Artículo Original

Enfermedades respiratorias y gastrointestinales en pediatría: ¿cómo las manejan los padres en casa?

Respiratory and Gastrointestinal Diseases in Pediatrics: How do Parents handle them at Home?

Daniela Henao Vega,[*] *Silvia Rivera Largacha,*[**] *José M. Suescún Vargas*[***]

Resumen

Objetivo: identificar cómo los cuidadores de pacientes pediátricos manejan los síntomas respiratorios y gastrointestinales y analizar diferentes aspectos como su arraigo y seguridad; también el posible impacto de dichas prácticas en la comunicación entre cuidadores y pediatras. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo, narrativo, desarrollado en el Instituto Roosevelt en Bogotá, Colombia, a través de doce entrevistas a cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados que cursaban con sintomatología respiratoria o gastrointestinal de forma aguda. Se indagó sobre el manejo inicial a dichos síntomas y su experiencia al compartir dichas prácticas con el médico tratante. **Resultados:** el grupo entrevistado incluyó cuidadores entre los veinte y los 42 años, con diferentes niveles de escolaridad; se encontró una variabilidad en el tipo de tratamientos para atender los síntomas respiratorios y gastrointestinales. Dentro de esta variabilidad se identificaron prácticas benéficas, inocuas o riesgosas para el manejo de los síntomas señalados. Respecto a la comunicación, la mayoría de los cuidadores sienten que el médico no brinda un espacio para hablar del tema y en caso de hacerlo hubo un rechazo. **Conclusiones:** se hallaron, por parte de los cuidadores, prácticas que coinciden con la postura médica, pero otras prácticas tenían alto riesgo para los menores y se deben corregir. Es necesario integrar y validar la narrativa del cuidador para disminuir prácticas peligrosas que pongan en riesgo la salud de los menores.

Palabras clave: puericultura, diarrea, fiebre, vómito, comunicación, atención ambulatoria

Recibido: 19/10/2019
Aceptado: 08/05/2020

[*]Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.
[**]Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.
[***]Universidades del Rosario, Andes y Sabana. Instituto Roosevelt. Bogotá, Colombia.

Correspondencia:
Daniela Henao Vega
danielahenaov1@gmail.com

Sugerencia de citación: Henao Vega D, Rivera Largacha S, Suescún Vargas JM. Enfermedades respiratorias y gastrointestinales en pediatría: ¿cómo las manejan los padres en casa? Aten Fam. 2020;27(4):179-185. http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76894

Summary

Objective: to identify how caregivers of pediatric patients handle respiratory and gastrointestinal symptoms and analyze different aspects such as their rooting and safety; as well as the possible impact of such practices on communication between caregivers and pediatricians. **Methods:** a qualitative, narrative study conducted at the Roosevelt Institute in Bogota, Colombia, through twelve interviews with caregivers of hospitalized pediatric patients who were having respiratory or gastrointestinal acute symptomatology. It was inquired the initial handling of the symptoms and their experience in sharing these practices with the treating physician. **Results:** the interviewed group included caregivers between the ages of 20 and 42, with different levels of school education; it was found variability of response in the type of treatments to attend respiratory and gastrointestinal symptoms. Within this variability, beneficial, safe or risky practices were identified for the management of these symptoms. Regarding communication, most caregivers feel that the physician does not provide a space to talk about it and if doing so they found rejection. **Conclusions:** some caregivers' practices coincide with medical posture, and other practices, that should be corrected, were at high risk for children. The caregivers' narrative needs to be integrated and validated to reduce dangerous practices that put children's health at risk.

Keywords: Child Care, Diarrhea, Fever, Vomiting, Communication, Ambulatory Care

Introducción

En la población pediátrica comprendida entre uno y cinco años de edad, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales son las infecciones de mayor prevalencia, y representan una causa importante de morbimortalidad en la primera infancia. El manejo inicial de síntomas en estas enfermedades suelen realizarlo los cuidadores en casa, y está determinado por una diversidad de aspectos culturales, sociales e individuales que éstos presentan frente a la enfermedad y su tratamiento.[1, 2]

El modelo de las representaciones sociales es una teoría que trata de definir la manera en que se forja el "conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico".[3] Las representaciones sociales son conceptos socialmente construidos y modificables de acuerdo con la experiencia personal, el entorno socioeconómico, académico o histórico en el que se desarrolla una persona, y pueden influir en la conducta que adopta la gente frente a procesos de salud y enfermedad.[2,4-6]

Las representaciones sociales en ocasiones son diferentes e incluso opuestas a los conceptos médicos y pueden llevar a un diagnóstico errado, retrasar el tratamiento adecuado o predisponer a complicaciones; esto también puede generar problemas de comunicación y confianza entre el médico y el cuidador, lo que puede tener un impacto desfavorable en el cuidado del paciente.[7-9]

La mayoría de estudios realizados sobre representaciones sociales en cuidadores se centran en enfermedades crónicas y cuidados paliativos, sin embargo, existe literatura emergente que documenta la relación de las representaciones sociales con el cuidado de niños respecto a su alimentación y enfermedades gatrointestinales;[10-11] en este contexto, es escaso el número de estudios en los que se clasifiquen las prácticas de los cuidadores de acuerdo con el riesgo que representan estas enfermedades. Existe un estudio cualitativo realizado en Chocontá (Colombia) sobre prácticas en el cuidado de niños menores de un año, en el que identificaron que diez deberían ser reestructuradas, ocho, negociadas con el cuidador y solo una podría conservarse, debido a que no afectaba la integridad de los infantes.[12] Estos resultados señalan la importancia de conocer las prácticas que llevan a cabo los cuidadores, para identificar posibles conductas de riesgo y evitar futuras complicaciones, a través de una comunicación efectiva.

Dado el contexto referido, el objetivo de la presente investigación consistió en identificar cómo los cuidadores de pacientes pediátricos manejan los síntomas respiratorios y gastrointestinales y analizar diferentes aspectos como su arraigo y seguridad; también el posible impacto de dichas prácticas en la comunicación entre cuidadores y pediatras. Se indagó y analizó el componente de la socialización de las prácticas por parte de cuidador con el médico, y esto dio paso a la reflexión sobre las posibles fallas de comunicación al momento de ejercer la puericultura.

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa narrativa, a través de doce entrevistas semiestructuradas, grabadas en audio, que se aplicaron a cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Roosevelt, centro de referencia de cuarto nivel en Bogotá, Colombia; se indagó sobre las prácticas del cuidador ante síntomas respiratorios y gastrointestinales, así como la comunicación con el personal médico respecto a éstas.

Se revisaron las bases de datos del hospital para seleccionar cuidadores de

pacientes hospitalizados de corta estancia, de uno a cinco días. Se eligieron cuidadores de pacientes hospitalizados por enfermedades agudas. Se contó con el testimonio de cuidadores cuyo saber de "sentido común" sobre los procesos de salud y enfermedad se vio contrastado con el conocimiento médico. La selección se basó en nuestro interés por identificar las representaciones sociales de los cuidadores de los procesos de salud y enfermedad. En el estudio de las representaciones sociales se distingue el universo de la ciencia, el cual, a partir de reglas y procedimientos científicos, da lugar al conocimiento científico y difiere del universo consensual de la representación social. En este último, el público general elabora y distribuye formas de conocimiento que constituyen el contenido del sentido común, en concordancia o en oposición al conocimiento de la ciencia.

Se escogieron pacientes de entre doce meses y cinco años de edad, que cursaban con sintomatología respiratoria o gastrointestinal de forma aguda, que no fueran secundarios a una complicación o exacerbación de alguna patología crónica de base. El tamaño de la muestra se suspendió una vez que las respuestas ya no tenían variación, llegando a un punto de saturación. Adicionalmente, los familiares interrogados fueron los cuidadores principales del menor y se conversó sobre cada uno de los temas independientemente del motivo de hospitalización. No se presentaron escenarios de desviación de la entrevista, poca colaboración ni quejas sobre la atención recibida en la institución, por lo cual no fue necesario excluir ninguna entrevista del estudio.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas por completo, se tabuló la totalidad de las respuestas y se crearon categorías identificables. Se indagó sobre las prácticas para los síntomas en estudio (tos, fiebre, vómito y diarrea), su eficacia, otros manejos conocidos a pesar de no haber sido practicados, el origen de dicho conocimiento (el modo como la información fue obtenida), la posible causa o complicación de fiebre y prácticas de prevención. Las prácticas, a su vez, se semaforizaron en prácticas benéficas, inocuas y peligrosas, luego de realizar una revisión de la literatura disponible. Se indagó también sobre prácticas de prevención y de manera espontánea surgió un concepto común: el "descuajo". Adicionalmente se indagó sobre aspectos relacionados con la comunicación entre el cuidador y el médico respecto al abordaje de esta temática durante la consulta.

Se explicó a los cuidadores de forma detallada el propósito del proyecto y el manejo de la información, asegurando su confidencialidad y que no existiría ninguna repercusión posterior a la entrevista. Durante la misma, se mostró interés en sus conocimientos, logrando así un ambiente de confianza en las entrevistas. El proyecto fue aprobado por el comité de ética del hospital en el oficio número 2017-017. La información obtenida se compartió directamente con la institución y no se revelaron los resultados a los cuidadores de los pacientes hospitalizados.

Resultados

Los resultados se estructuraron desde los supuestos de la teoría de las representaciones sociales como construcciones emergentes de creencias populares; desde este enfoque, esas creencias no son derogadas sistemáticamente como deficientes sino, por el contrario, se estudian como convicciones que tienen funciones precisas en el grupo estudiado. En este caso, encontramos que las representaciones sociales de las enfermedades infecciosas analizadas activan una serie de recursos socialmente transmitidos. Estas acciones son parte de las formas de interacción de los cuidadores con su círculo más próximo. Es importante señalar que algunas prácticas del saber popular no son contrarias a las recomendaciones médicas; de ahí la necesidad de identificar las representaciones sociales y clasificarlas de acuerdo con sus posibilidades de ser conciliadas con el conocimiento médico.[13]

En el grupo entrevistado se encontraban cuidadores entre los veinte y los 42 años; sus niveles de escolaridad incluían bachiller, técnico y profesional. En la tabla 1 se describe la variabilidad de las prácticas para el manejo de la fiebre, tos, vómito y diarrea descritas por los cuidadores, clasificadas, desde la evidencia científica disponible hasta el momento, como benéficas, inocuas o peligrosas. Los cuidadores refirieron que en la mayoría de las ocasiones estos manejos generaron una mejoría, sin embargo, ésta se presentaba de forma transitoria o poco significativa. Describieron otras formas de manejo que son populares, pero cuya efectividad desconocen por no haberlas probado antes.

Se indagó sobre la procedencia de los conceptos de cada una de las prácticas referidas, la gran mayoría citó como referencia a sus familiares: madre, abuela o suegra, seguido por conceptos transmitidos por vecinos y amigos, enseñanzas por parte del personal médico o procedente de internet y videos de YouTube. En el total de las ocasiones, los cuidadores consideraron que la fiebre es secundaria a un proceso infeccioso viral o bacteriano y las consecuencias

Tabla 1

	Benéficas	Inocuas	Peligrosas
Fiebre	• Dar Acetaminofén • Usar ropa fresca y clara • Compresa agua tibia en frente, axilas o pies • Baño completo	• Baño con soda • Sábila en axila y abdomen • Rodajas de papa, cebolla o limón en axilas, palmas y plantas	• Compresas de agua fría • Algodón con alcohol en axilas • Botella con agua caliente en los pies • Darle a beber refresco de cola
Vómito	• Dejar que vomite • Asustarse y llevar al médico • Sales de rehidratación oral	• Caldo de pollo • Agua de cebolla • Infusión de diente de León • Agua, ajo, cilantro y cebolla larga	• Evitar lácteos • Metoclopramida**
Diarrea	• Dieta suave • Acudir al médico • Dieta sólida, no solo líquida • Sales de rehidratación oral	• Jugo de pera • Jugo de guayaba • Agua de anís • Agua de cebada • Sopa de plátano • Leche deslactosada • Agua de arroz tostado • Bañar en agua de Gualanday (*Jacaranda mimosifolia*)	• Smecta®** • Lomotil®** • Metronidazol** • Evitar lácteos • Tratar de no darle líquido • Refresco de cola con galletas • Sobandero o masajista o curandero
Tos	• Miel • Lavado nasal • Miel con cítricos (limón, naranja, jengibre, etc.) • Acudir al médico • Lavado de manos • Abrigo y evitar el frío • Miel naranja mantequilla	• Jugo de Sábila • Agua de sauce • Leche con tomillo • Agua de eucalipto • Agua de manzanilla • Jarabe de propóleos • Jugo de naranja tibio • Agua de semillas de papaya • Naranja, mantequilla y menta • Jugo de mango con sábila • Aceite de tiburón con jugo de naranja • Gelatina sin sabor, leche hervida y menta • Agua de panela, jengibre y limón • Banano caliente con mantequilla	• Jarabe para la tos • Aplicar Vick Vaporub** • Nebulizaciones con sauco • Antihistamínico: Loratadina** Clorferinamina** • Nebulizaciones con eucalipto • Nebulización con agua caliente • Clara de huevo, vino, limón y miel

**Estos medicamentos se clasifican como nocivos por la automedicación y posibles efectos adversos sin supervisión o sin indicación adecuada.

Tabla 2

Prevención de enfermedad diarreica aguda	Prevención enfermedades respiratorias	
Purgarlos	Agua de jengibre	Jugo de guayaba
Lomotil en gotas**	Multivitamínicos	Aceite de tiburón
Metronidazol**	Abrigo	Vaporización con eucalipto
Ajo en ayunas, antes de levantarse, sin pisar el frío	Evitar polvo	Dieta rica en frutas
Lavado de manos	Vitamina C**	Uso de bayetilla roja
Evitar lácteos	Jugo de naranja	Evitar olores fuertes

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

Table 3

Definición de descuajo
Tener un pie más arriba del otro
Dolor abdominal y diarrea
Diarrea muy líquida con mal olor y vómito
Diarrea de olor muy fuerte y vómito y tener una pierna más larga que otra y un ojo más pequeño
Diarrea más oscura, verde o negra

descritas de no tratarla incluyen convulsiones, "derrame cerebral" o "acabar con las defensas".

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

En el segmento de la entrevista referente a la diarrea surgió por parte de los cuidadores el concepto "descuajo" para hacer referencia a una entidad de origen popular a la que se le atribuye el origen de la diarrea; al indagar sobre dicho concepto, se encontraron diversas definiciones (tabla 3). Hay un acuerdo general en que el tratamiento adecuado es "mandar a sobar" al paciente o la necesidad de realizar un vendaje a nivel abdominal. Los participantes afirmaron que con estos dos tratamientos han observado mejoría en los síntomas. Respecto al origen del "descuajo" refieren que se presenta luego de una caída o golpe, por un mal movimiento al nacer o porque algo "se desacomodó por dentro".

En la parte final de la entrevista, se indagó acerca de la comunicación con el médico respecto a esta temática; en general todos los cuidadores entrevistados percibieron que el médico no brinda un espacio para hablar del tema y, en caso de hacerlo, tuvieron la sensación de regaño, rechazo o burla. Las respuestas verbales y no verbales del médico son descritas en la tabla 4.

Tabla 4. Comunicación médico - paciente

Respuesta del médico ante el manejo por parte del cuidador	
Esos remedios no me gustan	¿De dónde saco eso?
Eso no funciona	Son mitos
¿A usted quién le dijo eso?	Mirada despectiva
Ah bueno… pero mejor haga esto	Solo creen en jugo de guayaba y vitamina C
A veces funcionan, no se sabe cómo, pero funcionan	Mire: hay que ser más inteligente
¿Acaso ellos son doctores?	Negativa - regaño
No debe medicar	¿A usted quién le dijo que podía hacer eso?

Discusión

La prevalencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales en la población pediátrica menor de cinco años hace necesario que los médicos tratantes conozcan, además del componente fisiopatológico, el contexto social y cultural en el que se desarrollan, esta parte dependerá de la buena comunicación y la confianza que se logre establecer con los cuidadores. En este estudio se logró identificar 70 prácticas para el manejo de esta sintomatología, dieciocho prácticas de prevención y las respuestas dadas por el médico referidas por los cuidadores.

Los cuidadores entrevistados se encontraban entre los veinte y los 42 años, es decir, había casi una generación de diferencia, sin embargo, se identificaron prácticas similares con una gran influencia cultural y familiar. Se encontraron diferentes niveles de escolaridad: bachiller y técnico, profesional; pero estas diferencias no generaron particularidades en las prácticas de cuidado o de prevención, ya que independiente del nivel educativo todas las personas realizaban manejos enseñados culturalmente.

La procedencia de las prácticas referidas por los cuidadores se adjudica en su gran mayoría a los familiares, se puede presumir que éstas están más arraigadas que aquellas que provienen de otras fuentes, puesto que contienen una carga cultural y afectiva que resulta importante para el cuidador al momento de hacerse cargo del niño.[8,14]

En la literatura, estudios de representaciones sociales en el cuidado pediátrico han demostrado la importancia de conocer y validar el contexto sociocultural en el momento de abordar una patología. En un estudio realizado en Córdoba, Argentina, relativo a la relación de las representaciones sociales y la alimentación saludable se concluyó que las prácticas alimentarias no puede atribuirse únicamente a problemas de educación, sino que se deben considerar aspectos económicos, culturales y sociales.[10] Un estudio realizado en Bucaramanga, Colombia, sobre cómo manejaban los cuidadores la diarrea aguda concluyó que las características sociales, el nivel de escolaridad y las personas de las que aprende el cuidador influyen en las costumbre para el manejo de la diarrea, la consulta al médico, la ida al sobandero y la identificación de la deshidratación.[11] En otro estudio realizado en Chocontá, Colombia, respecto a prácticas en el cuidado de niños menores de un año se identificaron diez prácticas que deberían ser reestructuradas por ser riesgosas, y se concluyó que es necesario conocer las creencias y prácticas, con el fin de orientar a las madres, para que continúen o no con su realización sin menospreciar las convicciones de cada cuidador.[12] En este estudio, de las 70 prácticas para el manejo de la sintomatología, se encontró que 21 prácticas benéficas deben reforzarse, 29 prácticas son consideradas inocuas y podrían conciliarse y veinte prácticas deben corregirse para evitar complicaciones.

Al respecto del manejo de la fiebre, la conducta oficial de acuerdo con la

evidencia científica es el suministro de antipiréticos tales Paracetamol/Acetaminofén o antinflamatorios no esteroideos (AINES) y el uso de ropa adecuada, con medidas coadyuvantes seguras como compresas de agua tibia y aumentar la ingesta de líquidos;[15,17] estas acciones fueron identificadas en un grupo de los entrevistados.

Existe evidencia de que prácticas como los baños y compresas con agua fría y el uso de algodón impregnado de alcohol son potencialmente perjudiciales. En ambos casos se aumenta la vasoconstricción superficial y en el segundo, hay riesgo de intoxicación por la absorción por piel del alcohol.[15] El uso de una botella con agua caliente aumenta el riesgo de quemaduras en piel; el suministro de bebidas carbonatadas como refresco de cola puede aumentar la deshidratación por su composición hiperosmolar,[18] por último, el uso de limón en la piel podría generar irritación local.

Adicionalmente, se evidencia la falta de comprensión de los cuidadores sobre el origen de la fiebre y sus consecuencias si no se trata. Por ejemplo, existen conceptos como que la fiebre produce convulsiones, "derrame cerebral" o "acaba las defensas", esto genera una mayor angustia en el cuidador, menospreciando el efecto benéfico del aumento de la temperatura. Por otro lado, cuando los cuidadores creen que el único origen de la fiebre son los procesos infecciosos, se puede favorecer la automedicación de antibióticos.

En cuanto al tratamiento del vómito, se identificaron conductas potencialmente perjudiciales como la automedicación con metoclopramida. El abordaje oficial es la hidratación con sales de rehidratación oral, con las concentraciones de glucosa y electrolitos recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).[18] Los participantes en el estudio identificaron esta práctica, en combinación con medidas coadyuvantes seguras como dieta suave, libre de azúcar y grasas, reiniciar la dieta sólida y no sólo líquida. Otras prácticas descritas empíricamente eficaces, sin estudios grandes que midan la evidencia, son el jugo de guayaba o pera, agua de arroz tostado o agua de cebada;[19] estas se pueden conciliar con los cuidadores, ya que hasta el momento se puede considerar seguras, siempre y cuando no reemplacen el manejo establecido oficialmente. Es importante aclarar que el plan A de hidratación comprende el aumento en la ingesta de líquidos, sin embargo, el consumo de jugos de frutas no garantiza el valor nutricional y por el alto contenido de carbohidratos puede aumentar la sintomatología.[20]

Entre los manejos potencialmente perjudiciales nombrados por los entrevistados se encontraron: la medicación de metronidazol, clorhidrato de loperamida o diosmectita; estos deben usarse con precaución y bajo indicación médica. Además, el "no darle líquido al paciente" o administrar refresco de cola con galletas aumenta el riesgo de deshidratación.[18-21] En cuanto a evitar lácteos, los últimos estudios no contraindican su consumo, especialmente en los lactantes, su restricción puede favorecer la deshidratación o desnutrición.[18,22]

En el segmento de la entrevista referente a la diarrea, surge por parte de los cuidadores el concepto "descuajo" como posible causa de la diarrea. El concepto y tratamiento de esta entidad está muy arraigada en la cultura colombiana, por lo cual es recomendable asumir una actitud de diálogo y de educación para que los cuidadores no retrasen un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que puede generar deshidratación o incluso una complicación del cuadro si la sintomatología corresponde a una patología abdominal quirúrgica.[23]

En relación con la tos, la recomendación oficial es hidratación, lavado nasal y lavado de manos, con medidas coadyuvantes seguras como evitar corrientes de frío o administrar miel.[24] En el grupo entrevistado, la miel era acompañada de diferentes alimentos que no han demostrado potenciar el beneficio de ésta y, de hecho, algunas combinaciones como la miel con cebolla puede generar vómito. Otros manejos propuestos por los entrevistados pueden ser contraproducentes, como la automedicación de antihistamínicos o jarabes para la tos. Al respecto de la aplicación de ungüentos de alcanfor, mentol y eucalipto, se han descrito efectos irritativos, intoxicación e incluso neumonía lipoidea.[25]

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

Uno de los aspectos más relevantes de los resultados, es que, en todas las entrevistas, la percepción general que tienen los cuidadores respecto a la confianza y el espacio que brinda el médico para hablar de las medidas tomadas en casa es muy limitada. Los cuidadores refieren una actitud despectiva, de rechazo o bur-

la, por parte de algunos médicos frente a los saberes tradicionales. Estas actitudes les restan dignidad como cuidadores y pone en duda sus capacidades; y no contribuyen a brindarles herramientas para hacer mejor su labor. La reacción más frecuente de parte de los cuidadores frente a esta actitud es la de proteger su dignidad como cuidadores, con actitudes como ocultar información o una inadecuada adherencia al tratamiento oficial. Esto genera una fragmentación en la relación entre médico y cuidador que puede afectar la salud del paciente.[14,26]

En el presente estudio se pudo haber indagado más sobre el contexto cultural y social en cada entrevistado para tener una mayor correlación entre las representaciones sociales y sus diferentes determinantes (raza, lugar de procedencia y estrato social). Otra limitante fue la realización en paciente hospitalizado, ambiente que puede generar temor al momento de responder. Por otro lado, los datos recogidos parecen suficientes para lograr un documento didáctico, a partir del cual los profesionales de la salud puedan guiar su práctica clínica estando atentos a las costumbres de los cuidadores y estableciendo formas de comunicación asertivas que permitan una mejor cooperación entre los cuidadores y los profesionales de la salud.

Conclusiones

Se determinaron 21 representaciones sociales consideradas benéficas, las cuales deben ser reforzadas por parte del personal médico; veinte prácticas son definitivamente riesgosas para los niños y deben ser corregidas durante la práctica clínica; y 29 acciones que, a pesar de no tener estudios que respalden su eficacia, se consideran seguras, por lo cual debe asumirse una actitud conciliadora, aprovechando la cultura de cuidado como herramienta para fortalecer el vínculo entre el médico y el cuidador. Se resalta la importancia de escuchar y mostrar un interés por la narrativa del cuidador, con el fin de empoderarlo, disminuir las prácticas peligrosas, reforzar las prácticas seguras y no desestimar las acciones no riesgosas que no cuentan con evidencia científica. Nunca se debe asumir una actitud de regaño, rechazo o burla. Los médicos deben fortalecer en los cuidadores sus capacidades de atención y cuidado a través de una comunicación asertiva y una relación de confianza.

Referencias

1. Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud y protección Social. Atención Integrada a Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia. Segunda edición. Bogotá - Colombia; 2016.
2. Osses S, Macías C, Gómez D, Lopez A. Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la primera infancia : una aproximación al estado del arte. Rev Infancias Imágenes. 2014;13(1):70-9.
3. Jodelet D. La representaciòn social: Fenomenos, concepto y teoría. Capítulo 13. Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona. 1961. p. 26.
4. Vergara M. La naturaleza de las representaciones. Rev Lainoamericana Ciencias Soc Niñez y Juv 2008;6(1):55-80.
5. Ruda ML. Representaciones infantiles de la enfermedad : variaciones según edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico. Rev Psicol. 2009;XXVII(1):111-46.
6. Ortiz EM. Las representaciones sociales: Un marco teórico apropiado para abordar la investigación social educativa. Rev Ciencias Soc. 2013;19(1):183-93.
7. Herrera Medina NE, Gutierrez Malaver ME, Ballesteros Cabrera M, Izzedin Bouquet R, Gómez Sotelo AP, Sánchez Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(3):343-55.
8. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? Public Health. 2016;136:109-16.
9. Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. Arch argent pediatr. 2004;102(4):271-6.
10. Melina A, Giorgetti A. Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017, Universidad Católica de Córdoba. 2017.
11. Gallardo Lizarazo MDP. Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Rev Cienc y Cuid. 2015;12(2):39.
12. Rodríguez M. F, Santos Q. C, Talani O. J, Tovar R. MF. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. Rev Colomb Enfermería. 2015;9(9):77.
13. Bangerter A. Social representations of infectious diseases. Chapter 26. The Cambridge Handbook of Social Representations. 2019. p.385-96.
14. Tejada Zabaleta A. Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. Pensamiento psicológico. 2005. 2005;1(6):8.
15. Vélez JAC. Fiebre en niños. CCAP. PRECOP módulo 1. 2001;17-31.
16. Meremikwu MM, Oyo Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):10-2.
17. National Institute for Health and care Excellence. Fever in under 5s. NICE guideline. 2018;(October):1-19.
18. Barreiro de Acosta M, Domnguez Muñoz JE. Tratamiento de la diarrea. Med - Programa Form Medica Contin. 2004;9(3):193-9.
19. Gregorio G V, Gonzales MLM, Dans LF, Martinez EG. Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(12):3-6.
20. Heyman MB, Abrams SA. Fruit juice in infants, children, and adolescents: Current recommendations. Pediatrics. 2017;139(6).
21. Román E, Barrio J. Diarrea aguda. Asociación Española de Pediatría. Protoc la AEP [Internet]. 2002;2:19-26.
22. Flórez ID, Contreras JO, Sierra JM, Granados CM, Lozano JM, Helena L, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años . Diagnóstico y tratamiento. Revista pediatría SCP. 2015;48(2):29-46.
23. León Felipe SP. Racionalidades médicas de los sistemas tradicional colombiano, biomédico y osteopático: Una aproximación a la conceptualización de la dolencia del descuaje en Bogotá, Colombia. 2015. 2015;164.
24. De la Flor I Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: Resfriado común. Pediatr Integr. 2017;21(6):377-84.
25. Abanses JC, Arima S, Rubin BK. Vicks VapoRub induces mucin secretion, decreases ciliary beat frequency, and increases tracheal mucus transport in the ferret trachea. Chest. 2009;135(1):143-8.
26. Braga María Laura y Tarantino María Gabriela. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2011;109(1):36-41.