Mas de dos 4.-Todas

28.-¿Sabe las complicaciones de la diarrea?

El investigado menciona:

- 1.-Una complicación 2.-Mas de 2 3.- Menciona otras
4.-No sabe

29.-¿Conoce el sobre “Vida Suero Oral”?

- 1.-Nada 2.-Poco 3.-Solo lo ha escuchado 4.-No sabía que existía

30.- ¿Qué tanta información tiene usted de las enfermedades respiratorias?

- 1.-Nada 2.-Poca 3.-No le interesa
4.-Dice todo acerca de estas

31.- Diga los síntomas de una enfermedad respiratoria aguda.

El investigado responde.

- 1.-Ninguno 2.- Menciona uno 3.-Mas de dos
4.- No esta seguro

32.- ¿Cuál es su primera medida de acción al observar un síntoma de enfermedad respiratoria aguda?

- 1.-Acude con el vecino 2.-Le llama a un familiar
3.-Ministra medicamentos 4.-Acude al medico

33.- ¿ Conoce las medidas de prevención para evitar una enfermedad respiratoria aguda?

- 1.-Ninguna 2.-Solo una 3.-Mas de dos 4.-No le interesa

34.-Cuándo presenta alguna enfermedad su niño, lo lleva al medico y este le receta tratamiento, usted:

- 1.-No lo sigue 2.-Lo sigue hasta que se mejora y lo abandona
3.-Lo sigue adecuadamente 4.-No le tiene confianza a las medicinas