

PROYECTO DE GRADO

Manejo en casa de síntomas respiratorias y gastrointestinales en pediatría en el
Instituto Roosevelt durante el 2017

REALIZADO POR

Daniela Henao Vega MD – Residente de Pediatría Universidad del Rosario Bogotá - Colombia

TUTORES

Dra. Silvia Rivera – Tutora metodológica – Doctorado en Psicología y master en estudios
culturales, Profesora Principal de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la
Universidad del Rosario Bogotá - Colombia

Dr. José Miguel Suescún – Tutor temático – Jefe de Pediatría, Universidad del Rosario.
Profesor de pediatría, Universidades del Rosario, Andes y Sabana. Pediatra hospitalario,
Instituto Roosevelt. Bogotá, Colombia.

Identificación del proyecto

Institución académica:

Universidad del Rosario

Dependencia:

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación:

Manejo en casa de síntomas respiratorias y gastrointestinales en pediatría en el Instituto Roosevelt durante el 2017

Instituciones participantes:

Instituto Roosevelt – Universidad de Rosario

Tipo de investigación:

Cualitativa – descriptivo

Investigador principal:

Dra. Daniela Henao Vega

Investigadores asociados:

Dra. Silvia Rivera, Dr. José Miguel Suescún

Asesor clínico o temático:

Dr. José Miguel Suescún

Asesor metodológico:

Dra. Silvia Rivera

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos:

A mi familia por su amor, apoyo y comprensión incondicional, a mis amigos por ser un soporte y un aliciente en cada momento, y a mis profesores por darme las herramientas para ser cada día mejor profesional.

Contenido

1. Introducción	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación.....	10
2. Marco Teórico.....	11
3. Pregunta de investigación.....	14
4. Objetivos	14
4.1. Objetivo general.....	14
4.2. Objetivos específicos	14
5 Metodología	15
5.1. Tipo y diseño de estudio.....	15
5.2. Contexto	15
5.3. Características del entrevistador	16
5.4. Recolección de la información y tamaño de muestra.....	17
5.5 Estrategias de muestreo	167
5.6. Plan de análisis.....	18
5.7. Variables identificadas.....	18
6. Aspectos éticos.....	20
7. Administración del proyecto	21
7.1 Cronograma	21
7.2 Presupuesto	22
7.2.1 Recurso humano.....	22

7.2.2	<i>Recurso Técnico</i>	22
8.	Resultados.....	23
9.	Discusión.....	27
9.1	<i>Fiebre</i>	27
9.2	<i>Vomito</i>	28
9.3	<i>Diarrea</i>	29
9.4	<i>Tos</i>	30
9.5	<i>Comunicación</i>	32
10.	<i>Conclusiones</i>	33
11.	Referencias.....	35
11.	Anexos.....	38
a.	<i>Anexo 1.</i> - Formato de recolección de información (entrevista)	38
b.	<i>Anexo 2.</i> Consentimiento informado.....	40
c.	<i>Anexo 3.</i> - Carta aprobación comité de ética.....	42

Resumen

Antecedentes:

El manejo inicial de las enfermedades respiratorias y gastrointestinales suele ser brindado en casa por los padres, prácticas influenciadas por múltiples factores culturales y sociales que ante su variabilidad es necesario identificarlas y determinar cuáles pueden ser nocivas.

Metodología:

Estudio cualitativo, narrativo desarrollado en el Instituto Roosevelt en Bogotá – Colombia, a través de 12 entrevistas a cuidadores de pacientes hospitalizados, entre 12 meses y 5 años de edad, que cursaban con sintomatología respiratoria o gastrointestinal de forma aguda. Se indagó sobre el manejo inicial a dichos síntomas y la experiencia al compartir dichas prácticas con el médico tratante.

Resultados:

El grupo de entrevistado incluyó cuidadores entre 20 y 42 años, con diferentes niveles de escolaridad, con una variabilidad en el manejo de la fiebre, tos, vómito y diarrea. Respecto a la comunicación, la mayoría de los cuidadores sienten que el médico no brinda un espacio para hablar del tema y en caso de hacerlo hubo un rechazo.

Conclusión:

Encontramos prácticas que coinciden con la postura médica, que se deben reforzar, otras definitivamente riesgosas que se deben corregir y otras inocuas que se podrían conciliar. Es necesario integrar y validar la narrativa del cuidador para disminuir las prácticas peligrosas.

Palabras claves:

Puericultura, diarrea, fiebre, vómito, comunicación, manejo ambulatorio.

Abstract

Background :

The initial management in respiratory and gastrointestinal diseases is usually provided at home by parents, these practices are influenced by multiple social and cultural, that in view of their variability it is important to identify and determine which one can be harmful.

Methodology:

Qualitative and narrative study developed at the Roosevelt Institute, in Bogotá – Colombia, through 12 interviews to caregivers of hospitalized, between 12 months and 5 years old, who present respiratory or gastrointestinal symptomatology in an acute way. We ask about the initial management of these symptoms and the experience of sharing practices with the health personnel.

Results:

The group interviewed included caregivers between 20 to 42 years old, with different levels of schooling, with variety of practices for management of fever, cough, vomiting and diarrhea. Respect to the communication, most of the caregivers said that doctor don't provide a space to speak of the subject and when they did the rejection has taken place.

Conclusions:

We find practices that coincide with the medical position, which must be reinforced, others that are risky definitely, that must be corrected, and other innocuous ones that could be reconciled. It is necessary to integrate and validate the caregiver's narrative to reduce dangerous practices.

keywords:

Child care, diarrhea, fever, vomiting, communication, ambulatory care.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

En el servicio de pediatría del Instituto Roosevelt se atiende una gran diversidad de población en cuanto a sus características culturales, raciales, nivel de educación y costumbres. Esta diversidad es el origen de una gran variedad de conceptos o representaciones sociales por parte de los cuidadores, frente a la enfermedad y su tratamiento. Las representaciones sociales, si bien son fáciles de percibir en el día a día, es un concepto difícil de definir por los múltiples aspectos que intervienen en ellas, como lo define Jodelet (2002), la representación social se refiere a un objeto que tiene un contenido y lo formula un sujeto social inmerso en sus condiciones particulares de espacio y tiempo. Partiendo de esta premisa, podríamos ampliar el significado de representación social como conceptos socialmente construidos y modificables de acuerdo con la experiencia personal, el entorno socioeconómico, académico, histórico e ideológico en el que se desarrolla el individuo (el sujeto), por lo cual estos pueden ser cambiantes en el tiempo o rígidos, dependiendo donde surgieron, en respuesta a que y las condiciones en las que se desarrollaron. En nuestro estudio, queremos indagar sobre la manera como las representaciones sociales pueden impactar sobre el desarrollo de acciones en la clínica y la repercusión que pueden tener en el manejo de la enfermedad y en la comunicación entre el médico y el cuidador al no coincidir o incluso al ser opuestas frente al origen y manejo de los síntomas respiratorios y gastrointestinales por parte de cuidadores y personal de salud. ⁽¹⁻⁶⁾

La infección respiratoria aguda, de acuerdo con las estadísticas del instituto nacional de salud para el año 2018 se han presentado cerca de 7 millones de casos de consulta a urgencias o consulta externa por cuadros respiratorios, de los cuales aproximadamente el 30% fueron en menores de 5 años. Para el mismo año, el instituto reporta un poco más de 3 millones de casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, con mayor incidencia entre el año y los 4 años de vida.⁽⁷⁾

La interacción que puede haber entre los conceptos oficiales (provenientes del saber médico) y los conceptos legos (provenientes del pensamiento común) y el conocimiento popular, en muchos casos al no coincidir, puede generar problemas de comunicación y confianza, en la relación entre el personal de salud y el cuidador, lo que puede llevar a tener un impacto desfavorable en el cuidado del paciente. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

La identificación de las representaciones sociales, el origen y el arraigo a las diferentes conductas por parte de los cuidadores, permitirá entender la importancia de conciliar, respetar y validar las creencias al momento de elaborar un diagnóstico y proponer un tratamiento; a su vez dar paso a una reflexión sobre las posibles fallas de comunicación entre el clínico y el cuidador, así como brindar herramientas al personal en salud al momento de ejercer la puericultura. ^(1,8,9)

Este proyecto busca proponer un enfoque en la atención médica basada en la escucha y el interés por la narrativa del cuidador, de manera que se logren establecer formas de comunicación y herramientas de educación que permitan integrar los conceptos del saber médico, con el saber del cuidador, para así lograr una mayor confianza entre las partes, una mayor adherencia a los tratamientos, sin desestimar y aprovechando el conocimiento que el cuidador tiene del paciente y del proceso de la enfermedad. ^(10,12)

1.2 Justificación

Las representaciones de la enfermedad en los cuidados y tratamientos de las enfermedades respiratorias y gastrointestinales pueden diferir entre el personal clínico y el cuidador conduciendo a dificultades como retraso en el tratamiento oportuno, modificación de síntomas iniciales dificultando el diagnóstico, predisponer a complicaciones a corto y a largo plazo generando angustia o conductas inadecuadas ante la presencia de enfermedad, a su vez si no se logran reconocer y conciliar, generarán una grieta en la comunicación y confianza entre el cuidador y el médico. Al hacer esta investigación esperamos identificar las representaciones existentes entre los cuidadores, con respecto al origen y manejo de estas enfermedades, así como el arraigo de dichos conceptos. Nuestro propósito es analizar

cuál es el impacto de estas representaciones en la comunicación de cuidadores y personal clínico y en las decisiones de cuidado que finalmente toma el cuidador a la hora de atender al paciente. Es necesario entender la importancia de conciliar, respetar y validar las creencias, al momento de elaborar un diagnóstico y proponer un manejo. Es importante además reflexionar sobre las posibles fallas de comunicación entre el clínico y el cuidador, para poder brindar al clínico herramientas pertinentes en educación en puericultura, con las que pueda comunicar sus conocimientos otorgando simultáneamente mayor agencia a los cuidadores de sus pacientes. ^(1,3,4,12)

2. Marco Teórico

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años son la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En los países en desarrollo, se estima que las tasas de mortalidad por IRA oscilan entre 60 y 100 casos por 1.000 niños menores de cinco años. La infección respiratoria aguda, de acuerdo con las estadísticas del instituto nacional de salud para el año 2018 se han presentado cerca de 7 millones de casos de consulta a urgencias o consulta externa por cuadros respiratorios, de los cuales aproximadamente el 30% fueron en menores de 5 años. ⁽⁷⁾

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, según los datos de la Organización Panamericana de la Salud, esta patología constituye una de las causas principales causas de morbilidad y motivo de consulta (cerca del 60%), en particular asociadas a condiciones de pobreza. En promedio, los niños padecen 3,3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, puede ser superior a nueve episodios anuales, puede ser causa de deshidratación, desnutrición o muerte en la población mas vulnerable. Para el año 2018, el instituto nacional de salud reportó un poco más de 3 millones de casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, con mayor incidencia entre el año y los 4 años de vida. ⁽⁷⁾

Una vez conocida la importancia epidemiológica de estas enfermedades, es necesario conocer los conceptos de representación social e imaginario, ya que serán las que determinen las acciones de los cuidadores en casa frente a la enfermedad. El término *imaginario* trata de comprender diferentes fenómenos sociales contemporáneos, son esquemas contruidos socialmente, a partir de distintas creencias, ideas, experiencias y valores, estructuran la experiencia social y generan los comportamientos y relaciones con otros individuos y con el espacio. Las representaciones sociales son un conocimiento construido y modulado socialmente que influyen en la conducta frente a la salud y la enfermedad, que determinarán el actuar de las personas (en el caso que nos interesa, de los cuidadores) ante la presencia de los síntomas respiratorios, gastrointestinales y fiebre. Dichas representaciones, que en ocasiones son diferentes, incluso pueden ser opuestas con los conceptos médicos, pueden llevar a un diagnóstico errado, retrasar el tratamiento adecuado, o predisponer a complicaciones.^(3-6,13) La interacción que puede haber entre los conceptos oficiales (provenientes del saber médico) y los conceptos legos (provenientes del conocimiento popular), en muchos casos al no coincidir, pueden generar problemas de comunicación y confianza, en la relación entre el médico y el cuidador, lo que puede tener un impacto desfavorable en el cuidado del paciente.^(5,6,10)

Una vez identificado el concepto de representaciones sociales y la influencia del contexto social y las experiencia personales de cada persona que determinan sus acciones, es necesario identificar el posible contexto social de la población, de acuerdo a la Encuesta de Demografía y Salud del 2015, el 36% de los hogares las mujeres son las jefes de la familia, el 82% de las mujeres cuentan con nivel de escolaridad de secundaria o mayor.

La relación médico – paciente, especialmente en el campo de la pediatría, debe ser un elemento primordial al momento de la atención médica, ya que la empatía y la relación adecuada debe ser tanto con el paciente como con su cuidador, dicha relación debe estar basado en el respeto por sus creencias, pensamientos costumbres y sentimientos en el momento de angustia y para ello es esencial escuchar atentamente, no recriminar y entender las expectativas del cuidador; así mismo es primordial mantener

un lenguaje claro y dialogar para ganarse la confianza del paciente y su familiar logrando uno de los pilares del acto médico que es la educación.

La comunicación es un componente esencial en el desempeño como médicos, en la cual el profesional suele ejercer una función principalmente como emisor, sin embargo, se debe recordar el componente receptor de la comunicación, para recibir mensajes, comprenderlos, valorarlos y evaluarlos, para así detectar las percepciones que pacientes y familiares tienen acerca de la enfermedad. El médico debe saber manejar su lenguaje verbal y no verbal, y ajustarlo al uso concreto de cada contexto social y cultural, para contribuir a una comunicación más clara y comprensiva, una mejor relación médico – cuidador - pacientes.⁽⁸⁾

En la literatura, la mayoría de estudios realizados sobre representaciones en cuidadores se desarrollan en enfermedades crónicas y cuidados paliativos, por ejemplo en cáncer, VIH y parálisis cerebral o en pacientes adultos especialmente en Alzheimer y patología terminal, sin embargo, existe literatura emergente, con resultados dentro de la literatura gris, donde se documenta la relación de las representaciones sociales con el cuidado de niños en diferentes ámbitos; un estudio desarrollado en Córdoba – Argentina, relata la relación de las representaciones sociales y la alimentación y como la variación del concepto de alimentación saludable y esto repercutir en el estado nutricional.⁽¹⁴⁾ Otro estudio cualitativo desarrollado en México, describen sobre la narrativa de los entrevistados acerca de las representaciones sociales de la salud/enfermedad/atención en mujeres en situaciones de pobreza urbana, así como la prevención, curativa y de cuidados, y la relación con los programas de salud pública que se desarrollan en el país.⁽¹⁵⁾

Existen muy pocos estudios similares descritos en la literatura, tomamos como referencia un estudio cualitativo descriptivo realizado en Chocontá - Colombia respecto a prácticas en el cuidado de niños menores de 1 año, identifica 19 formas de manejo o intervenciones ambulatorias, de las cuales 10 deberían reestructurarse, ya que podrían poner en riesgo al menor, 8 de ellas debían negociarse con el cuidador y 1 podría conservarse, ya que no afecta la integridad del niño. Estos

resultados señalan la importancia que debe tener para los médicos, el conocer las intervenciones en el manejo de la enfermedad, sin rechazarlas y estableciendo una comunicación efectiva para que los cuidadores no se sientan agredidos, ni juzgados; estas prácticas, son importantes para las personas en tanto que en su mayoría hacen parte de la tradición y de la cultura de cuidado que se transmite de generación en generación dentro de las familias.⁽¹⁶⁾

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales que existen frente a los síntomas respiratorios y gastrointestinales en los cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Roosevelt en el año 2017 y cómo interactúan estas con el actuar médico?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Identificar los conceptos sobre el origen, cuidado y tratamiento de infecciones respiratorias y gastrointestinales entre cuidadores de pacientes pediátricos y analizar su posible impacto en la comunicación entre cuidadores y clínicos pediátricos. La identificación de estos conceptos permitirá reflexionar acerca de estrategias de comunicación y de educación en el momento de orientar a los cuidadores y atender a los pacientes.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar el origen y adherencia de las representaciones sociales sobre infecciones respiratorias y gastrointestinales entre los cuidadores en el manejo de las enfermedades respiratorias y gastrointestinales en los niños.
- Analizar la interacción entre las representaciones sociales por parte del cuidador y las

actitudes y el actuar del clínico.

- Reflexionar sobre las posibles fallas de comunicación entre cuidadores y personal de salud, y a su vez aportar herramientas de comunicación que permitan reforzar el ejercicio de la puericultura.
- Dar herramientas al personal de salud para entender la importancia de respetar, validar y conciliar con el cuidador sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Socializar la información obtenida con la institución para que puedan crear estrategias de comunicación y educación que tengan en cuenta las necesidades de los cuidadores de pacientes pediátricos y que den una mayor agencia a los mismos.

5 Metodología

5.1. Tipo y diseño de estudio

Enfoque cualitativo narrativo, donde se describen las representaciones y prácticas del cuidador ante la enfermedad en las patologías descritas, así como la comunicación con el personal médico respecto a estas.

Por tratarse de un diseño cualitativo que tiene como objetivo identificar las representaciones sociales, no establecemos una hipótesis de base, puesto que dentro de la metodología de investigación de las representaciones sociales el objetivo es justamente no entrar con prejuicios sobre estas representaciones y dejarse guiar por los datos encontrados.

5.2. Contexto

Se realizó un estudio cualitativo a través de entrevista semiestructuradas a cuidadores de pacientes hospitalizados en el instituto Roosevelt, por la gran variedad cultural, racial, nivel de

educación y costumbres, hablando acerca de las representaciones y prácticas del cuidador ante síntomas respiratorios y gastrointestinales, la enseñanza y efectividad de estos.

5.3. Características del entrevistador

Las entrevistas (anexo 1) se realizaron por un médico y fueron grabadas en audio. Ante la posibilidad que el cuidador sintiera temor para hablar libremente sobre las costumbres o prácticas en casa frente a las enfermedades que afectan a los niños; se utilizó una comunicación asertiva y se explicó claramente el propósito del proyecto, se dio validez a los conocimientos del cuidador para así, crear un ambiente de confianza que permitiera a los participantes expresarse libremente sobre las prácticas ante la enfermedad, sin sentir rechazo o prejuicios. Así mismo se hizo énfasis en que los resultados serían analizados en grupo y en ningún momento lo que dijera en la entrevista tendría repercusión sobre el manejo del paciente hospitalizado.

5.4. Recolección de la información y tamaño de muestra

Se decide realizar entrevistas que permitieran la libre expresión de los cuidadores: De acuerdo con la experiencia previa a esta investigación durante la labor como médico de la investigación principal, se notó que cuando los cuidadores se sienten en ambiente de confianza, se expresan con mayor facilidad y sinceridad. Por ende, se decide no realizar cuestionario o preguntas cerrada, sino entrevistas semiestructuradas. Durante la experiencia laboral del entrevistador se conocen prácticas para el cuidado en casa de las patologías del estudio, tales como uso de bayetilla, nebulizaciones, purgantes entre otros, sin embargo, se evitó preguntar sobre ellas y se permitió al cuidador describir su experiencia, de forma libre, las 12 entrevistas realizadas fueron grabadas en audio y transcritas por completo para ser leídas y analizadas para extraer las diferentes variables. El tamaño de la muestra se suspendió una vez las respuestas ya no tenían variación y las respuestas solían ser las registradas en entrevistas anteriores, llegando a un punto de saturación. El enfoque del estudio fue la descripción de la práctica de cuidado hecha en casa y su relación con la postura

médica oficial, para lograr clasificar las practicas basados en el riesgo, así como su impacto en la relación médico - cuidador. Las categorías bases de la entrevista se enfocan en el origen para inferir el posible arraigo de las representaciones sobre las enfermedades infecciosas y de las prácticas caseras de “cuidado” de los síntomas, el efecto de las prácticas para definir beneficio o riesgo y a medida que se desarrollaron las entrevistas surgen nuevos conceptos que se incorporaron en las entrevistas siguientes, tales como el concepto del “descuaje.”

5.5 Estrategias de muestreo: Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron 12 cuidadores, tomando como criterios de selección pacientes hospitalizados de corta estancia 1-5 días, entre 12 meses y 5 años de edad, que cursaran con sintomatología respiratoria o gastrointestinal de forma aguda, que no fueran secundarios a una complicación o exacerbación de alguna patología de base; así mismo, los familiares interrogados fueron los cuidadores principales, esto se confirmó preguntando si eran quienes más se encargaban del cuidado del niño. Por tratarse de un estudio cualitativo no se persigue lograr con la muestra una representatividad estadística, sino el poder hacer una aproximación inicial a algunas representaciones comunes sobre los tratamientos comúnmente utilizados para enfrentar el origen y los efectos de las enfermedades gastrointestinales y respiratorias que afectan a los menores. En este sentido, de acuerdo con la literatura especializada sobre la exploración de las representaciones sociales, se puede elegir una muestra pequeña para lograr la información suficiente para identificar estas representaciones. La hospitalización por ser una situación de estrés y angustia, podía ser un escenario que se prestara para desviaciones de la entrevista, poca colaboración o queja del manejo, ante lo cual se excluiría dicha entrevista del estudio, sin embargo, dicho escenario no se presentó durante en desarrollo del estudio.

5.6. Plan de análisis

Se tabularon los datos en una base de datos en Microsoft Excel, se separaron las variables por cada patología, tos, fiebre, vómito y diarrea que a su vez se semaforizaron en prácticas benéficas, inocuas y peligrosas luego de realizar un revisión de la literatura disponible y la revisión por parte del tutor temático; una última pestaña para los aspectos referentes a la comunicación, se analizó el espacio brindado por el médico, su respuesta y la percepción del cuidador a la respuesta y actitud del médico; adicionalmente se analizó los aspectos de la prevención de patología respiratorias y gastrointestinales para analizar dichas prácticas por separado. La información obtenida se compartió directamente con la institución más no con el cuidador entrevistado. Durante el estudio, se observaron las representaciones generales de las enfermedades, sin embargo, dado el tamaño de la muestra y la poca heterogeneidad de los cuidadores, no fue posible hacer clasificación o triangulación acerca del contexto social, político o religioso.

Como requisito para realizar el estudio en el instituto Roosevelt, el hospital solicitó la retroalimentación sobre los hallazgos del estudio, por lo cual se socializará gráfica de semaforización y resultados encontrados para dar al profesional herramientas para validar y conciliar con el cuidador sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente, siempre basado en el respeto y teniendo en cuenta la percepción por parte del cuidador. Una vez socializada la información la institución puede crear estrategias de comunicación y educación tanto con médicos como cuidadores.

5.7 Variables identificadas

En cada patología se tabularon las siguientes variables:

- Primera acción que realiza.
- Procedencia de dicho conocimiento.

- Experiencia con dicha práctica.
- Otras acciones que realiza sino hay respuesta a la práctica inicial.
- Causa de la fiebre.
- Riesgo de no tratar la fiebre.
- Prácticas de prevención para la tos, diarrea y vómito.
- Concepto de descuajo
- Tratamiento del descuajo

Respecto al ítem de la comunicación se separaron en las siguientes variables:

- Comentan al médico las prácticas realizadas en casa
- Se da espacio por parte del médico para comentar estas prácticas
- Respuestas habituales por parte del médico
- Sentimiento de rechazo, discriminación o burla
- Nivel de escolaridad
- Edad

6. Aspectos éticos

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki – 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008 ⁽¹⁷⁾

Se tuvo en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” ⁽¹⁸⁾

La presente investigación es clasificada dentro de la categoría de bajo riesgo, ya que en ningún momento se hará una intervención experimental con los participantes, tampoco se les someterá a pruebas psicológicas o médicas, no se confrontó ni se discutió con el entrevistador la asertividad de sus prácticas. Sin embargo, como era un espacio que se podía prestar para la manifestación de quejas o inconformidades con la atención en salud, se tenía como plan de contingencia el direccionamiento al servicio de atención al usuario. Cada entrevista contó con un consentimiento informado, (*anexo 2*) donde se expuso el propósito y riesgos del proyecto, todos fueron leído, entendidos y firmados. En el (*anexo 3*) se adjunta la carta de aprobación del comité de ética del Instituto Roosevelt.

El acceso a los instrumentos de investigación se limitará únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las entrevistas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de la misma reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Todos los integrantes del grupo estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica,

preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre tanto de los participantes como de la institución y lo profesionales que en ella laboran.

El estudio se realizará con un manejo de la información de forma imparcial y responsable.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

7. Administración del proyecto

7.1 Cronograma

Actividades	Fecha
<i>Mar - jun 2017</i>	Desarrollo de la propuesta de investigación.
<i>17 Julio 2017</i>	Presentación en el comité de ética del Instituto Roosevelt
<i>Octubre de 2017</i>	Realización de entrevistas en el Instituto Roosevelt
<i>Nov – Dic de 2017</i>	Transcripción de entrevistas – Desarrollo marco teórico
<i>Feb –Dic 2018</i>	Resultados y análisis de variables
<i>Ene – jun 2019</i>	Correcciones, entrega final a la universidad
<i>Agosto – Sep 2019</i>	Envío a revisión de revista indexada

7.2 Presupuesto

Recurso humano

- Dra. Daniela Henao – residente pediatría Universidad del Rosario.
- Dra. Silvia Rivera – Tutora metodológica – psicóloga Universidad del Rosario.
- Dr. José Miguel Suescún – Tutor temático – pediatra Instituto Roosevelt.
- Estudiante becario Universidad del Rosario (apoyo en transcripción de entrevistas).
- Cuidadores de paciente pediátrico hospitalizado en el Instituto Roosevelt

Recurso Técnico

- Grabadora de voz para realización de entrevista
- Bases bibliográficas Universidad del Rosario
- Historias clínicas Instituto Roosevelt

8. Resultados

En las 12 entrevistas semiestructuradas se conversó sobre cada uno de los síntomas y las diferentes conductas ante cada uno de ellos, ya sea que hubieran sido realizados en primera o segunda instancia, encontrando coincidencia en algunas conductas. En la tabla 1 se describe el manejo de la fiebre, tos, vómito y diarrea, y se clasificación en peligrosas, inocuas y benéficas, de acuerdo con la evidencia disponible hasta el momento.

De cada una de las prácticas referidas por los cuidadores, se indagó acerca de la procedencia de dichos conceptos, refiriendo en la gran mayoría familiares: madre, abuela o suegra, seguido por conceptos transmitidos por vecinos y amigos, enseñanzas por parte del personal médico o procedente del internet y videos de YouTube. En el total de las ocasiones los cuidadores, consideran que la fiebre es secundaria a un proceso infeccioso viral o bacteriano, y la consecuencia de no tratarla son las convulsiones, “derrame cerebral” o acabar con las defensas.

En las entrevistas, los cuidadores refieren que en la mayoría de las ocasiones (aunque no en todas) estas formas de manejo generan una mejoría en el síntoma. Sin embargo, cuando presentó mejoría, fue de forma transitoria o era leve y poco significativa. También refieren conocer formas de manejo que son populares pero cuya efectividad desconocen por no haberlas probado nunca.

Durante las entrevistas, se indaga acerca de las medidas preventivas para enfermedades respiratorias y gastrointestinales, descritas en la tabla 2, donde se evidencia como base de los manejos ambulatorios, la existencia de una mezcla entre la tradición oral, lo enseñado por el personal de salud y la información recibida por los medios de comunicación.

T A B L A 1

	BENÉFICAS	INO CUAS	PELIGROSAS	
F I E B R E	Administra Acetaminofén	Darle a beber Coca Cola®	Algodón impregnado de alcohol en axilas	
	Usar ropa fresca y clara	Rodajas de papa en axilas, palmas y plantas	Botella con agua caliente en los pies	
	Compresa agua tibia en frente, axilas o pies	Rodajas de limón en axilas palmas y plantas	Compresas de agua fria	
			Sábila en axila y abdomen	
			Baño con soda	
			Cebolla en rodajas en palmas y plantas	
	V Ó M I T O	Sales de rehidratación oral	Baño completo	Metoclopramida**
		Caldo de pollo		
Asustarse y llevar al médico		Agua, ajo, cilantro y cebolla larga	Evitar lácteos	
Dejar que vomite		Agua de cebolla		
	Infusión de diente de León			
D I A R R E A	Sales de rehidratación oral	Jugo de guayaba	Metronidazol**	
	Dieta suave	Sopa de plátano	Tratar de no darle líquido	
	Dieta sólida, no solo líquida	Jugo de pera	Lomotil®**	
	Acudir al médico	Agua de arroz tostado	Coca Cola® con galletas	
			Agua de cebada	Smecta®**
			Bañar en agua de Gualanday	Sobandero o masajista o curandero
			Agua de anís	Evitar lácteos
Leche deslactosada				
T O S	Acudir al médico	Agua de panela, jengibre y limón	Nebulización con agua caliente	
	Miel	Jugo de naranja tibio	Nebulizaciones con eucalipto	
	Miel con limón	Leche con tomillo	Aplicar Vick Vaporub®**	
	Miel naranja mantequilla	Banano caliente con mantequilla	Clara de huevo, vino, limón y miel	
	Lavado nasal	Jugo de Sábila	Nebulizaciones con sauco	
	Lavado de manos	Aceite de tiburón con jugo de naranja	Antihistamínico: Loratadina** Clorferinamina**	
	Miel con naranja	Agua de sauce	Jarabe para la tos	
	Miel con cebolla	Agua de semillas de papaya		
	Abrigo y evitar el frío	Agua de eucalipto		
				Naranja, mantequilla y menta
				Propóleos
				Jengibre con miel
				Gelatina sin sabor, leche hervida y menta
Jugo de mango con sábila				
	Agua de manzanilla			

**Los medicamentos mencionados se clasifican en nocivos por la automedicación y posibles efectos adversos sin supervisión o indicación adecuada.

En el segmento de la entrevista referente a diarrea, surge por parte de los cuidadores el concepto del “*descuaje*” para hacer referencia a una entidad diagnóstica de origen popular a la que se le atribuye frecuentemente el origen de la diarrea. Al indagar sobre dicho concepto, se encontraron diversas definiciones de esta, descritas en la tabla 2. Hay un acuerdo general en que la cura para este padecimiento es “*mandar a sobar*” al paciente. También se recomienda realizar un vendaje a nivel abdominal. Los participantes afirman que con estos dos tratamientos han observado mejoría en los síntomas. Respecto al origen del “*descuaje*” refieren que se presenta luego de una caída o golpe, por un mal movimiento al nacer o porque algo “*se desacomodó por dentro*”.

En la parte final de la entrevista, se indaga acerca de la comunicación con el médico respecto al tema del manejo ambulatorio de este tipo de enfermedades. En general todos los cuidadores entrevistados sienten que el médico no brinda un espacio para hablar del tema y en caso de hacerlo tuvieron sensación de regaño, rechazo o burla cuando hablaban de sus remedios. Las respuestas verbales y no verbales del médico son descritas en la tabla 3.

La caracterización del grupo entrevistado se describe en la tabla 4, el grupo entrevistado incluyó cuidadores entre 20 y 42 años y sus niveles de escolaridad incluían bachiller, técnico y profesional.

TABLA 2		
Prevención de enfermedad diarreica aguda	Prevención enfermedades respiratorias	
Purgarlos	Agua de jengibre	Jugo de guayaba
Lomotil® en gotas**	Multivitamínicos	Aceite de tiburón
Metronidazol**	Abrigo	Vaporización con eucalipto
Ajo en ayunas, antes de levantarse, sin pisar el frío	Evitar polvo	Dieta rica en frutas
Lavado de manos	Vitamina C**	Uso de bayetilla roja
Evitar lácteos	Jugo de naranja	Evitar olores fuertes
Definición de descuaje		
Tener un pie más arriba del otro		
Dolor abdominal y diarrea		
Diarrea muy líquida con mal olor y vómito		
Diarrea de olor muy fuerte y vómito y tener una pierna más larga que otra y un ojo más pequeño.		
Diarrea más oscura, verde o negra.		

TABLA 3: COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE**Respuesta del médico ante el manejo por parte del cuidador**

“Esos remedios no me gustan”	“¿De dónde saco eso?”
“Eso no funciona”	“Son mitos”
“¿A usted quién le dijo eso?”	-Mirada despectiva-
“Ah bueno... pero mejor haga esto”	-Solo creen en jugo de guayaba y vitamina C-
“A veces funcionan, no se sabe cómo, pero funcionan”	"Mire: hay que ser más inteligente"
“¿Acaso ellos son doctores?”	-Negativa – regaño-
“No debe automedicar”	“¿A usted quién le dijo que podía hacer eso?”

Tabla 4: CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

VARIBLE	PORCENTAJE
Género femenino	100% (#12)
Escolaridad	
Secundaria	41,6% (#5)
Técnico	25% (#3)
Profesional	33,3% (#4)
Edad	
20-25	41,6% (#5)
25-30	41,6% (#5)
30-35	8,3% (#1)
>35	8,3% (#1)

9. Discusión

La población pediátrica comprendida entre 1 y 5 años de vida, tienen una prevalencia importante de enfermedades respiratorias y gastrointestinales⁽¹¹⁾, muchas veces el manejo inicial de dichos síntomas se realiza en casa por parte de los cuidadores, dichas representaciones sociales, son conocimientos construidos y modulados socialmente, que determinarán su actuar, frente a la salud y la enfermedad, las cuales varían de acuerdo a las características generacionales, socioculturales y niveles de educación.^(3,17)

En la información recolectada a través de entrevistas, se encontró una diversidad generacional, con cuidadores entre los 20 y 42 años, con diferentes niveles de escolaridad, bachiller y técnico, profesional; acciones realizadas en primera y en segunda instancia, algunas inocuas, otras peligrosas y otras benéficas para el paciente pediátrico. Las diferentes prácticas se resumen en la tabla 1 y se clasifican en benéficas, inocuas y peligrosas, de acuerdo con la evidencia científica disponible hasta el momento descrita a continuación para cada síntoma.

La procedencia de las prácticas referidas por los cuidadores, en su gran mayoría proviene de familiares, principalmente de la madre, abuela o suegra; seguido por conceptos transmitidos por vecinos y amigos, enseñanzas por parte de médico y como consecuencia de la influencia actual de la tecnología y el cambio generacional, un grupo refirió la procedencia de sus conceptos del internet y videos de YouTube. Los conocimientos transmitidos por familiares, se puede presumir están más arraigados que aquellos que los que provienen de otras fuentes, puesto que contienen una carga cultural y afectiva que resulta importante para el cuidador al momento de hacerse cargo del niño.

- **Fiebre**

Respecto al manejo de la fiebre, la conducta oficial acorde a la evidencia científica es el suministro de antipiréticos tales Paracetamol/Acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

y el uso de ropa cálida, con medidas coadyuvantes seguras tales como compresas de agua tibia y aumentar la ingesta de líquidos.⁽¹⁹⁾ Este tipo de acciones se identificaron en un grupo de los entrevistados. Prácticas como baño con soda, trozos de papa, cebolla o sábila en axilas y/o plantas de los pies en la práctica empírica se ha visto eficiencia, una posible explicación para este efecto benéfico se puede atribuir a la menor temperatura de los elementos usados, respecto a la temperatura corporal, aunque no existen estudios que respalden su uso, no se ha demostrado efectos nocivos con su práctica, por lo cual se puede asumir una actitud conciliadora con los cuidadores.

Existe evidencia que prácticas como los baños y compresas con agua fría y el uso de algodón impregnado de alcohol son potencialmente perjudiciales. En ambos casos se aumenta la vasoconstricción superficial y en el segundo hay riesgo de intoxicación por la absorción por piel del alcohol.⁽¹⁹⁾ El uso de una botella con agua caliente aumenta el riesgo de quemaduras en piel; el suministro de bebidas carbonatadas como Coca-Cola® puede aumentar la deshidratación por su composición hiperosmolar^(20,21,22) y, por último, el uso de limón en la piel podría generar irritación local.

Adicionalmente se evidencia la falta de comprensión que tienen los cuidadores sobre el origen de la fiebre y sus consecuencias al no tratarse. Por ejemplo, existen conceptos carentes de sustento tales como que la fiebre produce: convulsiones, “derrame cerebral” o “acaba las defensas”, generando una mayor angustia en el cuidador y menospreciando el efecto benéfico del aumento de la temperatura. Por otro lado, cuando los cuidadores creen que el único origen de la fiebre son los procesos infecciosos virales o bacterianos, puede favorecer la automedicación indiscriminada de antibióticos, y a su vez generar mayor resistencia antibiótica.

- **Vómito**

En cuanto al tratamiento del vómito la conducta oficial de acuerdo con la evidencia científica es buscar y tratar la causa, reposo intestinal entre media y una hora aproximadamente y prevenir la

deshidratación con sales de rehidratación. Este manejo es identificado en parte de los entrevistados y en general se acompaña de medidas coadyuvantes como caldo de pollo o infusión de diente de León¹, que, aunque no hay estudios que determinen su nivel de eficacia, no hay estudios que muestren efectos nocivos en esta práctica. Se identificaron conductas potencialmente perjudiciales como la automedicación de Metoclopramida.

- **Diarrea**

El abordaje oficial de acuerdo con la evidencia científica es la hidratación con sales de rehidratación oral con las concentraciones de glucosa y electrolitos recomendadas de acuerdo con la OMS.⁽²⁰⁾ Los participantes en el estudio identificaron esta práctica que usaban en combinación con medidas coadyuvantes seguras como dieta suave, libre de azúcar y grasas, reiniciando la dieta sólida y no sólo líquida. Otras prácticas descritas, eficaces empíricamente sin estudios grandes que midan la evidencia son el jugo de guayaba o pera, agua de arroz tostado⁽²³⁾ o agua de cebada; estas, se pueden conciliar con los cuidadores ya que hasta el momento se puede considerar seguras, siempre y cuando no reemplacen el manejo establecido oficialmente. Para determinar la seguridad de los baños con agua de Gualanday² o agua de anís se requiere mayores estudios.

Entre los manejos nombrados por los entrevistados, potencialmente perjudiciales se encontraron: la automedicación de Metronidazol, Clorhidrato de Loperamida o Diosmectita con los posibles efectos adversos conocidos, deben usarse con precaución y bajo indicación médica. Además, el “no darle líquido al paciente” o dar Coca-Cola® con galletas, aumenta el riesgo de deshidratación.⁽²⁰⁾ En cuanto al evitar

¹ Planta común en jardines, incluso considerada maleza, usada con fines culinarios o con fines medicinales en algunas culturas.

² Árbol típico de América intertropical y subtropical, en algunas regiones es usado con fines medicinales.

los lácteos, los últimos estudios no contraindican el consumo de estos. Especialmente en los lactantes, su restricción puede favorecer la deshidratación y/o desnutrición.^(19,20)

En el segmento de la entrevista referente a la diarrea, surge por parte de los cuidadores el concepto del “descuaje” como posible causa de la diarrea. En la tradición oral latinoamericana, se describe esta enfermedad como una condición que genera diarrea, malestar, asimetría corporal, irritabilidad, vómito, distensión o dolor abdominal. El origen de esta dolencia se atribuye a traumas físicos o emociones fuertes como posible causa, y como único tratamiento se identifica el masaje y vendaje en la región abdominal, realizado por un sobandero o curandero.⁽²⁴⁾ El concepto y tratamiento de esta entidad está muy arraigada en la cultura colombiana, por lo cual es recomendable asumir una actitud de diálogo y de educación para que los cuidadores no retrasen ni demoren un diagnóstico certero o un tratamiento oportuno, al darle prioridad a la intervención de la medicina popular. Los efectos nocivos de demorar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades gastrointestinales pueden generar una deshidratación en el paciente o incluso una complicación del cuadro si la sintomatología corresponde a una patología abdominal quirúrgica, por ejemplo, apendicitis u obstrucción intestinal.

Respecto a las acciones preventivas referida por los cuidadores se encuentra la automedicación con purgantes, Loperamida en gotas, Metronidazol, Multivitamínicos, pueden tener efectos adversos si no se usan de forma adecuada.

- **Tos**

En relación con la tos la recomendación oficial es hidratación, lavado nasal y lavado de manos, con medidas coadyuvantes seguras como evitar corrientes de frío o administrar miel.⁽²³⁾ En el grupo entrevistado la miel era acompañada de diferentes alimentos que no han demostrado potenciar el beneficio de esta, de hecho, algunas combinaciones como la miel con cebolla en algunas personas puede generar vómito. No obstante, otros manejos propuestos por los entrevistados pueden ser

contraproducentes tales como automedicación de jarabes para la tos, antihistamínicos con los efectos adversos conocidos. Respecto a la aplicación de ungüentos de Alcanfor, Mentol y Eucalipto, se han descrito efectos irritativos en los más pequeños, intoxicación e incluso neumonía lipoidea³, tras aplicación tópica, inhalación o ingesta.⁽²⁵⁾ Las nebulizaciones con agua caliente, saúco o eucalipto, pueden generar riesgo de quemaduras; el uso de ponche con clara de huevo, vino, limón y miel, contiene una bebida alcohólica que no debe ser administrada a un niño. Otras acciones descritas como agua de manzanilla, sábila, jengibre, gelatina de pata⁴ con leche hervida y menta, propóleo, jugo de naranja tibio, leche con tomillo, aceite de tiburón, agua de sauce, agua de panela, limón, naranja, agua de semillas de papaya, agua de eucalipto, no tiene estudios que respalden su uso, pero hasta el momento parecen seguros, por lo cual se debe tener una actitud conciliadora.

Respecto a la prevención de enfermedades respiratorias las prácticas referidas por los entrevistados, que coinciden con la postura oficial están el lavado de manos, el abrigo, dieta rica en vitamina C, jugo de naranja o guayaba y la dieta rica en frutas, por su contenido de vitaminas, evitar polvo y olores fuertes. Otras acciones como dar ajo en ayunas, evitar lácteos, agua de jengibre, aceite de tiburón o el uso de bayetilla⁵ roja, a pesar de no tener estudios que los respalden, son seguros por lo cual debe conciliar con el cuidador.

³ En niños se ha descrito toxicidad por estos ungüentos. La neumonía lipoidea hasta el momento se ha descrito en adultos. Kilaru, H., Prasad, S., Radha, S., Nallagonda, R., Kilaru, S. C., & Nandury, E. C. (2017). Nasal application of petrolatum ointment-a silent cause of exogenous lipid pneumonia: successfully treated with prednisolone. *Respiratory medicine case reports*, 22, 98-100.

⁴ Dulce elaborado en gran parte de Hispanoamérica de manera artesanal con la gelatina derivada de la cocción prolongada de la pata de res, con adición de jugo de caña deshidratado, leche, canela y vainilla. Estos ingredientes se baten vigorosamente y se dejan cuajar. La elaboración y el gusto por este producto típico tiene una mayor concentración en Colombia y países aledaños.

⁵ Camiseta interior de algodón suave.

- **Comunicación**

El aspecto más inquietante de los resultados de este estudio es que en todas las entrevistas, la percepción general que tienen los cuidadores respecto a la comunicación, confianza y el espacio que brinda el médico para hablar de las medidas tomadas en casa es muy limitada o incluso nula. Los cuidadores se quejan de la actitud despectiva, del rechazo o la burla, por parte de algunos médicos frente a los saberes tradicionales. Dentro de la práctica clínica, este tipo de actitudes de parte de los médicos les resta dignidad como cuidadores de los pacientes y cuestiona su agencia en el manejo de las dolencias de salud de los menores, en últimas está poniendo en duda las capacidades de quien, efectivamente va a ser el cuidador del menor; en cambio de brindarle herramientas para hacer mejor su labor, se le cuestiona o en ocasiones incluso se le ofende. La reacción más frecuente de parte de los cuidadores frente a esta actitud es proteger su dignidad como cuidador, con actitudes como ocultar información al médico o una inadecuada adherencia al tratamiento oficial, prácticas que pueden retrasar o evitar un buen cuidado del niño. Así se genera una fragmentación en la relación médico cuidador que puede afectar la salud del paciente.⁽¹²⁾

Los estudios con características similares son escasos, sin embargo, los hallazgos en nuestro estudio coinciden con el estudio cualitativo descriptivo realizado en Chocontá – Colombia, con prácticas que deben reestructurarse o corregirse, otras que pueden negociarse con el cuidador y otras que pueden conservarse.

En el presente estudio se pudo haber podido indagar sobre el contexto cultural y social de cada entrevistado para tener una mayor correlación entre las representaciones sociales y sus diferentes determinantes, tales como raza, lugar de procedencia y estrato social. Sin embargo, tal profundización hubiera requerido un trabajo de campo mucho más amplio que sobrepasaba las posibilidades del estudio. Así mismo, otra limitante del presente estudio fue la realización en paciente hospitalizado, ambiente

que puede generar cohibición o temor al momento de responder, así mismo, el hecho que el entrevistador era médico, esto puede generar una relación de poder que limitara las respuestas por parte de cuidador. Por otro lado, los datos recogidos nos parecen suficientes para lograr un documento didáctico a partir del cual los profesionales de la salud puedan guiar su práctica clínica siendo atentos a las costumbres y prejuicios de los cuidadores, estableciendo formas de comunicación asertivas que permitan una mejor cooperación entre los cuidadores y los profesionales de la salud.

10. Conclusiones

Encontramos representaciones sociales que coinciden con la postura oficial, otras definitivamente riesgosas para los niños y otras que a pesar de no tener estudios que respalden su eficacia, son seguras, por lo cual debe asumirse una actitud conciliadora. Es muy importante dar un espacio en el acto médico, para escuchar y mostrar un interés por la narrativa del cuidador, con el fin de empoderarlo, disminuir las prácticas peligrosas, reforzar las prácticas seguras y no desestimar las acciones que no cuentan con evidencia científica y que no representan riesgo para el paciente. Si estas prácticas no tienen riesgos médicos pueden ser una herramienta válida para fortalecer el vínculo entre el médico y el cuidador. Nunca se debe asumir una actitud de regaño, rechazo o burla. La principal herramienta de manejo de la enfermedad en un paciente pediátrico es el cuidador. Los médicos deben fortalecer en estas personas sus capacidades de atención y cuidado y para ello, establecer una comunicación asertiva y un fortalecimiento de su confianza, son las estrategias más adecuadas.

Se recomienda utilizar los datos de la tabla 1 para identificar las prácticas en casa y tener la herramienta para saber cuáles prácticas debe reforzar, cuales debe corregir y educar y con cuales puede conciliar. De la misma forma, el apartado de comunicación y las respuestas referidas por los médicos, debe crear un espacio para la reflexión acerca de la relación médico – cuidador y la receptividad y respeto por las diferentes culturas y creencias.

En futuro estudio cualitativos relacionado con las representaciones sociales, se debe ahondar en el contexto social y cultural, tal como la raza, procedencia, estrato social, entre otras, con el entrevistador para poder realizar un análisis más profundo de la relación del entorno con la representación estudiada; hoy en día los estudio cualitativos buscan mayor participación activa e independencia de la persona y familia, envolviéndolas en investigaciones seguras, disminuyendo los sesgos de privilegio que puede tener el entrevistador en el trabajo de campo y disminuir la cohibición o temor al momento de responder,

11. Referencias

1. Rivera, S. L. O., Gutiérrez, C. M., Galeano, S. C., del Castillo, D. G., & Nañez, A. L. Representaciones sociales e infancia: una aproximación al estado del arte sobre cuidado de la salud y desarrollo integral en la infancia. *Infancias Imágenes*, (2014). 13(1), 70-79.
2. Vergara Quintero, M. D. C. La naturaleza de las representaciones sociales. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv*, (2008). 6(1), 55-80
3. Santolaria, M. L. R. Representaciones infantiles de la enfermedad: variaciones según edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico. *Revista de Psicología*, (2009). 27(1), 111-146.
4. Oudjani, C., Dany, L., Derome, M., & Bataille, J. Représentations sociales de la contention en pédiatrie: regards de professionnels. *Archives de Pédiatrie*, (2015). 22(1), 4-13.
5. Jodelet, D. (2002). El estado actual de las representaciones sociales. *Seminario Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Social*, 469-494.
6. Araya, S., Araya Umaña, S., Araya, S., ARAYA, S., Araya Umaña, S., Araya, S., ... & Araya, U. S. (2002). Las representaciones sociales, ejes teóricos para su discusión.
7. Informes de eventos. Instituto Nacional de Salud. Año: 2018 enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda. Disponible: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos / paginas / Info-Evento.aspx](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/paginas/Info-Evento.aspx)
8. Herrera Medina, N. E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de salud pública*, (2010). 12, 343-355.
9. Cabrera GA. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Red Colombia Medica*. 2004;35(3):184–8.
10. Kelly, M. P., & Barker, M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public*

- health*, (2016). 136, 109-116.
11. Ochoa LC, Posada R, Restrepo F, Aristizábal P. AIEPI Guía de Bolsillo. Aiepi Guia Bolsillo. 2000;1-234.
 12. Zabaleta, A. T. Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento psicológico*, (2005). 1(5), 117-123.
 13. Osses S, Macías C, Castaño S, Gómez D, López A. Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la primera infancia : una aproximación al estado del arte. *Rev Infancias Imágenes*. 2014;13(1):70-9.
 14. Alderete, M., & Giorgetti, A. C. (2017). *Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017* (Doctoral dissertation, Universidad Católica de Córdoba).
 15. Esquivel, J. M. R. (2011). Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 6(11), 28-56.
 16. Rodríguez F, Santos C, Talani J, Tovar MF. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá , Colombia. *Rev Colomb Enfermería*. 2012; 9:77-87.
 17. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaracion de Helsinki. *Gac Med Mex*. 2001;137(4):391.
 18. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colomb. 1993;1993(Octubre 4):1-19.
 19. Correa-Vélez, J. A. Fiebre en niños. *Precop SCP*, (2001) 17-31.
 20. de Acosta, M. B., & Muñoz, J. E. D. Tratamiento de la diarrea. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, (2004), 9(3), 193-199.
 21. Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Paracetamol versus placebo or physical methods for treating

- fever in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2.
22. Pathway NICE. Fever in under 5s overview. 2018;(October):1-19.
 23. Gregorio, G. V., Gonzales, M. L. M., Dans, L. F., & Martínez, E. G. Glucose polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhea. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec13;12:
 24. Pineda, L. F. S., & Felipe, L. Racionalidades médicas de los sistemas tradicional colombiano, biomédico y osteopático: Una aproximación a la conceptualización de la dolencia del descuaje en Bogotá, Colombia. 2015
 25. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 10;4.
 26. Kilaru, H., Prasad, S., Radha, S., Nallagonda, R., Kilaru, S. C., & Nandury, E. C. Nasal application of petrolatum ointment-a silent cause of exogenous lipoid pneumonia: successfully treated with prednisolone. *Respiratory medicine case reports*, (2017). 22, 98-100.

a. Anexos Anexo I. - Formato de recolección de información (entrevista)

Buenas tardes,

Estamos desarrollando un proyecto llamado “aprendiendo de nuestros pacientes”, en el cual queremos construir conocimiento a partir de nuestros cuidadores.

Muchas veces nuestros padres o abuelos nos han enseñado cuidados o manejos ante los síntomas, es por esto que en este proyecto queremos aprender de ustedes.

Es algo muy simple, haremos unas preguntas sencillas acerca de los cuidados en casa ante diferentes síntomas, queremos crear un espacio de confianza donde los participantes nos cuenten con toda tranquilidad, sus experiencias en el cuidado en casa a los niños ante la aparición de síntomas respiratorios o “*estomacales*”. Esta es una entrevista absolutamente voluntaria, por lo cual están en total libertad de negarse a responder alguna de las preguntas si alguna genera incomodidad y en ningún momento serán juzgados por lo que se diga dentro de este espacio. Hay libertad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

El proyecto consiste en entrevistar a un grupo de familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados, los resultados se analizarán en conjunto y no tendrá ningún tipo de repercusión en el manejo que se le brinda actualmente por parte del médico tratante, no se revelará el nombre de sus familiares o el de ustedes ningún momento.

Así mismo si durante la entrevista surgen algunas inquietudes acerca del cuestionario serán resueltas al final de la entrevista.

Vamos a empezar:

*nombre del cuidador (se le aclara que en la consignación de la información se dejará oculto este dato)

*Cuantos años tiene el niño que acompaña

*Qué relación tiene con el niño

*Normalmente usted es quien cuida al niño

*Quienes más participan en el cuidado del niño

*Cuál diría usted que es el cuidador principal

*¿El niño sufre de alguna enfermedad o ha estado hospitalizado antes?

I PARTE

*cuando El Niño presenta fiebre:

-usted q es lo primero que hace?

-Quien le enseñó? ¿dónde lo aprendió?

-Le funciona?

-Si no le funciona q más hace?

-Que más ha escuchado que es bueno para esto?

-Lo ha intentado alguna vez?

-Le ha funcionado?

¿Por qué se presenta y que la produce?

¿Que indica la fiebre?

¿Para usted por qué es importante tratar la fiebre? ¿Cuáles son los riesgos de no tratarla?

II PARTE

*Cuando El Niño presenta tos o esta apretado del pecho

-Usted q es lo primero que hace?

-Quien le enseñó?

-Le funciona?

-Si no le funciona q más hace?

-Que más ha escuchado que es bueno para esto?

-Lo ha intentado alguna vez?

-Le ha funcionado?

-Cuando se mejora, que hace usted para prevenir que vuelva a aparecer o que sabe usted que funciona para evitar que vuelva a aparecer la tos.

III PARTE

*Cuando El Niño presenta vomito

-Usted q es lo primero que hace?

-Quien le enseñó?

-Le funciona?

-Si no le funciona q más hace?

-Que más ha escuchado que es bueno para esto?

-Lo ha intentado alguna vez?

-Le ha funcionado

- Que hace usted para prevenir que vuelva a parecer o q sabe usted que funciona para evitar q vuelva a aparecer el vómito

IV PARTE

*cuando El Niño tiene soltura o diarrea

-Usted q es lo primero que hace?

-Quien le enseñó?

-Le funciona?

-Si no le funciona q más hace?

-Que más ha escuchado que es bueno para esto?

-Lo ha intentado alguna vez?

-Le ha funcionado

- Que hace usted para prevenir que vuelva a parecer o q sabe usted que funciona para evitar q vuelva a aparecer diarrea

V PARTE

-Normalmente usted le cuenta a su médico estos manejos?

-Los médicos normalmente dan el espacio para que usted le cuente lo que nos acaba de contar?

-Cual suele ser la respuesta o actitud que toma su médico cuando le cuenta?

-Alguna vez ha sentido rechazo o discriminación cuando le cuenta al médico

Para finalizar:

* Cual es su nivel de escolaridad del cuidador

*edad del cuidador

b. Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL INSTITUTO ROOSEVELT

PROYECTO: *Aprendiendo sobre los cuidadores de nuestros pacientes*. Prácticas en los cuidadores de pacientes con patologías respiratorias y gastrointestinales en servicio de pediatría en el Instituto Roosevelt en el año 2017.

NOMBRES DE LOS INVESTIGADORES:

1. Dra. Daniela Henao,
2. Dra. Silvia Rivera,
3. Dr. José Miguel Suescún,

El Departamento de pediatría del Instituto Roosevelt y la Universidad del Rosario lo está invitando a participar como voluntario en el proyecto "*Aprendiendo sobre los cuidadores de nuestros pacientes*", para conocer las formas de entender la enfermedad y manejos que se dan en casa, por parte de los cuidadores, a los niños con síntomas de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Este proyecto se está llevando a cabo con la participación de cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Roosevelt. Por favor lea atentamente la información, si cualquier parte de éste documento no le resulta claro o si tiene alguna pregunta, no dude en pedirla en cualquier momento a alguno de los miembros del equipo de estudio.

1. NATURALEZA Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El proyecto "*Aprendiendo sobre los cuidadores de nuestros pacientes*" tiene como objetivo identificar cuáles son los conceptos que los cuidadores tienen sobre el manejo de enfermedades respiratorias o gastrointestinales. Conocer estos conceptos da herramientas al personal en salud para comunicarse mejor con los cuidadores de sus pacientes, entender más la forma como las personas cuidan de sus niños y apoyarlas en este proceso.

2. DURACION ESPERADA DEL ESTUDIO Y NÚMERO DE PARTICIPANTES:

La entrevista en la que usted participará puede durar entre 30 y 40 minutos. En total habrá 12 participantes en este estudio. El estudio se desarrollara en 3 etapas:

- a) Recolección de información
- b) Análisis de la información por parte del grupo investigadores.
- c) Presentación de los resultados obtenidos a las instituciones para posterior publicación

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

La entrevista ha sido realizada con autorización de las directivas del Instituto, revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación y cumple con todos los requerimientos metodológicos y éticos para ser desarrollado, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Estas entrevistas están dirigidas a conocer los conceptos y practicas ante la enfermedad por parte de los cuidadores, para así aprender y mejorar el conocimiento acerca de nuestros pacientes. Ninguno de los componentes de investigación cuenta con algún procedimiento que ponga en riesgo la salud física o mental del participante. Las entrevistas serán grabadas en audio digital y posteriormente transcritas, la información recolectada será analizada por el personal del equipo de investigación. Tanto las grabaciones como la transcripción de las mismas, serán manejadas con el mayor cuidado para asegurar la confidencialidad de la información y el anonimato a los participantes en el proyecto. Recuerde que usted recibirá una copia de este formato de Consentimiento Informado.

4. RIESGOS Y BENEFICIOS:

Este estudio no implica riesgos para su salud física ni mental; eventualmente usted puede encontrar como beneficio el poder expresar y dar a conocer su conocimiento, a su vez los resultados de la investigación puede beneficiar a los profesionales de la salud al conocer más acerca de sus pacientes. No habrá ninguna compensación por su participación en este estudio.

5. QUE OCURRE SI DECIDE NO PARTICIPAR O SI CAMBIA DE DECISIÓN

La participación es totalmente voluntaria, usted no está obligado a participar, puede retirarse en cualquier momento o negarse a participar sin justificar su decisión, sufrir ninguna sanción o repercusión en la atención médica de su familiar.

6. QUIENES PUEDEN CONTESTAR SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna duda respecto al proyecto en cualquier momento puede comunicarse con: Dra. Silvia Rivera, 2970200, Dra. Daniela Henao 4705407; si desea alguna aclaración sobre sus derechos como participante o crea que los mismos han sido vulnerados, puede comunicarse con el comité de práctica clínica y ética en la investigación del Instituto Roosevelt.

7. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

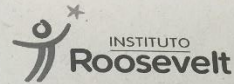
Al firmar este documento, afirmo todos los siguientes puntos:

- He leído (o me han leído) este consentimiento en su totalidad y he recibido explicaciones sobre el propósito del proyecto y lo que se me pide que haga.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que puedo hacer otras preguntas sobre este estudio en cualquier momento.
- Se me ha explicado que el propósito de este proyecto es únicamente científico y académico.
- He recibido una copia de este Consentimiento que puedo guardar como referencia.
- Entiendo que tengo la libertad de retirarme o no aceptar el estudio en cualquier momento, sin justificar mi decisión y sin afectar el manejo médico a mi familiar.
- Acepto voluntariamente participar en este estudio.
- Se me ha dicho explícitamente que mi identidad o la de mi familiar no será revelada, así como ningún dato que ponga la pona en evidencia, manteniendo la privacidad.

Nombre del participante
Nombre del entrevistador

Firma y fecha:
Firma y fecha:

c. Anexo 3. - Carta aprobación comité de ética



IN-2017-017

Bogotá, 17 de julio de 2017

Investigadores

**DANIELA HENAO
SILVIA RIVERA
JOSÉ MIGUEL SUESCÚN
MARÍA CRISTINA QUEVEDO**

Asunto: Aprobación proyecto de investigación **Imaginario en patologías respiratorias y gastrointestinales en la población pediátrica en el año 2017 en el Instituto Roosevelt**

Respetada Dra. Henao y coinvestigadores,

Reciban en primera instancia un cordial saludo de parte del Comité de Práctica Clínica y Ética en Investigación (CPEI) del Instituto Roosevelt.

En sesión ordinaria llevada a cabo el día 16 de junio de 2017, con los siguientes miembros de comité presentes: Dra. Ana María de la Hoz, Dra. Rocio Pereira Ospina, Dr. Javier Yesid Pinzón, Dr. Fernando Ortiz, Dr. Luis Fernando Useche, Dr. Fernando Suarez, Juan Carlos Garzón y María Patricia Márquez, el CPEI analizó su proyecto de investigación **"Imaginario en patologías respiratorias y gastrointestinales en la población pediátrica en el año 2017 en el Instituto Roosevelt"** bajo los aspectos metodológicos y éticos pertinentes y decidió aprobar el proyecto sujeto a algunas modificaciones en el protocolo y en el consentimiento informado. Estas fueron realizadas por y verificadas por la Dirección de educación e investigación. Por lo tanto, se emite esta carta de aprobación para la conducción del estudio en el Instituto.

Sin otros comentarios, les solicitamos estar en disposición ante cualquier llamado por parte del comité en caso de ser necesario, y en cuanto se tengan resultados de esta investigación realizar una presentación de los mismos.

Cordialmente,

 **Comité de Práctica Clínica y Ética en Investigación**
INSTITUTO ROOSEVELT

Ana María de la Hoz Bradford

Directora de Educación e Investigación

Vicepresidente comité de práctica clínica y ética en la investigación

Instituto Roosevelt

educacion@ioir.org.co

Teléfono: 3534000 extensión 384

www.instituto-roosevelt.org.co | Carrera 4 Este # 17 - 50 Bogotá, Colombia Tel: (571) 3534000