

“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU
RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS
CUIDADORES ACERCA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
CONTEMPLADA EN LA ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) EN EL
CANTÓN MONTECRISTI, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE A
NOVIEMBRE DEL 2016”**

AUTORES:

ALVIA MACÍAS KARLA PAOLA

ANDRADE FARFÁN MARCELO EDUARDO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. KATY SEGARRA

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. HUGO PEREIRA OLMOS

PORTOVIEJO, 2016



Pontificia Universidad Católica del Ecuador
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACION Y AUTORIZACION

Nosotros, KARLA PAOLA ALVIA MACIAS con CI 1310712698 y MARCELO EDUARDO ANDRADE FARFAN con CI 1308887130, autores del trabajo de graduación intitulado: **“Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el cantón Montecristi, durante los meses de septiembre a noviembre del 2016”.**

Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.

1. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 20 de Enero 2017

.....
Dra. Karla Alvia Macías

CI: 1310712698

.....
Dr. Marcelo Andrade Farfán

CI: 1308887130

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos vida, luz, sabiduría y fortaleza para culminar con éxito la presente investigación.

A nuestras familias por la paciencia, el amor y el apoyo incondicional, demostrado durante estos tres años de estudio.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sus docentes, por acogernos y transmitirnos sus conocimientos, experiencia investigativa y orientación en el desarrollo de este trabajo.

A nuestros compañeros, por sus sugerencias impartidas para mejorar nuestro trabajo.

Al Centro de Salud Montecristi, en especial a la Dra. Laura Farfán quien fue una de las principales motivadoras para que realizáramos este valioso posgrado.

A la comunidad de Montecristi, por permitirnos acceder a sus hogares y brindarnos la información requerida para este trabajo.

ABREVIATURAS

AIEPI.- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

FACES III.- Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

EDA.- Enfermedad diarreica aguda

IRA.- Infecciones respiratorias agudas

INEC.- Instituto Nacional de Estadística y Censos

IC_{95%}.- Intervalo de Confianza al 95%

MAIS- FCI.- Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud – Familiar,
Comunitario e Intercultural

OMS.- Organización Mundial de la Salud

OR.- Odds ratio o Razón de Momios

SRO.- Sales de rehidratación oral

UNICEF.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 4.- Distribución de los participantes incluidos en el estudio, según características sociodemográficas.	40
Tabla 5.- Distribución del nivel de conocimiento familiar de los participantes incluidos en el estudio, Montecristi septiembre a noviembre 2016.	41
Tabla 6.- Distribución de los tipos de familia de los participantes incluidos en el estudio, Montecristi septiembre a noviembre 2016	41
Tabla 7.- Distribución del nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica de los cuidadores según características socio-demográficas, Montecristi septiembre a noviembre 2016.	43
Tabla 8.- Relación entre la edad y nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI. Montecristi septiembre a noviembre 2016.	44
Tabla 9.- Asociación del nivel de conocimientos de los cuidadores con la adaptabilidad y cohesión familiar. Montecristi septiembre a noviembre del 2016.	45

LISTA DE ANEXOS

	Página
ANEXO 1: Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III).	63
ANEXO 2: Encuesta sobre conocimientos de cuidadores de niños menores de 5 años sobre la estrategia AIEPI.	65
ANEXO 3: Consentimiento informado.	68

INDICE

Contenidos	Páginas
PORTADA	
AGRADECIMIENTO.....	1
ABREVIATURAS.....	2
LISTA DE TABLAS.....	3
LISTA DE ANEXOS.....	4
CAPITULO 1	
1.1 Resumen.....	9
1.2 Introducción.....	11
1.3 Justificación.....	12
1.4 Problema de Investigación.....	14
1.5 Objetivos.....	14
1.5.1 Objetivo general.....	14
1.5.2 Objetivos específicos.....	14
1.6 Hipótesis.....	15
CAPITULO 2	
2.1 Marco teórico.....	15
2.1.1 La familia.....	15
2.1.1.1 Definición.....	15
2.1.1.2 Funcionalidad familiar.....	16

2.1.1.3	Cohesión familiar.....	17
2.1.1.3.1	Definición y aspectos generales.....	17
2.1.1.4	Adaptabilidad familiar.....	19
2.1.1.4.1	Definición y aspectos generales.....	19
2.1.2	Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III).....	21
2.1.2.1	Consideraciones generales.....	21
2.1.3	Enfermedad diarreica aguda.....	23
2.1.3.1	Definición.....	23
2.1.3.2	Epidemiología.....	24
2.1.3.3	Fisiopatología.....	25
2.1.3.4	Evaluación y manejo integral.....	27
2.1.3.5	Nivel de conocimiento materno sobre las enfermedades Diarreicas.....	30
2.1.4	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	31

CAPITULO 3

3.1	Metodología.....	34
3.1.1	Universo.....	34
3.1.2	Muestra.....	34
3.1.3	Criterios de inclusión.....	35
3.1.4	Criterios de exclusión.....	35
3.1.5	Tipo de estudio.....	35

3.1.6 Recolección de datos.....	35
3.1.7 Operacionalización de las variables.....	36
3.1.8 Análisis estadístico.....	38
3.1.9 Análisis de datos.....	38

CAPITULO 4

4.1 Resultados.....	39
4.1.1 Características Sociodemográficas.....	39
4.1.2 Características sociodemográficas de los participantes del estudio.....	39
4.1.3 Tipos de familia y nivel de conocimiento familiar de los participantes incluidos en el estudio.....	40
4.1.4 Evaluación del nivel de conocimiento de los cuidadores y sus características sociodemográficas acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI.....	41
4.1.5 Asociación de la edad y nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI.....	42
4.1.6 Asociación de la edad y nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI.....	43
4.1.7 Asociación del nivel de conocimientos de los cuidadores con la adaptabilidad y cohesión familiar.....	44

CAPITULO 5

5.1 Discusión.....46

CAPITULO 6

6.1 Conclusiones.....51

6.2 Recomendaciones.....52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....53

ANEXOS.....62

CAPÍTULO 1

1.1 RESUMEN

Introducción: La vida familiar en armonía es fuente de satisfacción y la existencia de conflictos o tensiones repercute directamente como influencia negativa sobre la salud de sus integrantes en toda la esfera bio-psico-social. La evaluación de la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad de la práctica integral de la medicina familiar; actualmente contamos en nuestro medio con instrumentos estandarizados que facilitan el estudio y medición de la misma.

Objetivo: Evaluar la cohesión y la adaptabilidad familiar, según los niveles de conocimientos que tienen los cuidadores mayores de 18 años frente a la enfermedad diarreica aguda prevalente en la infancia en el Cantón Montecristi.

Metodología: Estudio de corte transversal, se realizó encuesta sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y se aplicó la Escala de Evaluación de la Cohesion y Adaptabilidad Familiar FACES III, con una muestra de 317 familias con niños menores de 5 años, en dicho cantón.

Conclusión: En forma general las madres no conocen sobre las enfermedades diarreicas y los signos de peligro en relación a la AIEPI, el nivel alto de conocimiento materno fue nulo. No hay relación significativa entre cohesión y adaptabilidad familiar y el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas. Se encontró 9 tipos de familia de acuerdo a la clasificación de Olson, la enredada-caótica prevaleció entre los demás tipos familiares con el 28,9%.

Palabras claves: cohesión y adaptabilidad, nivel de conocimiento, FACES III.

ABSTRACT

1.1. Summary

Introduction: Families living in harmony is a source of satisfaction and the existence of conflicts or problems will have repercussions as a bad influence on the health levels of the society.

Family functionality has become in a need on the practice of family medicine; for which there is a variety of standard instruments that has been introduced on the field making it easier its details and studies.

Objective: To evaluate the cohesion and family adaptability according to the level of knowledge that people over 18 who take care of the infants have confronting the diseases in Montecristi city.

Methodology: According to the studies of the poll made about the severe diarrhea contemplated in the Attention Integrated from the Prevalent Diseases the Childhood (AIEPI) we apply the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale FACES III, with a rate of 317 families on kids under the age of 5 in the above mentioned city.

Conclusion: In general terms mothers don't know about the diarrhea disease and its consequences according to the AIEPI, the level of knowledge on the mothers was zero. There is not a significant relation between cohesion and family adaptability and the level of knowledge of the mothers about the diarrhea disease. We find types of families according to the Olson classification, the confusion and chaos prevailed among the other family type with the 28.9%.

Key words: cohesion and adaptability, level of knowledge, FACES III.

1.2 INTRODUCCIÓN

La familia es considerada la unidad básica e importante de la salud para el desarrollo del hombre. Es la unión de personas que intervienen en proyectos de vida, con vínculos de sentimientos de pertenencia, compromiso personal entre sus integrantes y se instauran relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia, encargada de ofrecer cuidados básicos de satisfacción y salud a sus miembros. (Armas & Díaz, 2007)(García, Martha, García, & Isabel, 2013). El cumplimiento de todo este sistema conlleva a un buen funcionamiento familiar el cual se ha convertido en un factor importante para el desarrollo emocional, físico y social de los infantes, con la finalidad de cumplir funciones establecidas.

El funcionamiento familiar saludable interviene en la dinámica sistémica adecuada, implicando interacciones y relaciones en situaciones de crisis, para mantener la armonía familiar. (Moreno Marín, 2014) (Liu & Huang, 2016). Está basado en la cohesión que consiste en el grado de unión afectiva, emocional, de distancia o proximidad entre los miembros de una familia así como el grado de autonomía (Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús, & Pérez-Saavedra, 2014) (Campoverde & Guillermo, 2015) y la adaptabilidad que es la habilidad del sistema familiar para cambiar de forma casi invisible su estructura de poder, roles y reglas en respuesta a estresores evolutivos y situacionales que se presenten a lo largo del ciclo vital familiar. (Campoverde & Guillermo, 2015). La funcionalidad familiar es un fenómeno complejo y difícil de evaluar, por las diversas culturas que enmarcan a las familias, y este conlleva a realizar una evaluación necesaria para conocer cual es el conocimiento que tienen los miembros de las familias sobre de las enfermedades prevalentes de la infancia.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente rector de la salud, de acuerdo a las políticas de estado es el responsable de la revisión y actualización continua de las estrategias, dentro del entorno de los determinantes de la salud, garantizando el derecho a una atención equitativa, universal y solidaria a todos los infantes ecuatorianos. La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia creada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la finalidad de mejorar la salud infantil, enfocada en la atención de los menores de cinco años, mejorando la detección precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades diarreicas contempladas en dicha estrategia, evitando complicaciones mortales posteriores. Además incorpora, un importante contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención integrada. (Ortega Pintado & Padilla Calle, 2016)

Los cuidadores deben velar por los cuidados diarios de los niños menores de cinco años sanos o enfermos asegurando un buen crecimiento, desarrollo físico, mental y emocional, además conocer el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia, especialmente las enfermedades diarreicas agudas (EDA), para su oportuno y correcto manejo, y las señales de peligro para evitar daños graves o la muerte, además que participen directamente en crear buenas condiciones para una vida saludable. (Merga & Alemayehu, 2015)

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación propone evaluar la cohesión y la adaptabilidad familiar según la Escala de evaluación FACES III en relación al conocimiento que tienen los

cuidadores mayores de 18 años frente a la EDA contemplada en la AIEPI a nivel de nuestra localidad, debido a las escasas investigaciones regionales y locales sobre los cambios de la dinámica familiar cuando tienen niños menores de 5 años con alguna pérdida de la salud.

La cohesión y adaptabilidad familiar son factores determinantes en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad entre sus miembros. Es crucial que el grupo familiar sea evaluado para determinar que conocimientos tienen sobre la EDA en relación a la prevalencia de esta enfermedad contemplada en la AIEPI, y así describir la importancia que implica tener un niño menor de 5 años enfermo dentro del entorno familiar. Lo que se conoce hasta el momento es que no hay información suficiente, revisiones o artículos sobre la relación existente entre la cohesión y adaptabilidad familiar y el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños menores de 5 años.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se espera analizar el impacto de la cohesión y adaptabilidad familiar sobre el nivel de conocimiento de los cuidadores con respecto a la EDA contemplada en la AIEPI, además se puede valorar de manera indirecta la implementación de la estrategia AIEPI a nivel local, y así contribuir de alguna manera al fortalecimiento de dicha estrategia en la consulta médica en el Centro de Salud Montecristi, con el fin de garantizar la supervivencia infantil, llenando aquellos vacíos de conocimientos que aún tienen los cuidadores y así mejorar el bienestar de los niños, sobre todo de los más vulnerables.

1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye la cohesión y la adaptabilidad familiar en relación al conocimiento de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la estrategia AIEPI a nivel local?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Evaluar la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar, con los niveles de conocimientos que tienen los cuidadores mayores de 18 años, frente a la enfermedad diarreica aguda prevalente en la infancia, en el cantón Montecristi.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar que conocimientos tienen los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI.
- Identificar qué cambios se dan en la dinámica familiar cuando el niño/a presenta una enfermedad diarreica, valorando desde la cohesión y adaptabilidad familiar.
- Identificar las características socio-demográficas de los cuidadores de niños menores de 5 años que hayan presentado enfermedad diarreica aguda.
- Correlacionar los conocimientos, con la edad y el nivel de escolaridad de los cuidadores de niños menores de 5 años.

1.6 HIPÓTESIS

- Las familias que presentan una cohesión y adaptabilidad familiar equilibrada tienen mejores conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI ofreciendo mejores cuidados a los niños menores de 5 años.

CAPITULO 2

2.1. Marco teórico

2.1.1 La familia

2.1.1.1 Definición

La familia es considerada como el primer apoyo de un individuo y el pilar fundamental de la sociedad, que luego de transiciones a lo largo del tiempo han contribuido a que existan múltiples definiciones, considerándola en la actualidad como una agrupación de individuos que conviven bajo el mismo techo, específicamente se incluyen a padres e hijos, donde pueden existir vínculos de consanguinidad, parentesco, lazos afectivos, adoptivos, matrimoniales, compartiendo roles y costumbres para su propia generalización y globalización; construyendo su propia historia individual y sociocultural. (Minuchin, 2004) (Armas & Díaz, 2007) (Oliva, Parra, & Arranz, 2012).

La familia parte desde una concepción tradicional como un lugar primordial donde se comparten valores y riesgos potenciales entre sus integrantes. Desde otra perspectiva referente a los vínculos se la puede definir como un grupo de individuos que comparten consanguinidad independiente de la lejanía que tuvieren. Es por eso que cada familia

tiene su propia dinámica, funcionalidad, composición, roles y normas, así como aspectos económicos y socioculturales, deben ser flexibles contemplando sus integrantes para la integración al núcleo social. (Carbonell, Carbonell, & Martín, 2012). Los integrantes familiares deben cumplir a cabalidad las normas y roles del hogar para tener una funcionalidad adecuada.

2.1.1.2 Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es considerada cuando la familia cumple exitosamente con los roles, propósitos, funciones que le fueron histórica y socialmente asignados. Las familias tienen la capacidad de transmitir patrones propios de creencias, rituales, experiencias, reglas, normas y roles que se relacionen con el entorno social. (Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz, & Córdova-Soriano, 2016)(Moreno Marín, 2014). Las funciones universales están enfocadas en la reproducción, protección, socialización y afectividad; componentes elementales para la integración a la vida social; el desarrollo y ordenamiento de sus miembros conlleva a otras tareas básicas como la adaptación, comunicación, afectividad, autonomía, adaptabilidad, apoyo, reglas, roles, límites y normas. (Baeza, 2013)(Henao & María, 2012) (Rojas Valero & Rodríguez Chacón, 2016)

Las relaciones familiares están ligadas a propósitos y objetivos fundamentales que sirven como protección psicosocial, acomodación y transmisión de las culturas. (Campoverde & Guillermo, 2015) (Ferrer-Honores et al., 2014) (Liu & Huang, 2016). Desde este enfoque la cohesión y adaptabilidad se encuentran implicados en la funcionalidad familiar.

2.1.1.3 Cohesión familiar

2.1.1.3.1 Definición y aspectos generales

La cohesión familiar se basa en el vínculo emocional y autónomo que existe entre los miembros de una familia (independencia, límites internos y externos, generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio), en otras palabras es cuando los miembros familiares se interesan por la familia en sí, se comprometen y ayudan mutuamente. Es fundamental evaluar el estudio de las familias e identificar las disfuncionalidades de los sistemas y subsistemas para poder lograr intervenciones adecuadas, en búsqueda de la estabilidad familiar. (A. I. M. Rojas, 2015) (Rabinowitz, Osigwe, Drabick, & Reynolds, 2016)

La psicología determina que la cohesión se fundamenta en la medición de la “intensidad de lazos emocionales que los integrantes familiares desarrollan entre sí”, expresándose en actitudes de apoyo mutuo y afecto recíproco. Pues bien, las investigaciones sociológicas de la familia, revelan que el impacto de la cohesión familiar afecta positivamente en el desarrollo de los hijos y favorece el juicio moral de los niños. En ese tipo de familias los padres son la fuente principal de influencia moral y ejercen un mayor control en los estándares morales de los hijos. (I. G. Rojas & Saavedra, 2014). Para una mejor comprensión de la cohesión familiar se ha adaptado estrategias como las cinco R:

- Reglas (identificar reglas familiares, delineando comportamientos de sus integrantes),
- Rutina (crear seguridad, ayuda a los niños a normalizar sus vidas, promover comunicación entre sí),

- Responsabilidad (fomenta identidad, pertenencia en los miembros familiares),
- Reconocimiento (reconocimiento entre sí, aumenta la confianza y autoestima),
- Recreación (las familias para ser saludables deben divertirse y construir recuerdos positivos, para fomentar lazos emocionales, comunicación y sentimientos de unión familiar). (Tharaldson, 2015)

La cohesión para su mejor comprensión se clasifica en cuatro categorías, de acuerdo al modelo circumplejo de Olson y Cols., esta clasificación está enfocada para la descripción de las características que tienen las familias dentro de la dimensión núcleo familiar: (Bernal & César, 2012) (Gallego Mosquera, León Pedraza, Martín Padilla, & others, 2012)

- Desvinculadas o desprendidas (tienen límites rígidos, cada integrante se convierte en un subsistema, hay poca comunicación)
- Separadas (tanto los límites externos e internos son de forma semiabierta, son claros, cada miembro es un subsistema, pero toman decisiones familiares)
- Unidas o conectadas (límites claros e intergeneracionales, los externos son semiabiertos, cada integrante se desarrolla individualmente)
- Enredadas o amalgamadas (límites difusos, no diferenciación e identificación de los roles de cada individuo de la familia. (Campoverde & Guillermo, 2015)

A medida que surgen las investigaciones científicas en relación a la cohesión, se destaca la importancia de la vinculación emocional o unidad de solidaridad, junto a la participación de toda la familia para el fortalecimiento y armonía, por lo tanto disminuir la carga de enfermedades. Es así que en familias que tienen a cualquiera de sus integrantes, con padecimientos de enfermedad aguda o crónica, tienen influencia directa en el resto de los integrantes familiares especialmente en los niños. (Falcão,

Teodoro, & Bucher-Maluschke, 2016)(Sui, Wang, Liu, & Wang, 2015). En consecuencia tiene repercusiones en el comportamiento de los individuos de una familia, por factores de riesgo como conflictividad entre padres e hijos, relaciones familiares disfuncionales, los estudios apuntan al fortalecimiento de la cohesión para la disminución de los problemas de conductas y comportamiento en los niños y los demás miembros de la familia. (Bernal & César, 2012) estos cambios que se realizan dentro del sistema familiar donde sus miembros tienen la capacidad de asumir nuevos roles y poder sobrellevar una situación externa o interna se la conoce como adaptabilidad familiar.

2.1.1.4 Adaptabilidad familiar

2.1.1.4.1 Definición y aspectos generales

La adaptabilidad es considerada como la capacidad que tiene la familia en general para cambiar su estructura de poder, roles y sus relaciones con los diversos factores de estrés externos. Los grupos de familias se estructuran de acuerdo a la función de sus niveles de adaptabilidad, se ha comprobado tener efectos positivos y profundos sobre los niños, desde la escuela, la religión con el comportamiento. (Campoverde & Guillermo, 2015). Además se la define como la habilidad del sistema o grupo familiar para modificar roles y reglas familiares, en relación al desarrollo evolutivo del ciclo vital familiar o en comparación al estrés provocado por diferentes situaciones concretas (asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas, afectividad). (González-Pianda et al., 2013)

El modelo de Olson también clasifica a la adaptabilidad en cuatro categorías, de acuerdo a las características del núcleo familiar: (Gallego Mosquera et al., 2012).

- Rígida (la familia tiene niveles bajos de adaptabilidad, roles definidos y establecidos, sin lugar a cambio, padres autoritarios y niños con niveles bajos de creatividad),
- Estructurada (las familias muestran puntuaciones moderadas de adaptabilidad, roles familiares estables y claros, son menos rígidas, control de los padres pero compartidas, pequeños cambios),
- Flexible (las familias demuestran mayores puntuaciones de adaptabilidad al tiempo, son abiertos al cambio y adaptables a factores de estrés externos, proporcionan orientación y liderazgo con la participación activa de los niños)
- Caótica (las familias presentan niveles altos de caída en la adaptabilidad de la estructura familiar, ausencia de liderazgo y comunicación, los roles se desplazan entre padres e hijos con cambios constantes, provocan desestabilización y problemas para el bienestar de los niños y el funcionamiento familiar. (Joh, Kim, Park, & Kim, 2013) (Rada, 2014)

Debido a que el funcionamiento familiar es un fenómeno complejo, muchas veces difícil de evaluar, especialmente con procedimientos psicométricos, se han ido introduciendo en nuestro medio varios instrumentos estandarizados, con el fin de facilitar el estudio y medición de la funcionalidad familiar, uno de ellos es la escala de evaluación familiar FACES III.

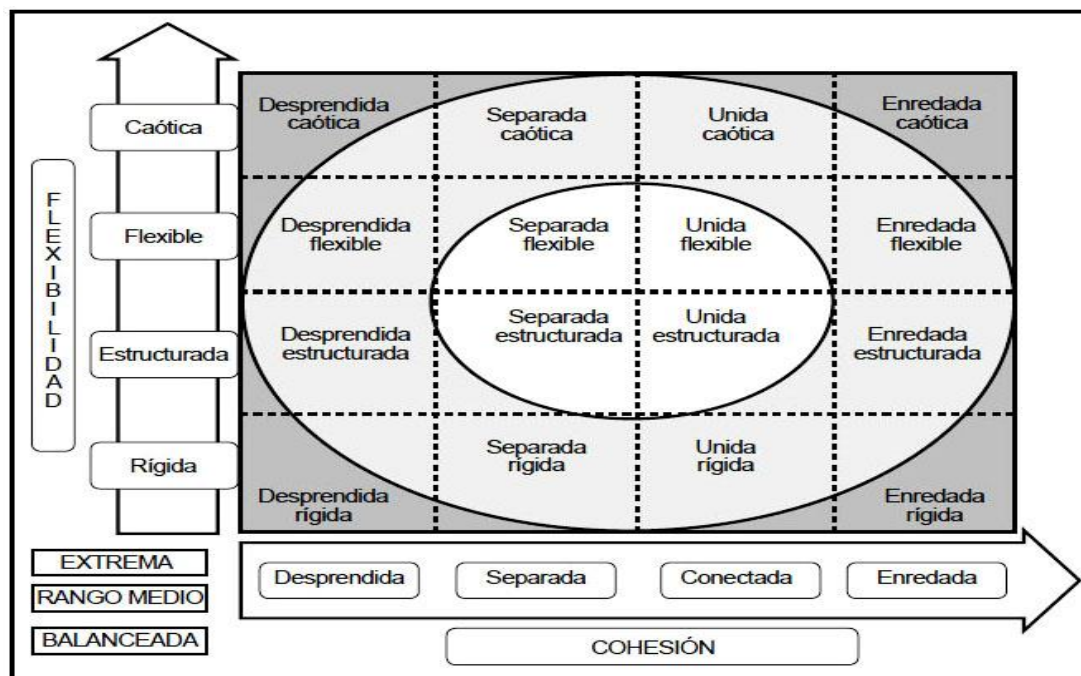
2.1.2 Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

2.1.2.1 Consideraciones generales

En la actualidad la funcionalidad familiar es evaluada por instrumentos validados, uno de los modelos con mayor impacto para comprender e interpretar los sistemas familiares es el Modelo Circunflejo de Olson, Sprenkle y Russell, el cual hace énfasis en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación dentro de la dinámica familiar. Después de varios años la modificaron y convirtieron en la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES-III), que tiene como prioridad medir en forma cualitativa y cuantitativa la cohesión y adaptabilidad familiar, es un instrumento sencillo de aplicar en la población mayor de 12 años de edad, con un grado mínimo de escolaridad, puede ser realizada por individuos, parejas o familias. (Kim, Kim, & Joh, 2015) (Campoverde & Guillermo, 2015). Por los múltiples cambios familiares, los investigadores cumplen un papel importante en la creación de este instrumento de evaluación familiar.

La tercera versión de la FACES-III, fue modificada y adaptada a contextos culturales en 1992 por David Olson, ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del modelo Circunflejo: la cohesión y la adaptabilidad o flexibilidad, la comunicación se valora de forma implícita, consta de 20 ítems (10 ítems para cohesión y 10 para adaptabilidad), y recibe puntuaciones a través de una escala de tipo Likert con rangos de uno a cinco puntos, esta escala nos permite obtener una visión del funcionamiento familiar real e ideal, se evidencian 16 tipos de sistemas familiares y maritales (Campoverde & Guillermo, 2015) (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2012)

Cuadro N°1.- Caracterización de los sistemas familiares según el nivel de cohesión y adaptabilidad o flexibilidad



Fuente: Manual original del FACES-III de Olson, Russell y Sprenkle

La escala FACES III ha sido adaptada y validada en diferentes países a nivel mundial, para la evaluación de la funcionalidad familiar, obteniendo resultados favorables, puntualizando en la suficiente confiabilidad entre rangos de 70-80% y validez necesaria, cumpliendo con los propósitos desde su punto de vista de contenido y estructura factorial para ser utilizado en las poblaciones, ya sea individual o en grupos. (Bazo-Alvarez et al., 2016) (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria, & Landgrave Ibáñez, 2012) (Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp, & Diez, 2013). La familia al ser un sistema de cambios constantes, obliga a meditar cuales son aquellas dificultades que alteran la dinámica familiar, sobre todo cuando uno de sus miembros se ve afectado por alguna pérdida de la salud, principalmente en niños, los cuales se ven más afectados por enfermedades prevalentes de la infancia como lo es la enfermedad diarreica aguda.

2.1.3 Enfermedad diarreica aguda

La diarrea aguda es muy frecuente en niños menores de 5 años, con una alta mortalidad y morbilidad a nivel mundial. La organización Mundial de la Salud (OMS), promueve un control importante centrado fundamentalmente en el uso de las sales de rehidratación oral y en el entrenamiento de profesionales de la salud con el fin de disminuir los altos índices de mortalidad.

2.1.3.1 Definición

La diarrea aguda se puede definir como el aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida, acompañada de signos y síntomas tales como dolor abdominal, fiebre, vómitos y náuseas; proceso clínico común de patología gastrointestinal, (Mwambete & Joseph, 2012) (WHO, 2014). Es la segunda causa de mortalidad prevenible en infantes menores de cinco años de edad. Se clasifica de acuerdo a la duración del proceso diarreico: en forma aguda (que dura menos de 14 días), forma persistente (que dura entre 14 a 30 días) y forma crónica (que dura más de un mes de evolución), de múltiples causas etiológicas: inflamatorias (virales, bacterianas, hongos y parasitarias) y las no inflamatorias. (Gebru, Taha, & Kassahun, 2014) (Riddle, DuPont, & Connor, 2016). La diarrea provoca inflamación de la mucosa gástrica y del intestino, alterando en el ritmo de la defecación, y aumentando la pérdida de agua y electrolitos a través de las heces.

La OMS la define como tres o más deposiciones al día, por lo que se considera que las enfermedades diarreicas son entidades clínicas prevenibles y tratables. (Mwambete & Joseph, 2012) (WHO, 2014).

2.1.3.2 Epidemiología

Los procesos diarreicos a nivel mundial ocupan los primeros lugares de morbi-mortalidad infantil, cobra la vida aproximadamente de dos millones de infantes menores de 5 años cada año, el 22% ocurren en países de África, la gran carga mundial de morbilidad por enfermedades diarreicas se encuentra estrechamente relacionada por múltiples causas indirectas como el índice de pobreza, insuficiente accesibilidad a los servicios de salud y disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, conductas desfavorables de los cuidadores y/o miembros de la familia, las cuales redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, falta de acceso y mala calidad de los servicios básicos, de salud, falta de información y educación pertinentes. (Merga & Alemayehu, 2015)

Actualmente en América Latina, se estima que la enfermedad diarreica aguda representa entre el 70 y el 80% del motivo de consultas pediátricas en los servicios de salud, constituyendo en forma general una problemática de salud sanitaria. La tasa de mortalidad según la edad, de acuerdo a las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, por causas transmisibles dentro de las que se encuentra la EDA es de 105 por 100.000 habitantes. En Ecuador las dos principales causas de mortalidad infantil entre los menores de cinco años son la neumonía y las enfermedades diarreicas. Reportes del INEC, en el año 1990 la tasa de mortalidad de infantes menores de cinco años fue de 43.1 por cada mil nacidos vivos, en el año 2004 de 21.8; es decir, 1.9 veces menor y en el año 2010, la mortalidad infantil disminuyó a 19.65 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos. (Maza & Patricia, 2015)

En nuestro medio la principal causa etiológica es la viral, los agentes bacterianos son predominantes en determinadas épocas del año y en niños mayores. Los parásitos

constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos. El primer virus identificado en 1972 como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, fue el virus Norwalk, desde entonces se han identificado otros virus tales como: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos. Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, produciendo una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, especialmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentemente detectados a nivel hospitalario y, en países de clima templado, sobre todo en los meses fríos. En cuanto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp, los cuales en estudios epidemiológicos infantiles realizados estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria. Debido a la escasez de estudios en heces de las distintas variedades de *E. coli* no se cuenta con datos específicos en nuestro medio.

La diarrea puede ser clasificada de acuerdo a la duración como: aguda (que dura menos de 14 días), persistente (que dura entre 14 a 30 días) y crónica (que dura más de un mes) (Gebru, Taha, & Kassahun, 2014) (Riddle, DuPont, & Connor, 2016)

2.1.3.3 Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico de la diarrea es provocado por alteraciones del transporte de solutos a través de la pared intestinal, es decir una inadecuada absorción de agua y electrolitos en relación a la secreción. El contenido de agua incrementada en las heces (por encima del valor normal de aproximadamente 10 ml / kg / día en el lactante y del niño pequeño), se debe a un desequilibrio de los procesos intestinales que participan en la absorción de iones, sustratos orgánicos, agua y en la secreción,

estos son los dos mecanismos básicos que provocan los procesos diarreicos. (Guandalini, 2016)

La penetración de la barrera mucosa por antígenos de microorganismos o toxinas estimula la secreción epitelial de agua e iones, por lo tanto, pueden dañar el enterocito produciendo una disminución en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio. La lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso además una proteína viral actuaría como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria por protozoos tales como Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum y Microsporidium. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces. La gran pérdida de líquidos y electrolitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño, por tener una mayor área de superficie corporal, un cuantioso flujo intestinal en relación con el peso del adulto y, por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles. En estas edades existe mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal.

La fisiopatología de las enfermedades diarreicas para su mejor comprensión se los clasifica en cuatro entidades clínicas: secretora (mediadas por aumento de AMP cíclico), osmótica (dilución de iones inorgánico en el lumen intestinal), inflamatoria (daño del enterocito e inflamación), alteraciones en la motilidad (hipo e hipermotilidad

intestinal). (Navaneethan & Giannella, 2012). Al conocer los procesos fisiopatológicos es importante realizar intervenciones en la evaluación y terapéutica de las enfermedades diarreicas.

2.1.3.4 Evaluación y manejo integral

Las enfermedades diarreicas son procesos en su mayoría autolimitados, generalmente requieren una exhaustiva valoración del paciente mediante la realización de una historia clínica adecuada para establecer la pertinente indicación terapéutica y evitar o disminuir complicaciones graves de los procesos diarreicos en los infantes. La deshidratación se asocia fuertemente con la mortalidad infantil de acuerdo a sus grados de clasificación (sin deshidratación, algún grado de deshidratación, deshidratación grave) datos detallados se observan en el Cuadro N° 2. (Flórez et al., 2015)

Los microorganismos identificados en casos de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, en orden de frecuencia son el rotavirus, y en las formas bacterianas destacan la *Escherichia Coli* (enteropatógena y enterotoxígena), *Salmonella*, *Campylobacter* y *Shigella* (estas dos últimas menos del 6%). (Wardlaw, Salama, Brocklehurst, Chopra, & Mason, 2011) (Mora et al., 2014). Las intervenciones multidisciplinarias de las enfermedades diarreicas como prioridad son la historia clínica, valoración del paciente e indicación de exámenes complementarios adecuados.

Cuadro N° 2.- Clasificación del estado de hidratación según signos de deshidratación

Deshidratación grave

Presencia de 2 o más de los siguientes signos:

- ojos hundidos
- letárgico o inconsciente
- signo de pliegue >2 segundos

Algún grado de deshidratación

Presencia de 2 o más de los siguientes signos

- ojos hundidos o bebe ávidamente (presencia de sed)
- intranquilo o irritable
- signo de pliegue < 2 segundos

Sin deshidratación

Presencia de 1 o ningún signo de los siguientes:

- ojos hundidos
- bebe ávidamente (presencia de sed)
- intranquilo o irritable o signo de pliegue < 2 segundos

Fuente: Clinical Practice Guidelines for acute diarrhea in children under 5 years old: Diagnosis and treatment

Actualmente no se recomienda el uso de pruebas diagnósticas en la materia fecal como azúcares reductores, pH, sangre oculta, conteo de leucocitos y lactoferrina; a menos que existe la presencia de sangre macroscópica o pus en las deposiciones diarreicas o signos clínicos como: fiebre alta (mayor o igual a 39 °C) o estado general regular luego de la hidratación, con la finalidad de identificar los niños con alta probabilidad de infección bacteriana invasora. Además se sugiere la solicitud de coprológico o coproparasitario en casos de EDA con duración mayor de siete días, y coprocultivo en casos de sospecha de bacteriemia o septicemia. (Flórez et al., 2015) (Yhuri Carreazo, Ugarte, & Huicho, 2011)

En relación al manejo y vigilancia de los menores de cinco años con procesos diarreicos se debe tener en cuenta los signos de alarma tales como: más de 10 deposiciones diarreicas en 24 horas y cinco o más vómitos en una hora o signos de choque como disminución del nivel de conciencia, letargia, convulsiones, piel pálida

o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión, dolor abdominal intenso, evitando así complicaciones fatales en este grupo de edad . (Mora et al., 2014) (Flórez et al., 2015) (Maza & Patricia, 2015)

Para tratar la diarrea en casa es importante enseñar 4 reglas principales (Plan A): darle más líquidos (leche materna, agua limpia, suero oral, sopas, agua de arroz, agua de canela, jugo de frutas frescas sin excesiva azúcar), dar suplementos de zinc (a partir de los 2 meses de edad), continuar la alimentación (leche materna en < de 6 meses y alimentación habitual, fraccionada, apetecibles, no dulces, grasas o condimentos en niños mayores) e indicar los signos de alarma para regresar de inmediato. No se recomienda el uso de suero casero por el peligro de preparar solución hipotónica o hipertónica (MSP, 2016)

Para tratar la deshidratación con SRO (Plan B): se debe administrar durante 4 horas en el servicio de salud el siguiente esquema:

Edad	< 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a < 2 años	2 a 5 años
En ml	200 – 450 ml	450 – 800 ml	800 – 960 ml	960 – 1600 ml

Fuente: Cuadro de procedimientos AIEPI para niños y niñas de 2 meses a 4 años de edad (2016)

Si se conoce el peso del niño o niña, se puede calcular multiplicando el peso en Kg por 75, el total se fracciona por 4 horas. Luego de este tiempo se reevalúa al paciente, se clasifica la deshidratación y se selecciona el plan adecuado para continuar el tratamiento.

En caso de deshidratación grave para tratarla rápidamente (Plan C), hay que comenzar a dar líquidos IV de inmediato, de la siguiente manera: Primera hora 50ml/kg; segunda y tercera hora 25ml/kg; vigilar constantemente y evaluar al niño/a cada hora, clasificar

la deshidratación y seleccionar el Plan adecuado. Es por eso que se deben instaurar estrategias de intervención con el objetivo de mejorar e impulsar a las madres sobre el conocimiento de la enfermedad diarreica y su manejo, evitando complicaciones graves que pueden llegar incluso hasta la muerte.

2.1.3.5 Nivel conocimientos materno sobre las enfermedades diarreicas.

El conocimiento de las madres en relación a las enfermedades diarreicas depende de diferentes factores: nivel de educación materno, nivel socioeconómico, antecedentes previos de manejo de esta patología, ocupación, etnia, entre otros. Es de vital importancia el reconocimiento de los signos de alarma de parte de los padres y/o cuidadores para una actuación médica adecuada y oportuna de los procesos diarreicos en menores de cinco años. (Merga & Alemayehu, 2015). Entonces el conocimiento materno de las enfermedades diarreicas se fundamenta de la información que los padres obtienen por sí mismos, en contacto con otras personas o experiencias vividas. (Granda Chávez, 2015)

Múltiples investigaciones reflejan que las madres están familiarizadas con el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) a largo plazo tanto en su preparación y administración. Pero los signos de peligro como la deshidratación infantil por efectos de los procesos diarreicos y la prevención y manejo adecuado en la mayoría pasan desapercibidos por las madres de los infantes. (Mukhtar, Mohamed Izham, & Pathiyil, 2011) (Lacruz-Rengel, Calderón, Angulo, Mata, & Quintero, 2012)

El conocimiento general materno sobre la prevención y manejo de las enfermedades diarreicas es regular en la población mundial, además persisten las costumbres y

creencias de la prohibición de la lactancia materna en lactantes con procesos diarreicos, es importante reconocer los signos de alarma y gravedad en los infantes para disminuir las complicaciones y los altos índices de mortalidad infantil. (Jhonnell Alarco, Aguirre-Cuadros, & Alvarez-Andrade, 2013) (Moawed & Saeed, 2012). Es importante la participación de la familia en general para reconocer los signos de peligro y el manejo primario de las enfermedades prevalentes de la infancia, basados en estrategias y programas preventivos de salud.

2.1.4 Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

A nivel mundial y en particular en América Latina la situación de los niños menores de cinco años requiere atención especial, debido a los elevados índices de mortalidad debido a enfermedades infecciosas tales como la diarrea, enfermedad respiratoria aguda, desnutrición, maltrato y violencia, es por ello que la OMS y la UNICEF desde 1992, desarrollaron la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) contribuyendo a disminuir la mortalidad de dichas enfermedades prevalentes en menores de cinco años, las cuales son prevenibles con prácticas saludables de bajo costo y de fácil aplicación. (Tenesaca et al., 2016) (PAHO-WHO, 2012) (Gómez, Garreta, Arboleda, & Macías, 2016)

La estrategia AIEPI fue creada para mejorar la calidad de atención de los niños menores de cinco años, actualmente es la principal herramienta centrado en la atención del estado de salud de los menos de cinco años y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. Así de esta manera disminuir la morbi-mortalidad, y dar oportunidades de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud. Además incorpora un

fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable. (PAHO-WHO, 2012) (López Ríos & Castillo Soza, 2016)

La estrategia AIEPI fue adoptada en los sistemas de salud de Ecuador a partir de 1996, contemplado en el MAIS- FCI (Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural) como estrategia nacional de la atención en los servicios de salud combina actividades que habitualmente se realizan en forma fragmentada.(Ortega Pintado & Padilla Calle, 2016)

Los objetivos de la estrategia AIEPI son:

1. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente causada por infecciones respiratorias agudas IRAS (neumonía), diarrea aguda, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
2. Reducir la incidencia y/o gravedad de episodios de patologías infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinal, meningitis, tuberculosis, malaria, así como sus complicaciones.
3. Garantizar una adecuada calidad de atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad.
4. Fortalecer la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, contribuyendo a mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida y la calidad de atención del niño en el servicio de salud, el hogar y la comunidad.(Ortega Pintado & Padilla Calle, 2016)

5. Apoyar los esfuerzos dirigidos a fortalecer actitudes, habilidades y destrezas en la familia y la comunidad para el cuidado de los niños menores de 5 años, así como la debida protección del ambiente.

La estrategia AIEPI es una estrategia fundamental para mejorar la salud del niño, la cual integra las mejores medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incorporando acciones, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento de los prestadores de salud, la familia y la comunidad en general; promoviendo ambientes y estilos de vida saludables, prevención de enfermedades mediante la vacunación, evaluación del estado nutricional y la buena alimentación, uso de micronutrientes como hierro, vitamina A, zinc, control del crecimiento y desarrollo, detección precoz y tratamiento efectivo de las enfermedades más frecuentes y finalmente mejorar la calidad de la atención de los niños y sus familias en el hogar y en los servicios de salud aumentando la cobertura a los cuidados de salud integrales y obteniendo resultados favorables de salud y nutrición y la reducción de la mortalidad

CAPITULO 3

3.1 Metodología

3.1.1 Universo

El universo de estudio se constituyó por las familias que tienen niños menores de cinco años de edad, originarios del sector II del Cantón Montecristi. En este sector habitan aproximadamente 4000 familias, pertenecientes al Distrito de Salud # 13.

3.1.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra, se utilizó un nivel de confianza del 95%, una prevalencia del 50% y un margen de error del 5,5%. Por lo que el desglose de la fórmula fue el siguiente:

Cálculo de la muestra con una fórmula para población finita

N= Tamaño de la población

n= Tamaño de la muestra que se requiere

α = Desviación estándar de la población que cuando no se tiene su valor se usa un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual).

e^2 = rango de error (0.05)

$$n = \alpha Z^2 \times p \times q / e^2$$

$$n = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.055^2$$

$$n = 3.8416 \times 0.25 / 0.003025$$

$$n = 3.8416 \times 82.6$$

$$n = \mathbf{317}$$

Total la muestra para el estudio: 317 pacientes.

3.1.3 Criterios de inclusión

- Niños menores de 5 años
- Niños con procesos diarreicos

3.1.4 Criterios de exclusión

- Niños mayores de 5 años
- Niños con problemas respiratorios

3.1.5 Tipo de estudio.

Corte transversal.

3.1.6 Recolección de datos

Para el estudio se utilizó dos cuestionarios aplicados a los familiares seleccionados en la muestra:

- Se aplicó dos encuestas que consta de 2 partes: la primera incluyó datos socio-demográficos del cuidador; y la segunda evaluó los conocimientos del cuidador del niño menor de 5 años.
- Escala de evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar FACES III; en el que se registró la información de cohesión y adaptabilidad familiar. Se aplicó a madres mayores de 18 años. Consiste en 20 preguntas siendo opciones de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), la calificación se realizó de la siguiente manera:

CALIFICACIÓN

- **COHESIÓN.-** Suma de los puntajes en ítems nones
- **ADAPTABILIDAD.-** Suma de puntajes en ítems pares
- Las calificaciones obtenidas se cotejan en las amplitudes de clase de las tablas siguientes:

Cohesión	Amplitud de clase
No Relacionada	10 - 34
Semi-relacionada	35 - 40
Relacionada	41 - 45
Aglutinada	46 - 50

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 - 19
Estructurada	20 - 24
Flexible	25 - 28
Caótica	29 - 50

Fuente de la información:

Cuidadores de menores de 5 años, tales como padres, abuelos, hermanos u otros mayores de 18 años de edad a cargo del cuidado de dichos niños.

3.1.7 Operacionalización de las variables

<u>Variable</u>	<u>Concepto operativo</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Escala</u>	<u>Indicador</u>
Edad	Años de vida del cuidador encuestado	Cuantitativa Discreta	Años	Mediana, media, Desviación estándar
Sexo	Características biológicas que diferencian entre un hombre y una mujer.	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Proporción
Estado civil o conyugal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa Nominal	Soltero Unido Separado Casado Divorciado Viudo	Proporción

Escolaridad	Nivel educativo de mayor grado aprobado por una persona	Cualitativa Ordinal	Sin escolaridad Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Proporción
Ocupación	Trabajo, labor o quehacer que realiza una persona.	Cualitativa Ordinal	Ama de casa Desempleado Empleado Estudiante	Proporción
Parentesco	Vínculo familiar del cuidador con el menor de 5 años	Cualitativa Nominal	Padre/madre Hermanos Abuelos Tíos Otros	Proporción
Cohesión familiar	Se define como el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia.	Cualitativa Nominal	Desvinculada (no relacionada) Separadas (Semi - relacionada) Conectada (relacionada) Amalgamada (aglutinada)	Proporción
Adaptabilidad familiar	Se define como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales.	Cualitativa Nominal	Rígida Estructurada Flexible Caótica (FACES III)	Proporción
Conocimientos AIEPI	Es el nivel de concienciación y comprensión que tienen los cuidadores respecto a los signos de alarma de un niño menor de 5 años enfermo.	Cualitativa	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Proporción

3.1.8. Análisis estadístico

Se utilizó pruebas estadísticas descriptivas, de asociación y de significancia estadística.

Estadística descriptiva, para las variables cualitativas se usó la distribución proporcional, los resultados fueron presentados en tablas. Para las variables cuantitativas se usó las medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y como medida de dispersión la desviación estándar.

Medidas de asociación, para medir la relación/asociación entre las variables independientes y las variables dependientes, se utilizó la razón de prevalencia.

Medidas de significancia estadística, para los resultados de las medidas de estadística descriptiva se utilizó intervalos de confianza. Las medidas de asociación, fueron valoradas con el Chi 2 e intervalos de confianza para analizar su validez en el universo.

3.1.9 Análisis de los datos

La recolección de la información se realizó a todos los participantes que firmaron el consentimiento informado de la OMS, estos incluyen: Padres o cuidadores. Todos los cuestionarios fueron anónimos, para preservar la confidencialidad de los participantes, sin embargo con fines estadísticos se asignó un código.

CAPÍTULO 4

4.1 Resultados

4.1.1 Características Sociodemográficas

Todos los participantes que cumplieron los criterios de selección muestral (317 familias) fueron incluidos en el estudio y el 100% de ellos participaron en la investigación. De las cuales el sexo femenino principalmente las madres predominó con 304 (95,9%; IC_{95%} 92,9-97,7).

4.1.2 Características sociodemográficas de los participantes del estudio

De acuerdo a las variables revisadas se revela los diferentes factores que influyen en el conocimiento de la AIEPI de familiares en relación a la cohesión y adaptabilidad, predomina tener alto nivel educativo 292 (92,1%; IC_{95%} 88,4-94,7), el de menor proporción es ser divorciado 3 (1%; IC_{95%} 0,2-2,9) entre los participantes, una comparación detallada se observa en la tabla 4.

Tabla 4.- Distribución de los participantes incluidos en el estudio, según características sociodemográficas

Variable	Categoría	"n"	%	IC_{95%}
Edad niños	<24 meses	104	32,8	27,7-38,3
	> 24 meses	213	67,2	61,6-72,2
Es Madre adolescente	Si	205	64,7	59,1-69,8
Nivel Educativo	Bajo	25	7,9	5,2-11,5
	Alto	292	92,1	88,4-94,7
	Soltero	53	16,7	12,8-21,3
Estado Civil	Unión libre	113	35,6	30,4-41,2
	Separado	26	8,2	5,5-11,9
	Casado	111	35	29,8-40,5
	Divorciado	3	1	0,2-2,9
	Viudo	11	3,5	1,8-6,3
Parentesco Cuidador	Madre	195	61,5	55,8-66,8
	Padre	10	3,2	1,6-5,9
	Tío/a	54	17	13,1-21,7
	Abuelo/a	58	18,3	14,2-23
	Ama de casa	197	62,1	56,5-67,4
Ocupación	Desempleado	31	9,8	6,8-13,7
	Empleado	51	16,1	12,3-20,7
	Estudiante	38	12	8,7-16,2

Fuente: Estudio Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI

Elaborado por: Alvia K; Andrade M

4.1.3 Nivel de conocimiento familiar de los participantes incluidos en el estudio

En la tabla 5, se encontró que el conocimiento regular sobre AIEPI tuvo mayor proporción 307 (96,8%; IC_{95%} 94,0-98,3).

Tabla 5.- Distribución del nivel de conocimiento familiar de los participantes incluidos en el estudio, Montecristi septiembre a noviembre 2016

Variable	Categoría	"n"	%	IC_{95%}
Conocimiento AIEPI	Bueno	0	0	0
	Regular	307	96,8	94,0-98,3
	Malo	10	3,2	1,6-5,9
Cohesión familiar	Si	222	70	64,6-74,9
	No	95	30	25-35,3
Adaptabilidad familiar	Si	200	63,1	57,5-68,4
	No	117	36,9	31,6-42,5

Fuente: Estudio Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI
Elaborado por: Alvia K; Andrade M

4.1.4 Tipos de familia de los participantes incluidos en el estudio

En la tabla 6, se encontraron 9 (75%) de los 12 tipos familiares, la familia unida estructurada presentó 9 (2,8%; IC_{95%} 1,3-5,5).

Tabla 6.- Distribución de los tipos de familia de los participantes incluidos en el estudio, Montecristi septiembre a noviembre 2016

Variable	Categoría	"n"	%	IC_{95%}
Familia desprendida caótica	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia separada caótica	Si	19	6	3,7-9,4
	No	298	94	90,6-96,3
Familia unida caótica	Si	35	11	7,9-15,2
	No	282	89	84,8-92,1
Familia enredada caótica	Si	82	28,9	21,2-31,1
	No	235	74,1	68,9-78,8

Familia desprendida flexible	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia flexible separada	Si	78	24,6	20,0-29,8
	No	239	75,4	70,2-79,9
Familia flexible unida	Si	27	8,5	5,7-12,2
	No	290	91,5	87,7-94,2
Familia enredada flexible	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia desprendida estructurada	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia estructurada separada	Si	34	10,7	7,6-14,7
	No	283	89,3	85,2-92,3
Familia estructurada unida	Si	9	2,8	1,3-5,5
	No	308	97,2	94,4-98,6
Familia enredada estructurada	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia desprendida rígida	Si	14	4,4	2,5-7,5
	No	303	95,6	92,5-97,5
Familia separada rígida	Si	20	6,3	4-9,7
	No	297	93,7	90,2-96
Familia unida rígida	Si	0	0	0
	No	317	100	100
Familia enredada rígida	Si	0	0	0
	No	317	100	100

Fuente: Estudio "Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI
Elaborado por: Alvia K; Andrade M

4.1.5 Evaluación del nivel de conocimiento de los cuidadores y sus características sociodemográficas acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI

La tabla 7 revelo que ser madre adulta tiene regular conocimiento sobre enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI 110 (98,2%), y además ser madre adulta tiene nivel malo sobre estos conocimientos 2 (1,8%).

Tabla 7.- Distribución del nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreaica de los cuidadores según características sociodemográficas. Montecristi septiembre a noviembre 2016

Variable	Nivel de conocimiento de AIEPI			
	Excelente	Regular	Malo	
Parentesco cuidador	Madre	0	188 (96,4%)	7 (3,6%)
	Padre	0	10 (100%)	0
	Tío/a	0	51 (94,4%)	3 (5,6%)
	Abuelo/a	0	58 (100%)	0
Sexo	Masculino	0	0	13 (100%)
	Femenino	0	10 (3,3%)	294 (96,7%)
Es madre adolescente	Si	0	197 (96,1%)	8 (3,9%)
	No	0	110 (98,2%)	2 (1,8%)
Nivel educativo	Bajo	0	25 (100%)	0
	Alto	0	282 (96,6%)	10 (3,4%)
Ocupación	Dentro casa	0	258 (97%)	8 (3%)
	Fuera casa	0	49 (96,1%)	2 (3,9%)
Madre con pareja	Si	0	217 (96,9%)	7 (3,1%)
	No	0	90 (96,8%)	3 (3,2%)

Fuente: Estudio "Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreaica aguda contemplada en la AIEPI
Elaborado por: Alvia K; Andrade M

4.1.6 Asociación de la edad y nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreaica contemplada en la AIEPI

En la tabla 8 no se observó asociación significativa entre la edad, nivel de escolaridad entre nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreaica contemplada en la AIEPI, las demás características no demostraron asociación significativa.

Tabla 8.- Relación entre la edad y nivel de escolaridad con el nivel de conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI. Montecristi septiembre a noviembre 2016

Variable	Nivel de conocimiento de AIEPI					
	Regular	Malo	OR	IC95%	Valor p	
Edad madre	19-34 años	197 (96,1%)	8 (3,9%)	2,23	0,46-10,7	0,3
	35-49 años	55 (98,2%)	1 (1,8%)	0,5	0,06-4,1	0,51
	50-64 años	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0,64	0,08-5,23	0,68
	> 65 años	10 (100%)	0	0	0	0,56
Nivel educativo	Bajo	25 (100%)	0			
	Alto	282 (96,6%)	10 (3,4%)	0	0	0,34
Madre con pareja	Si	217 (96,9%)	7 (3,1%)	0,96	0,24-3,82	0,96
	No	90 (96,8%)	3 (3,2%)			
Parentesco cuidador	Madre	188 (96,4%)	7 (3,6%)	1,47	0,37-5,82	0,57
	Padre	10 (100%)	0	0	0	0,56
	Tío/a	51 (94,4%)	3 (5,6%)	2,15	0,53-8,59	0,26
	Abuelo/a	58 (100%)	0	0	0	0,12

Fuente: Estudio "Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI

Elaborado por: Alvia K; Andrade M

4.1.7 Asociación del nivel de conocimientos de los cuidadores con la adaptabilidad y cohesión familiar.

En la tabla 9 no se observó asociación significativa entre la adaptabilidad y cohesión familiar entre nivel de conocimiento acerca de la enfermedad diarreica contemplada en la AIEPI.

Tabla 9.- Asociación del nivel de conocimientos de los cuidadores con la adaptabilidad y cohesión familiar. Montecristi septiembre a noviembre del 2016

Variable	Adaptabilidad familiar					
	Si	No	OR	IC95%	X ²	Valor P
Regular	193 (62,9%)	114 (37,1%)	1,37	0,34-5,43	0,21	0,64
Malo	7 (70%)	3 (30%)				
Conocimiento AIEPI	Cohesión familiar					
	Si	No	OR	IC95%	X ²	Valor P
Regular	212 (69,1%)	95 (30,9%)	0	0	4,41	0,03
Malo	10 (100%)	0				

Fuente: Estudio "Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda contemplada en la AIEPI

Elaborado por: Alvia K; Andrade M

CA PÍTULO 5

5.1 DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación evaluó la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar, con los niveles de conocimientos que tienen los cuidadores mayores de 18 años, frente a la enfermedad diarreica aguda prevalente en la infancia, según los resultados mostrados no se observa asociación significativa (OR=1,47, IC95%= 0,37-5,82, valor $p= 0,57$), resultados comparativos con Bilenko que realizó un estudio sobre el conocimiento materno y niños con diarrea en población israelí en 2012 donde concluyó que existe una fuerte asociación tener buen conocimiento sobre los riesgos de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años, con los siguientes datos OR: 4,6, $p = 0,02$, 5,6, $p = 0,03$ y 1,7, $p = 0,06$. (Bilenko, Fraser, & Naggan, 2013)

El estudio cohesión y adaptabilidad familiar en asma infantil de acuerdo a FACES III realizado por Vásquez en Monterrey (México), (Vásquez, 2011) con una muestra pequeña de 76 participantes, no encontró asociación significativa entre nivel de control de las enfermedades diarreicas en relación a la cohesión y adaptabilidad familiar, resultados similares al estudio pero con una muestra más grande de 317 participantes, el 70% y 62,3% de cohesión y adaptabilidad familiar no reveló significancia estadística entre alto nivel de conocimiento materno sobre las enfermedades diarreicas en menores de cinco años contemplada en la AIEPI con tener funcionamiento familiar ideal o adecuado.

Investigaciones recientes revelan que no existe asociación entre nivel de conocimiento de enfermedades diarreicas y la cohesión, así lo revela Fontes en el estudio de

funcionamiento familiar en la población de Morelia (México) en el año 2012 la presentación de niveles bajos de conocimiento de la enfermedad y falta de redes de apoyo, (Fontes et al., 2012), resultados similares al estudio que demostró que los 222 participantes tenían buena cohesión familiar pero ninguno de ellos tenía un nivel alto de conocimiento, pero el 95,5% (no teniendo significación estadística) obtuvo conocimiento regular en relación a las enfermedades diarreicas en los menores de cinco años.

En relación a la cohesión y adaptabilidad familiar en los participantes tener un nivel bajo constituye un conocimiento regular de enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años pero no se observa asociación estadísticamente significativa con el 97,4% (OR= 1,43, IC= 0,36-5,64; p= 0,6), un estudio realizado por Maglio y Molina, con una población de 170, demostraron que los participantes percibían menos cohesión para el nivel de conocimiento de las enfermedades, y la percepción del funcionamiento familiar difiere en los diferentes integrantes familiares de una misma familia. (Maglio & Molina, 2012)

Los adolescentes con alta adaptabilidad y cohesión mostraron comportamientos bajos, resultados mostrados por Joh (Joh et al., 2013), de acuerdo al nivel de conocimiento de adaptación de la familia, se presentaron diferencias significativas evidentes en la internalización de problemas (p= 0,014). Pero, en la externalización de problemas, los resultados no fueron significativos (p = 0,305). También, de acuerdo con el nivel de cohesión familiar, se observaron diferencias significativas en la internalización de problemas (p= 0,002) y los problemas de externalización (p= 0,004). En comparación con los resultados del estudio que no hay relación significativa entre cohesión familiar y niveles de conocimientos.

El conocimiento materno sobre la AIEPI en la población estudiada, es nula, en comparación con el conocimiento regular que obtuvo el 96,8%, (IC= 94,0-98,3), resultados similares al estudio realizado en Colombia por Delgado en un población urbano-rural, se observó que el 54% de las madres conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA, (Delgado et al., 2016). Otro estudio realizado por Hernández demostró que el 73% no reconoció signos de alarma y bajo nivel de conocimiento en relación a las enfermedades diarreicas en menores de cinco años. (Mercy & Yon Luis, 2016). Un estudio realizado por Granda, en el Centro Infantil del Buen Vivir Niño Jesús en el periodo 2014-2015, demostró que el 69% y 66% de las madres no conocen sobre los factores de riesgo y los signos de alarma de las enfermedades diarreicas. (Granda Chávez, 2015)

El conocimiento materno sobre enfermedades diarreicas en un estudio realizado por Olivera en una población urbana de 157 participantes (Olivera Ruiz, 2016), demostró que 45,8% de las madres con edad promedio de 26,9 con un mínimo de edad de 16 y un máximo de 43 años no conoce el significado de diarreas, 72% no reconoce los signos de alarma, 36,6% tenían bajo nivel educativo, concluyendo que las madres estudiadas en forma general tienen un deficiente conocimiento sobre enfermedades diarreicas.

El estudio realizado con una muestra de 317 no se evidenció nivel de conocimiento alto en las madres estudiadas, en comparación con los resultados encontrados por Arista sobre "Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años en Perú", (Arista Mestanza, 2016), con una muestra pequeña que el estudio de 162 madres, demostró que el 18% tenían nivel de conocimiento bueno sobre las enfermedades diarreicas, pero 76% tenían conocimiento

regular, concluyendo que las madres tenían un conocimiento regular en forma general sobre enfermedades diarreicas en menores de cinco años.

El 45,4% de la población estudiada es familia funcional o ideal, de los cuales sólo se encontraron 9 de los 16 tipos de familia que propone Olson y cols; el 28,9% de los participantes presentó un tipo de funcionamiento familiar enredada-caótica, el 24,6% flexible separada y 11% unida-caótica. En el 35,5% restante se ubicaron los otros tipos de funcionamiento familiar, observándose que ningún tipo familiar funcional o ideal se encuentra entre los primeros lugares. Resultados similares encontrados por Fontes en una población mexicana urbana-rural, con una muestra de 192, encontró 12 de los 16 grupos familiares, el de mayor proporción fue conectado-caótico con el 29%, seguido del aglutinado-caótico revelando que no hay ningún tipo de familiar funcional. (Fontes et al., 2012)

De acuerdo al nivel educativo de madres urbanas, pese a tener alto nivel educativo no se encontró asociación significativa para tener alto nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas de acuerdo a la AIEPI en menores de cinco años, en contraste con los resultados encontrados por Arista en una población peruana urbana (Arista Mestanza, 2016), demostró que tener mayor nivel educativo disminuyó la proporción de episodios de enfermedades diarreicas en sus hijos. Otro estudio realizado por Jhonnell Alarco y cols, (Jhonnell Alarco et al., 2013), demostró que el 76% de las madres conocían regularmente sobre enfermedades diarreicas y el 67% de ellas acudió a los centros de salud cuando los hijos presentan signos de alarma.

En el presente estudio no se demostró que la edad materna de los participantes, se comporte como factor gravitante en la presentación de enfermedades diarreicas y por ende en el alto nivel de conocimiento de la enfermedad, los resultados fueron nulos, la

de mayor proporción fue tener conocimiento materno regular pero sin significancia estadística con (OR= 2,23; IC= 0,46-10,7; p= 0,3), resultados comparativos con los presentados por Arista (Arista Mestanza, 2016) que demostró que ser madre adolescente (41%) tienen influencia en el alto nivel de conocimiento de enfermedades diarreicas.

La mayoría de los cuidadores de los niños menores de cinco años del estudio son adolescentes, la relación del cuidador sobre el conocimiento de las enfermedades diarreicas en el estudio no tuvo relación estadística significativa (p=0,57), es similar al descrito por Panneflex y cols, (Panneflex & Salazar, 2014), no encontraron asociación significativa demostrando que las cuidadoras presentaron un deficiente conocimiento sobre las acciones de promoción y prevención de EDA en relación a la AIEPI. Resultados comparativos con el estudio realizado por Delgado y cols, en una población urbana (Delgado et al., 2016), demostró que convivir con la abuela de los menores se asoció significativamente con niveles altos de conocimientos maternos (valor p <0.05).

CAPÍTULO 6

6.1 CONCLUSIONES

En el estudio se demostró que no hay relación significativa entre cohesión y adaptabilidad familiar en relación con el nivel de conocimientos de los cuidadores (principalmente madres) sobre las enfermedades diarreicas en menores de cinco años de acuerdo a la AIEPI.

En cuanto a la cohesión y adaptabilidad familiar en los participantes obtuvieron el 70% y 62,3% respectivamente, solo se encontraron 9 tipos de familia de acuerdo a la clasificación de Olson, la familia enredada-caótica prevaleció entre los demás tipos familiares con el 28,9%, observándose mayor proporción de familias disfuncionales.

En relación al nivel alto de conocimientos maternos sobre enfermedades diarreicas fue nula, la forma regular fue de mayor proporción con 96,8% en comparación con el nivel bajo de conocimientos sobre la AIEPI.

La mayoría de las madres son adolescentes con el 64,7%, presentan alto nivel educativo 92,1%, en forma general no conocen sobre las enfermedades diarreicas y los signos de peligro en relación al conocimiento de la AIEPI. Se comprobó que las madres ante la presencia de cualquiera de las enfermedades contempladas en la AIEPI, especialmente las enfermedades diarreicas, no llevan a sus niños a un centro de salud, en su mayoría.

6.2 RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación realizado, permite llegar a mencionar las siguientes recomendaciones:

- Los equipos básicos de atención de salud en el desarrollo de sus actividades diarias, deben reforzar, educar a la familia y comunidad sobre aspectos fundamentales en los cuidados y como se debe actuar ante la presencia de una de las enfermedades contempladas en la AIEPI e identificar los signos de alarma para disminuir las complicaciones.
- En cada unidad de salud se debe reforzar la implementación de charlas sobre enfermedades prevalentes en la infancia, así como su prevención, manejo e importancia de los controles médicos
- Es importante continuar utilizando la estrategia AIEPI en esta comunidad para mantener los índices de morbilidad y mortalidad bajos en el grupo de más riesgo es decir en niños menores de 5 años de edad.
- Finalmente es importante que se realice una nueva investigación, para medir el impacto de la capacitación en la reducción de las enfermedades prevalentes de la infancia en menores de cinco años de esta población.

BIBLIOGRAFIA

- Arista Mestanza, M. A. (2016). Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años en el asentamiento humano Pedro Castro Alva-Chachapoyas-2015. Recuperado a partir de <http://200.121.170.218/handle/UNTRM/138>
- Armas, N., & Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios: las familias por dentro. *Ediciones América, cap, 7*. Recuperado a partir de <http://www.semf.ec/joomlasemf/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>
- Baeza, S. (2013). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y psicopedagogía, 1(3)*. Recuperado a partir de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1200/1493>
- Bazo-Alvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016). [Psychometric properties of the third version of family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES-III): a study of peruvian adolescents]. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica, 33(3)*, 462-470. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Bernal, L., & César, A. (2012). FAMILY FUNCTIONING, CONFLICTS WITH PARENTS AND FAMILY LIFE SATISFACTION IN ADOLESCENTS HIGH-SCHOOL STUDENTS. *Acta Colombiana de Psicología, 15(1)*, 77-85.
- Bilenko, N., Fraser, D., & Naggan, L. (2013). Maternal knowledge and environmental factors associated with risk of diarrhea in Israeli Bedouin children. *European Journal of Epidemiology, 15(10)*, 907-912.
- Campoverde, S., & Guillermo, W. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21878>

- Carbonell, J., Carbonell, M., & Martín, N. G. (2012). *Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Cuadro de Procedimientos AIEPI para niños y niñas de 2 meses a 4 años de edad, Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016
- Delgado, M. F., Sierra, C. H., Calvache, J. A., Ríos, Á. M., Mosquera, C., Salas, I., ... Meneses, R. (2016). Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. *Colombia Médica*, 37(4), 293–298.
- Falcão, D. V. da S., Teodoro, M. L. M., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2016). Family Cohesion: A Study on Caregiving Daughters of Parents With Alzheimer's Disease. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, (10), 61-74.
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M., & Pérez-Saavedra, V. (2014). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 51.
- Flórez, I. D., Contreras, J. O., Sierra, J. M., Granados, C. M., Lozano, J. M., Lugo, L. H., ... Sarmiento, F. (2015). Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento1. *Pediatría*, 48(2), 29-46. <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.005>
- Fontes, M., M, M., Heredia, R., Elena, M., López Peñaloza, J., Cedeño, K., ... Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.
- Gallego Mosquera, M. J., León Pedraza, E. A., Martín Padilla, M. A. E., & others. (2012). *Adaptabilidad y cohesión en un grupo de familias desplazadas residentes en el municipio de Zipaquirá*. Recuperado a partir de <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4365>

- García, G., Martha, C., García, G., & Isabel, S. (2013). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6(15), 2-7.
- Gebru, T., Taha, M., & Kassahun, W. (2014). Risk factors of diarrhoeal disease in under-five children among health extension model and non-model families in Sheko district rural community, Southwest Ethiopia: comparative cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 395. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-395>
- Gómez, E. M. P., Garreta, L. M. M., Arboleda, N. L., & Macías, P. A. C. (2016). Manejo clínico de pacientes menores de 5 años hospitalizados con diagnóstico de neumonía acorde con la estrategia AIEPI, en una institución de salud, Cauca, Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre*, 10(2), 123.
- González-Pienda, J. A., Núñez, J. C., Roces, C., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R., ... others. (2013). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477.
- Granda Chávez, D. A. (2015). Conocimientos y prácticas sobre manejo y prevención de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños/as del Centro Infantil del Buen Vivir Niño Jesús MIES, Loja 2014-2015. Recuperado a partir de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11510>
- Guandalini, S. (2016). Diarrhea: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Recuperado a partir de <http://emedicine.medscape.com/article/928598-overview>
- Gulland, A. (2012). Simple measures could prevent more than two million child deaths from pneumonia and diarrhoea. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e4025.
- Henao, G., & María, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345.

- Jhonnell Alarco, J., Aguirre-Cuadros, E., & Alvarez-Andrade, E. V. (2013). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(1), 25-31. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100005>
- Joh, J. Y., Kim, S., Park, J. L., & Kim, Y. P. (2013). Relationship between Family Adaptability, Cohesion and Adolescent Problem Behaviors: Curvilinearity of Circumplex Model. *Korean Journal of Family Medicine*, 34(3), 169-177. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.3.169>
- Kim, Y.-P., Kim, S., & Joh, J.-Y. (2015). Family adaptability and cohesion in families consisting of Asian immigrant women living in South Korea: A 3-year longitudinal study. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 7(2), 206-214. <https://doi.org/10.1111/appy.12028>
- Lacruz-Rengel, M. A., Calderón, J., Angulo, F., Mata, A., & Quintero, Y. (2012). Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 75(4), 113-117.
- Liu, H.-Y., & Huang, L.-H. (2016). The relationship between family functioning and caregiving appraisal of dementia family caregivers: caregiving self-efficacy as a mediator. *Aging & Mental Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1269148>
- López Ríos, A. del R., & Castillo Soza, M. L. (2016, febrero 18). *Factores que Influyen en la Calidad de Aplicación de Estrategia AIEPI por el Personal de Enfermería en Puesto de Salud Wuppertal del Municipio de Matagalpa, II Semestre 2015*. (other). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Recuperado a partir de <http://repositorio.unan.edu.ni/1704/>

- Maglio, A. L., & Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 1-10.
- Maza, P., & Patricia, J. (2015). Identificación etiológica de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños de dos meses a cinco años de edad en el servicio de emergencia de la Novaclínica Santa Cecilia en el periodo de mayo a diciembre del 2013. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8761>
- Mercy, H. P., & Yon Luis, T. P. (2016). Nivel de conocimientos sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en una institución cerrada. 2013-2015. En *tecnosalud2016*. Recuperado a partir de <http://tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/view/39>
- Merga, N., & Alemayehu, T. (2015). Knowledge, perception, and management skills of mothers with under-five children about diarrhoeal disease in indigenous and resettlement communities in Assosa District, Western Ethiopia. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 33(1), 20-30.
- Minuchin, A. (2004). *Estructura Familiar*. Caracas: Ediciones Cipp.
- Moawed, S. A., & Saeed, A. A. (2012). Knowledge and practices of mothers about infants' diarrheal episodes. *Saudi Medical Journal*, 21(12), 1147-1151.
- Mora, D., Javier, J., Echezuria M, L., Petit de Molero, N., V, C., Auxiliadora, M., ... Rísquez P, A. (2014). Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77(1), 29-40.
- Moreno Marín, J. (2014). Función y disfunción familiar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, 89-99. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74022-7](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74022-7)

- Mukhtar, A., Mohamed Izham, M. I., & Pathiyil, R. S. (2011). A survey of mothers' knowledge about childhood diarrhoea and its management among a marginalised community of Morang, Nepal. *The Australasian Medical Journal*, 4(9), 474-479. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011.821>
- Mwambete, K. D., & Joseph, R. (2012). Knowledge and perception of mothers and caregivers on childhood diarrhoea and its management in Temeke municipality, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 12(1), 47-54.
- Navaneethan, U., & Giannella, R. A. (2012). Definition, Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Classification, and Differential Diagnosis of Diarrhea. En S. Guandalini & H. Vaziri (Eds.), *Diarrhea* (pp. 1-31). Humana Press. Recuperado a partir de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-60761-183-7_1
- Oliva, A., Parra, Á., & Arranz, E. (2012). Parenting styles and adolescent adjustment. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106. <https://doi.org/10.1174/021037008783487093>
- Olivera Ruiz, R. (2016). Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte 2015. Recuperado a partir de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/460>
- Ortega Pintado, D. C., & Padilla Calle, M. G. (2016). Aplicación del AIEPI en niños de 2 meses a 4 años 11 meses 29 días con ira, CS Nicanor Merchán. Cuenca. 2015. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23511>
- PAHO-WHO. (2012, abril 25). Sobre la Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. Recuperado 7 de enero de 2017, a partir de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552%3Aatencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiepi&catid=755%3Aaiepi&Itemid=476

- Panneflex, P. L., & Salazar, D. A. (2014). Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. *Duazary*, *11*(1), 36-40.
- Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2012). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 624-630.
- Rabinowitz, J. A., Osigwe, I., Drabick, D. A. G., & Reynolds, M. D. (2016). Negative emotional reactivity moderates the relations between family cohesion and internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *Journal of Adolescence*, *53*, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.09.007>
- Rada, C. (2014). Family Adaptability and Cohesiveness Evaluation Scale III in Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *127*, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.207>
- Riddle, M. S., DuPont, H. L., & Connor, B. A. (2016). ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *The American Journal of Gastroenterology*, *111*(5), 602-622. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.126>
- Rojas, A. I. M. (2015). La dimensión cohesión en la vida familiar. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, (4). Recuperado a partir de <http://www.trabajosocial.or.cr/common/web/ojs/index.php/revista/article/view/158>
- Rojas, I. G., & Saavedra, J. E. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *77*(4), 250-261.
- Rojas Valero, M., & Rodríguez Chacón, A. (2016). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Recuperado a partir de <http://repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258>

- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2012). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36.
- Sui, G.-Y., Wang, J.-N., Liu, G.-C., & Wang, L. (2015). The effects of being an only child, family cohesion, and family conflict on behavioral problems among adolescents with physically ill parents. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 10910–10922.
- Tenesaca, L. del C. C., Rea, M. R. E., Merchán, M. G., & Tapia, D. M. L. (2016). Calidad de atención al niño/a de 2 meses a 4 años de edad con la aplicación de la estrategia AIEPI estudio realizado en el Centro de Salud Parque Iberia. Cuenca–Ecuador. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 33(1), 41–50.
- Tharaldson, J. (2015, julio 6). The Five R's for Creating Family Cohesion By: Jason Tharaldson, LMFT. Recuperado a partir de <http://www.prairie-care.com/blog/the-five-rs-for-creating-family-cohesion-by-jason-tharaldson-lmft/>
- Trujillo-Guerrero, T. J., Vázquez-Cruz, E., & Córdova-Soriano, J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atención Familiar*, 23(3), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.07.003>
- Vásquez, L. (2011). COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ASMA INFANTIL DE ACUERDO FACES III. Recuperado a partir de <http://medicinafamiliarnl.com.mx/images/investigacion/asma.doc>
- Wardlaw, T., Salama, P., Brocklehurst, C., Chopra, M., & Mason, E. (2011). Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. *The Lancet*, 375(9718), 870-872. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61798-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61798-0)
- WHO. (2014). OMS | Diarrea. Recuperado 6 de enero de 2017, a partir de <http://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>

Yhuri Carreazo, N., Ugarte, K., & Huicho, L. (2011). [Fecal leukocytes in children with acute diarrhea: time to reconsider the clinical usefulness of the test?]. *Revista De Gastroenterologia Del Peru: Organo Oficial De La Sociedad De Gastroenterologia Del Peru*, 31(3), 216-223.

Zegers, B., Larraín, M. E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (2013). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(1), 39-54. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272003000100006>

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar

(FACES III)

Escribir en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que se elija según el número indicado:

		Nunca (1)	Casi nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con nuestros familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos con nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	La familia cambia de modo de hacer las cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

CALIFICACION

- **COHESION.-** Suma de los puntajes en ítems nones
- **ADAPTABILIDAD.-** Suma de puntajes en ítems pares
- Las calificaciones obtenidas se cotejan en las amplitudes de clase de las tablas siguientes:

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No Relacionada	10 - 34	Rígida	10 - 19
Semi-relacionada	35 - 40	Estructurada	20 - 24
Relacionada	41 - 45	Flexible	25 - 28
Aglutinada	46 - 50	Caótica	29 - 50

ANEXO 2

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS DE CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE LA ESTRATEGIA AIEPI

Encuesta tipo cuestionario dirigida a los cuidadores mayores de 18 años de niños menores de 5 años, del Cantón Montecristi.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo H ____ M ____

Edad _____

Edad del menor _____

Parentesco con el menor de 5 años:

Madre ____

Padre ____

Hermano (a) ____

Tío (a) ____

Abuelo (a) ____

Escolaridad:

Sin escolaridad ____

Primaria incompleta ____

Primaria completa ____

Secundaria incompleta ____

Secundaria completa ____

Superior ____

Estado civil:

Soltero ____

Unido ____

Separado ____

Casado ____

Divorciado ____

Viudo ____

Ocupación:

Ama de casa ____

Desempleado ____

Empleado ____

Estudiante ____

<p>Conocimiento: conjunto de saberes adquiridos sobre la diarrea en los niños menores de 5 años.</p>
<p>1. La diarrea se define como la presencia de 3 o más deposiciones, más líquidas de lo normal en un día (24 horas)</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>2. La diarrea es estar suelto del estómago, sin importar las veces en que se vaya al baño.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>3. La diarrea puede ser causada por bacterias, virus, parásitos, medicamentos o alimentos contaminados.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>4. La diarrea puede ser causada por el mal de ojo.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>5. La llenura y acidez estomacal causan diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>6. La salida de los dientes es una causa de diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>7. La diarrea puede ser causada por tomar agua cruda o no tratada es estar suelto del estómago, sin importar las veces en que se vaya al baño.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>8. Mientras el niño tenga diarrea se continúa con una alimentación normal.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>9. El suero oral se prepara con un litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada de sal, media cucharada de bicarbonato y el zumo de medio limón.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>10. El suero oral ayuda a prevenir la deshidratación.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>11. Los remedios que se pueden usar en la diarrea son el agua de arroz y los sueros caseros.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>12. Los remedios que se pueden usar durante la diarrea son la leche de magnesia con limón y purgantes.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>13. Al niño con diarrea se le deben dar alimentos enlatados, bebidas gaseosas vegetales, alimentos gaseosos y fritos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>

<p>14. Los signos de peligro de la diarrea son vómito, poca actividad física, diarrea con sangre, no consumo de líquidos muchas evacuaciones.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>15. Las complicaciones de la diarrea son deshidratación y nutrición por pérdidas de líquidos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>16. Los signos de deshidratación son llanto sin lágrimas, boca seca, mollera y ojos hundidos, niño irritable.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>17. Cuando un niño se encuentra deshidratado, no acepta comida, presenta más de dos evacuaciones por hora, fiebre y vómito, debe ser llevado a un centro de salud</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>18. El lavado de manos y alimentos, no disminuye los riesgos de contraer la diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>
<p>19. Mantener bien tapados los alimentos y eliminar adecuadamente las excretas son medidas higiénicas que previenen la diarrea</p> <p>5. Totalmente de acuerdo..... 4. De acuerdo..... 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo..... 2. En desacuerdo..... 1. Totalmente en desacuerdo.....</p>

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES ACERCA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CONTEMPLADA EN LA ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) EN EL CANTÓN MONTECRISTI, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2016”

Propósito

Consentimiento informado dirigido a los cuidadores de niños/as menores de 5 años de edad residentes en el Sector II de la Parroquia Aníbal San Andrés del Cantón Montecristi. Se les invita a participar en el proyecto de investigación **“Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el Cantón Montecristi, durante los meses de septiembre a noviembre del 2016”**

Investigadores principales

- Karla Paola Alvia Macías(Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Marcelo Eduardo Andrade Farfán(Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que usted es cuidador de niño/a menor de 5 años de edad residente en el Sector II del Cantón Montecristi., ha sido seleccionado/a para invitarle a participar en este proyecto de investigación. Este estudio incluye la realización de dos encuestas: la primera se refiere a los conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) la cual consta de 19 preguntas; la segunda encuesta valora la adaptabilidad y la cohesión familiar la cual consta de 20 preguntas, las cuales serán analizadas posteriormente. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre dicho tema a nivel local. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos dos encuestas de 39 preguntas en total que incluirá datos sociodemográficos, y conocimientos sobre la cohesión y adaptabilidad Familiar. Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 20 a 30 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en diciembre del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas, además que ayudará a establecer una idea de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos, de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en su institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Karla Alvia Macías y Marcelo Andrade Farfán. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Karla Alvia Macías

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Teléfono: 0998843082

Email: karli_preciosa@yahoo.es

Marcelo Andrade Farfán

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Teléfono: 0987938551

Email: marcelopach19@gmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre la Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el Cantón Montecristi, durante los meses de septiembre a noviembre del 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta a los a los cuidadores de niños/as menores de 5 años de edad residentes en el Sector II del Cantón Montecristi, se me realizará dos encuestas de 44 preguntas en total las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a Evaluar la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y su relación con el nivel de conocimientos, de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma (o huella dactilar): _____	Fecha _____
Número del teléfono celular: _____	casa: _____
Datos del Investigador que toma la muestra:	
Nombre y apellidos: _____	Firma: _____