

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**“CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR DEL LACTANTE MENOR
ATENDIDO EN CRED SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA
EDUCACIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA EN LA VISITA
DOMICILIARIA. FILA ALTA - JAEN, 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL “ÁREA DE SALUD
PÚBLICA, FAMILIAR Y COMUNITARIA: ESPECIALISTA
EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA”**

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. FUENTES HERNÁNDEZ, JULIA MARINA

Lic. Enf. SALINAS SAAVEDRA, MARÍA DEL CARMEN

ASESORA:

Dra. RUIZ OLIVA, TEÓFILA ESPERANZA

LAMBAYEQUE, 2019

Dra. Lucia Aranda Moreno
Presidenta

Mg. Rosa Violeta Celis Esqueche
Secretaria

Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero
Vocal

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 3 Expediente: 2414-2012-UP6-FE Folio N° 181.
Licenciada: Julia Marina Fuenres Hernández
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las
13.30 p.m. horas del día dieciocho de Diciembre de 2018 Los señores
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 344-2017-D-FE
PRESIDENTE: Dra. Heccé Azaveda Moreno
SECRETARIO: Mg. Rosa Violeza Celis Esqueche
VOCAL: Mg. Viriana del Carmen Saurillo Medionero
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
" Conocimiento del familiar del lactante menor atendido
en CREO sobre los beneficios de la educación brindada por
la Enfermera en la visita domiciliar. Fila Alta - Jahu 2017.
" patrocinada por el profesor (a) Dra. Teófila Cysneiros Ruiz Oliva
Presentada por el (los) Licenciados (a) Julia Marina Fuenres Hernández
Marta del Carmen Salinas Saavedra
Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Area de Salud
Pública, Familiar y Comunitaria: Especialista en
Salud Pública con mención en Salud Familiar
y Comunitaria 2016 - Lambayeque.
Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el
calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella
intervinieron.

PRESIDENTE

VOCAL

SECRETARIO

PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 3 Expediente: 2415-2018-084-FE N° 181
Licenciada: Salinas Saavedra María del Carmen
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las
13.30 p.m. horas del día diecinueve de Diciembre 2018, Los señores
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 247-2017-DFE
PRESIDENTE: Dra. Lucía Arando Moreno
SECRETARIO: Mg. Rosa Violeta Celi Esquivel
VOCAL: Mg. Virgina del Carmen Santillan Medianeira
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
" Concurrencia del familiar del lactante menor atendido
en CREO por los beneficios de la Educación brindada por
la Enfermera en la Visita Domiciliaria Filo Alta-Jari
2017 "
patrocinada por el profesor (a) Dra. Teófila Esperanza Ruiz Olivo
Presentada por el (los) Licenciados (a) Julia Marina Fuentes Hernandez
Salinas Saavedra María del Carmen

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Área de Salud
Pública, Familiar y Comunitaria: Especialista en Salud
Pública con mención en Salud Familiar y
Comunitaria 2016 - Lambayeque

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD las tesis con el calificativo de; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **JULIA MARINA FUENTES HERNÁNDEZ y MARÍA DEL CARMEN SALINAS SAAVEDRA**, Investigadoras Principales y **Dra. TEÓFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA**, Asesora del Trabajo de Investigación: **“CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR DEL LACTANTE MENOR ATENDIDO EN CRED SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA EN LA VISITA DOMICILIARIA. FILA ALTA - JAEN, 2017”**; declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiere lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 18 diciembre de 2018

Julia Marina Fuentes Hernández
Autora

María del Carmen Salinas Sánchez
Autora

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía. A mis padres por darme la vida. A mi familia por su comprensión por el tiempo que no estuve con ellos para lograr este sueño que hoy se hace realidad.

Marina

A Dios todo poderoso por ser mi fortaleza guía y protección en todos los momentos de mi vida.

A mi querida Nelita, por su inmenso amor, apoyo incondicional y paciencia.

A mi familia, preciado tesoro por ser fuente de inspiración.

A Marina por su comprensión y creer en mí.

Carmen

AGRADECIMIENTO

A todas y cada una de las docentes por sus enseñanzas, a la universidad Pedro Ruiz Gallo por acogernos en sus aulas.

A la asesora Dra. Esperanza Ruiz Oliva, por su enseñanza y orientación profesional, para concluir este trabajo de investigación.

A las familias de los niños por su valioso tiempo y ser parte de esta investigación.

Agradecimiento especial a Celestina mi abuelita querida quien me enseñó el valor del esfuerzo y el trabajo, a mis padres, María y Walter, a mis queridos tíos Reynaldo, Walter y Naty, enseñándome valores que han conducido mi vida personal y profesional.

Marina

A Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda la vida.

A todas las personas que han hecho posible el desarrollo de esta investigación por su valiosa e incondicional colaboración.

María del Carmen

ÍNDICE

COPIA DEL ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLA	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: MÉTODOS Y MATERIALES.....	122
1.1. Tipo de Investigación.....	22
1.2. Diseño de Investigación.....	22
1.3. Población y Muestra	23
1.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	25
1.5. Análisis de los Datos.....	26
1.6. Rigor Científico	27
1.7. Principios Éticos	27
CAPÍTULO II: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
2.1. Resultados.....	31
2.2. Discusión	42
CAPÍTULO III: CONCLUSIONES	58
CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1.- Conocimiento del beneficio de la educacion brindada por la enfermera en la visita domiciliaria del familiar del lactante menor en prevención de enfermedades.....	31
Tabla 2.- Conocimiento sobre relación interpersonal con el familiar del lactante menor y la enfermera que brinda educacion en la visita domiciliaria.	32
Tabla 3.- Conocimiento en prevención de enfermedades respiratorias agudas del familiar del lactante menor atendido en CRED realizadas por la enfermera.....	33
Tabla 4.- Conocimiento del familiar del del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas.	34
Tabla 5.- Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de anemia.....	35
Tabla 6.- Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de enfermedades picosociales.	36
Tabla 7.- Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre vivienda saludable.....	37
Tabla 8.- Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre mejora de la relación interpersonal entre la enfermera y el familiar durante la visita domiciliaria realizadas por la enfermera.	38
Tabla 9.- Familiar del lactante menor según grupo etareo.	40
Tabla 10.- Grado de escolaridad del familiar del lactante menor.....	41

RESUMEN

La visita domiciliaria constituye un proceso racional y lógico que proporciona una atención más humanizada del lactante menor y su familia porque implica atender a la persona en su globalidad, por lo que se realiza el estudio sobre ¿Cuál es el conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera C.S. Fila Alta con el objetivo de determinar el conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria fundamentada en las teorías de N. Pender, con el modelo de Promoción de la Salud y el modelo de transcultural de M. Leininger, la hipótesis fue el conocimiento del familiar del lactante menor sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria de los atendidos en el CRED C.S. Fila Alta – Jaén 2017 es media. La población censal estuvo conformada por 40 familias con lactantes menores que recibieron visita domiciliaria durante los meses de octubre a diciembre 2017. Los resultados permitirán elaborar estrategias para mejorar el cuidado en el hogar y conocer lo que el usuario espera de la atención del profesional de enfermería. El tipo de investigación descriptiva prospectiva, según la finalidad es básica donde se concluye que el conocimiento del familiar del lactante menor sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria realizada por la enfermera es alto en prevención de enfermedades (92.5%), en cuanto a la relación interpersonal enfermera- usuario es 80% y el conocimiento del familiar sobre las prácticas saludables es de 68% lo que indica que existe beneficios de la educación que recibe la familia.

Palabras claves: visita domiciliaria, familiar, beneficio, educación

ABSTRAC

The home visit is a rational and logical process that provides a more humanized care of the young infant and his family because it involves serving the person as a whole, so the study is carried out on What is the knowledge of the relative of the younger infant attended in CRED on the benefits of education provided by the CS nurse Fila Alta with the objective of determining the knowledge of the relative of the minor infant attended in CRED on the benefits of the education provided by the nurse in the home visit based on the theories of N. Pender, with the model of Health Promotion and the transcultural model of M. Leinniger, the hypothesis was the knowledge of the relative of the younger infant about the benefits of the education provided by the nurse in the home visit of those cared for in CRED CS Fila Alta - Jaén 2017 is average. The census population was made up of 40 families with young infants who received home visits during the months of October to December 2017. The results will allow the development of strategies to improve care at home and to know what the user expects from the nursing professional's attention. The type of prospective descriptive research, according to the purpose is basic where it is concluded that the knowledge of the relative of the younger infant about the benefits of education provided by the nurse in the home view performed by the nurse is high in disease prevention (92.5%), in terms of the nurse-user interpersonal relationship is 80% and the family member's knowledge of healthy practices is 68%, which indicates that there are benefits to the education received by the family.

Keywords: home visit, family, benefit, education

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria es una técnica educativa que utiliza la enfermera para brindar cuidado de enfermería a la familia en su hogar utilizando sus propios recursos para la solución de sus problemas¹. En el trabajo del primer nivel de atención las visitas domiciliarias es una actividad que se realiza a diario, permitiendo al personal de salud dar una atención holística a la persona, la familia que ha visitado, por lo tanto los beneficios para los servicios de salud es amplio dentro del marco de la Atención Primaria de Salud.

Al respecto, Solís, K. et al cita a Cruz y Marthe,² 2015 destacan que la visita domiciliaria del primer nivel de atención representa una oportunidad de implementar intervenciones, para promover acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud a los individuos en su contexto familiar por permitir una mayor aproximación del personal de salud con la realidad y dinámica de las familias; por consiguiente, es una herramienta óptima para orientar, informar, educar y establecer alianzas con las familias para el empoderamiento y promoción de la autonomía en el autocuidado de la salud tanto individual como colectiva.

Consecuentemente, la visita domiciliaria genera importantes beneficios tanto individuales como sociales: mejora la calidad de vida de las personas con el fin de evitar internamientos y procesos de rehabilitación que generan grandes costos económicos al sistema de salud, así como empeoramiento de los índices de salud y pérdidas de recurso humano por complicaciones y defunciones asociadas. Teniendo en cuenta que según la OMS el 80% de los problemas de salud la población se atiende en el primer nivel de atención¹.

Para definir el Rol de la enfermera en la atención primaria partimos de la definición de enfermería que establece el CIE (Consejo Internacional de Enfermería 2008) La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las

familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación.¹

En Chile, un grupo de mujeres que se beneficiaron de la expansión educacional promovida por el Estado comenzó a efectuar visitas a los domicilios en la década del 30; así pudieron reconocer y palpar la miseria en que vivían las familias pobres chilenas, sobre todo en las poblaciones periféricas y en los conventillos o cités mujeres de clase media, ejerciendo sus roles de profesoras, enfermeras o visitadoras sociales, apoyadas en carreras universitarias incipientes, fueron las primeras en realizar visitas domiciliarias y rápidamente la literatura demostró que esta actividad beneficiaba en forma positiva a la familia, porque la hacía partícipe del cuidado del paciente.³

Los elementos centrales de la visita eran los aspectos educativo, higiénico y epidemiológico; las enfermeras organizaron esta actividad desde la perspectiva profesional y las asistentes sociales, que al principio se conocieron como “visitadoras de la miseria”, se encargaron de la aplicación práctica de las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los más pobres. Por su condición de “género femenino” se suponía que estas mujeres estaban habilitadas para educar en los roles de cuidado; esto dio origen a una larga tradición, que perdura hasta hoy.³

En el Perú, hace pocos años autoridades del sector salud se propusieron sacar adelante la Reforma de Salud, la cual valora al nivel primario como un pilar fundamental para desarrollar el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, dirigida

hacia el otorgamiento de cuidados del individuo, familia y comunidad, que satisfaga las necesidades de forma integral, resolutive, continua y eficaz, lo que incluye calidad y accesibilidad.⁴

Para ello se presenta un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, la mejora en la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el proceso de descentralización que se va afianzando, la creciente expectativa de la ciudadanía por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social.⁴

Instituciones como el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a través del servicio de acompañamiento a familias preocupado por el desarrollo infantil temprano, encarga a la guía de familia del programa nacional cuna + realizar la visita domiciliaria a las familias, esta actividad la ejecuta una madre de la comunidad, ella visita a cada familia para darle acompañamiento, dándole consejería y haciendo las coordinaciones con el Ministerio de Salud para sus atenciones respectivas de los niños identificados cuyo objetivo es completar el plan de atención que les corresponde a los niños menores de tres años. Se atiende en 24 departamentos y la provincia constitucional del Callao con el objetivo de superar las brechas en el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.⁵

Sin bien es cierto que en el Perú se inició trabajando la Atención Primaria de Salud, en el mundo se han sucedido acontecimientos mundiales, como la recesión económica; la presión de la globalización, las enfermedades emergentes como (VIH/SIDA) y las reemergentes (tuberculosis, dengue, peste, bartonelosis y otras) desplazaron la atención de la salud hacia

la gestión urgente de las situaciones de alta morbilidad y mortalidad omitiendo promover el enfoque sistémico para la promoción de la salud , las políticas sociales y económicas, las que influyen en las determinantes de la salud y la participación comunitaria.⁶

Ante ello, también ocurrieron cambios en Alma Ata, concluyendo que salud para todos en el año 2000 no se cumplirían en ese plazo y que era necesario de revisar el abordaje de la Atención Primaria de Salud (APS) para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, demográficos, sociales y culturales.⁷

En ese sentido la Organización Panamericana de la Salud propone renovar la APS y revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, objetiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad, en función de un sistema de salud basado en la atención primaria, a fin de fortalecer los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud. Para el 2005 la Organización Panamericana de la Salud introduce el concepto de Atención Primaria de Salud Renovada, en tal sentido se demanda reajustar los servicios.⁷

Cabe mencionar que las organizaciones internacionales como la OMS, proclaman la existencia de una figura de enfermería que desarrolle su labor en Atención Primaria. Así lo planteó en el documento Salud 21: “En el núcleo de este sistema debe estar una enfermera de salud familiar bien formada, que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria en un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios”⁷. Se señala que el hogar es el entorno físico en el que las personas pasan la mayor parte de tiempo. Dentro del marco de la planificación urbana y rural, el lugar de residencia debe estar diseñado y constituido de forma que fomente el

mantenimiento de la salud y la protección del medio ambiente. Considera que el hogar es la unidad primaria de la sociedad, en el que los miembros de la familia pueden aplicar sus propias políticas de salud, tales como un entorno seguro y libre de humo y una alimentación sana. Las enfermeras de familia de atención domiciliaria pueden ser unos catalizadores muy positivos de la acción sanitaria. ⁷

Para Germán,⁸ el cuidado de la enfermera en Atención Primaria', implica preparar a las personas, a la familia o grupos sociales, para potenciar la diversidad de habilidades, creencias, saberes, autocuidados y demás recursos que beneficien la realización de sus necesidades, donde ésta no sólo sea carencia sino potencialidad que ha de ser usada en beneficio de la salud. Por tanto, no se reduce a la aplicación de algunas técnicas clínicas en el ámbito de la familia, sino que los cuidados les ayudan a enfrentar las diversas experiencias ante su proceso salud-enfermedad.

En su opinión, Anaya F. ⁹ refiere que la enfermería tiene un campo de actuación muy amplio, desarrolla su labor asistencial prestando cuidados tanto en hospitalización como en centros de cuidados de larga estancia y en Atención Primaria desarrollando actividades preventivas. La enfermera que trabaja en el nivel primario se la conoce como: Enfermera Comunitaria. Se basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública pretendiendo contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su auto-cuidado.

Según el documento técnico del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAISBFC), modelo de atención integral, es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsisocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo – promocional en la atención

a la salud y la participación a la comunidad. Este modelo tiene características fundamentales como, centra su atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud, acercando la atención de salud a la población domiciliaria, poniendo énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad orientación a la familia y la comunidad sin descuidar las acciones curativas y de rehabilitación.⁶

Así mismo, reorienta los servicios de salud a hacia una atención personalizada, digna y de calidad en base principios de salud familiar y comunitaria y en las garantías explícitas del aseguramiento universal en salud, brindando atención especial al recurso humano con el fin de contribuir al cierre de brechas con equidad, desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria.⁶

Las Medida de políticas Reforma, propuestas por el consejo Nacional de Salud, el financiamiento del primer nivel de atención es insuficiente, se ha dado prioridad a los hospitales y con ello, a la función curativa del sistema de salud; y, en consecuencia, a mayores costos.¹⁰

La organización de los servicios en el primer nivel de atención no ha facilitado su rol como puerta de entrada al sistema de salud por su débil capacidad resolutive, además de un insuficiente funcionamiento de la referencia y contrareferencia de casos desde el primer nivel hacia otros niveles de atención.⁴

En el lineamiento 2 de reforma del sector salud , se refiere a fortalecer la Atención Primaria de Salud; el Consejo Nacional de Salud propone que el Ministerio de Salud MINSA promueva de manera prioritaria el fortalecimiento del enfoque de atención primaria de salud, mediante la aplicación de un nuevo modelo de atención que incorpore la organización territorial para brindar la atención integral, continua y de calidad a individuos y familias con

énfasis en la atención ambulatoria, la promoción de la salud, y la prevención de las enfermedades más importantes. Su fortalecimiento busca, por un lado, elevar la capacidad resolutive de los servicios del primer nivel de atención y por otro lado, redimensionar la demanda hospitalaria.⁴

En ese sentido el Centro de Salud de Fila Alta, cuenta con el equipo básico conformado por, 3 médicos, 5 enfermeras, 4 obstetras y 10 técnicos de enfermería. Las visitas domiciliarias son efectuadas por todos los trabajadores de salud de la institución, en cada sector y cada uno de ellos son denominados “sectoristas”. Específicamente las enfermeras realizan estas actividades y cada sector comandados por una de ellas hace más de 4 años.

En el trabajo del primer nivel de atención la visita domiciliaria es una actividad que se realiza a diario, la cual permite conocer en el hogar de la familia, su situación de salud, su fortalezas, debilidades y limitaciones y por lo que permite dar una atención más realista a la familia que se ha visitado, por lo tanto se conoce que los beneficios para los servicios de salud son amplios, sin embargo desde el punto de vista de las familias visitadas no se tiene claro, no está documentado si están de acuerdo o que los continúen visitando, que beneficios para mantener su salud ellas obtienen, si tienen algunas sugerencias que hacer al personal de salud.

Existen manifestaciones por parte de las familias en cuanto a la disconformidad del horario y de las personas que los visitan, refieren que preferirían que se incluyan personas que hablen el mismo idioma, que los temas a tratar sean de su interés.

Ante esta problemática se propuso la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria C.S. Fila Alta-Jaen,2017 , planteándose como objetivo determinar el conocimiento del familiar del lactante menor

atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria del C.S. Fila Alta – Jaén, 2017.

El objeto de estudio fue el conocimiento del familiar del lactante menor de un año sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria, si como determinar el beneficio en la relación interpersonal enfermera-familiar que se genera en la visita domiciliaria realizada por la enfermera.

El presente trabajo se justifica porque describe a través de una metodología científica, válida los conocimientos del familiar sobre los beneficios en el cuidado de la salud del lactante menor que proporciona la educación en visita domiciliaria realizada por una enfermera.

Así mismo, resultará de utilidad para constatar que la visita domiciliaria constituye un proceso racional y lógico que proporciona una atención más humanizada del lactante menor y sus familia porque implica atender a la persona en su globalidad y en relación con su entorno, pretende proporcionar a los individuos, familias y comunidad una atención que responda a sus necesidades y expectativas de manera integral, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad.

Los resultados permiten a la enfermera buscar estrategias para orientar mejor la atención a realizar en el hogar, además de conocer lo que espera el usuario de la atención del profesional de enfermería.

El estudio generará conocimientos que servirán de base para posteriores investigaciones sobre el tema y contribuirá a enriquecer el conocimiento de la profesión de enfermería.

El presente informe contiene cuatro capítulos, en el capítulo I se detalla los métodos y materiales e introducción, en el capítulo II se presenta resultados y discusiones obtenidas en base a los objetivos planteados, en el capítulo III se presentan las conclusiones y en el IV

capítulo las recomendaciones. Finalmente se presenta la bibliografía referenciada y los anexos.

CAPÍTULO I

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO I: MÉTODOS Y MATERIALES

1.1. Tipo de Investigación

El estudio fue descriptivo de diseño transversal. Descriptivo porque su objetivo fue determinar el conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria, según el periodo y secuencia de estudios es transversal porque el instrumento fue aplicado una sola vez en un determinado momento a cada unidad de análisis que fue la familia.¹⁰

De acuerdo a la ocurrencia de los hechos y periodo de la toma de datos fue prospectivo.¹⁰

1.2. Diseño de Investigación

M \longrightarrow O

M= muestra

O= observación

Dónde:

M: es el familiar del lactante menor que cumplió con los criterios de inclusión y se le aplico el cuestionario.

O: es el beneficio de la educación del familiar del lactante menor que recibe visita domiciliaria por una enfermera del C.S. Fila Alta 2017.

Validez y confiabilidad de los instrumentos.

Según Hernández, 2014,¹⁰ se refiere en que un instrumento realmente mide la variable que se pretende medir.

El instrumento fue validado por juicio de expertos, constituido por nueve enfermeras y estadísticamente a través del método coeficiente de proporción de rangos. Según especialistas, existe una alta validez de contenido y concordancia entre jueces, esto se evidencia al calcular el Coeficiente de Proporción de Rangos que alcanzó un 97% por lo tanto, se puede concluir que el instrumento es altamente válido cuantitativamente para el logro del objetivo que se planteó en la presente investigación. Se concluyó que el instrumento es altamente válido cuantitativamente para el logro del objetivo que se planteó en la presente investigación

$$CPR = \frac{\sum PR_i}{N} \quad CPR = \frac{8.69}{9} \quad 0.97$$

Coeficiente de proporción de rangos corregido

$$CPR_c = CPR - Pe$$

$$0.97 > 0.8$$

La confiabilidad es el grado en que un instrumento de medición arroja resultados consistentes y equivalentes entre los encuestados independientemente de quien lo aplique y puede ser determinada por varias técnicas.

1.3. Población y Muestra

La población muestral constituida por 40 familias que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se delimitó teniendo como referencia la “sectorización” que personal del establecimiento realizó hace aproximadamente 4 años seleccionándose los sectores donde enfermeros/as viene realizado la educación en salud a través de la visita

domiciliaria, con enfoque de Salud Familiar a las familias, algunas de ellas desde la etapa pre gestacional, gestación familiares con sus recién nacidos, lactantes, teniendo en cuenta que las últimas visitas domiciliarias hayan sido en los meses de octubre, noviembre o diciembre del año 2017. La población estuvo conformada por las familias con lactantes menores que venían recibiendo visitas domiciliarias por parte de personal de salud del C.S. Fila Alta entre los meses de octubre a diciembre del año 2017 que fueron atendidos en CRED,

Criterios de inclusión:

Familias con lactantes menores de 1 año que recibieron visitas domiciliarias por la enfermera en los meses de octubre a diciembre 2017.

Familias que corresponden a los “sectores” de la jurisdicción del C.S. Fila Alta y tiene como responsable de la visita domiciliaria al profesional de enfermería.

Familias que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

· Criterios de exclusión:

Las familias con niños menores de un año que recibieron visitas domiciliarias por otros profesionales de la salud en el C.S. Fila Alta los del 2017

Las familias que no aceptaron participar en el estudio de investigación.

Familias con niños menores de un año que corresponde a otros “sectoristas” que no son enfermeras.

Familias con niños menores de un año que se atienden en otro establecimiento.

Familiares con niños mayores de un año.

1.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica de investigación es la recopilación de datos para verificar los métodos empleados en lo investigado para llegar a la verdad del suceso estudiado, teniendo las pruebas y una serie de pasos que se llevan a cabo para comprobar la hipótesis planteada y es lo que usa la ciencia para llegar a una verdad¹¹ en este estudio se utilizó la técnica de la encuesta.

El instrumento de recolección de datos e información es un recurso metodológico que se materializa mediante un dispositivo o formato, este puede ser impreso o digital que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes del estudio o investigación recabados de las fuentes indagadas fue el cuestionario¹². En el mismo que fue elaborado por las investigadoras estuvo estructurado en tres partes, en la primera se consignó las características sociodemográficas, la segunda constituyó conocimiento del familiar en cuidado del lactante menor y prevención de enfermedades , tercera parte y última la relación interpersonal con la enfermera-usuario, el mismo que permitió evaluar el nivel de conocimiento del familiar del lactante menor atendido en el CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria el cual se midió a través de:

Conocimiento alto de 12 a 14 puntos

Conocimiento medio de 9 a 11 puntos

Conocimiento bajo menor de 10 puntos

Relación Interpersonal entre el equipo de salud – usuario-familia:

Conocimiento alto de 6 a 7 puntos

Conocimiento Medio de 4 a 5 puntos

Conocimiento Bajo menos de 3 puntos

Antes de ser aplicado el instrumento que en este caso fue un cuestionario se solicitó el permiso respectivo al jefe del centro de salud de Fila Alta, dándole a conocer los objetivos del estudio. Con los familiares seleccionados la cita se coordinó previamente la cita para informarle los objetivos del estudio, el derecho que tienen a rehusarse a participar, las responsabilidades del investigador. Se les hizo conocer el consentimiento informado que voluntariamente fue firmado por cada uno de ellos para luego hacerle conocer y entregarle el cuestionario, dándoles previamente lectura y las orientaciones pertinentes si es que era necesario esperándole el tiempo hasta su llenado respectivo. Se tuvo en cuenta que éste no sea aplicado por la misma enfermera responsable del sector, para evitar algún sesgo en la información.

Se tuvo en cuenta que el cuestionario no sea aplicado por la misma enfermera responsable del sector, para evitar algún sesgo en la información o recolección de los datos poniendo en práctica uno de los criterios del rigor científico.

1.5. Análisis de los Datos

Se codificó cada cuestionario con un valor numérico iniciándose del N° 001 al N° 040, elaborándose un listado con datos contenidos en seis bloques de preguntas, asignándoles una puntuación sobre la base de respuestas correcta (1) y (cero) en respuesta incorrecta; se dio un valor indicado a cada bloque para determinar conocimiento alto, mediano o bajo y llevando a porcentaje para determinar el conocimiento alcanzado por cada familia según el objetivo planteado; iniciando con las alternativas de prevención de

enfermedades respiratorias, diarreicas, anemia, enfermedades psicosociales, vivienda saludable y relación interpersonal enfermera - usuario. de acuerdo al objetivo planteado y el porcentaje obtenido se realizó el análisis temático.

1.6. Rigor Científico

Se tomó en cuenta los tres principios según Polit, 2000,¹³

El Principio de Confiabilidad se protegió a los participantes a fin de garantizar que sus identidades no sean relacionadas con la información que proporcionen y que aquellos jamás se divulguen.

El principio de credibilidad que se refiere a la confianza de la información que se obtendrá durante la entrevista se pegará a la verdad,

El principio de la confirmabilidad referido a la comprobación por parte del investigador externo de las estrategias seguidas, la coherencia interna de los resultados, la relación entre estos y las interpretaciones realizadas.¹⁵

1.7. Principios Éticos

Durante todo el proceso de investigación se tuvo como sujeto a las familias con lactantes menores de un año, tratando en todo momento de proteger sus derechos como seres humanos rigiéndonos en los principios éticos expuestos en reporte Belmont, citado por Polit 2000. El principio de beneficencia, el respeto a la dignidad humana y el de justicia.

Principio de Beneficencia es uno de los principios éticos fundamentales en la investigación es como máxima “por sobre todo, no dañar”. La mayoría de los investigadores consideran que este principio encierra múltiples dimensiones, como: la garantía de que no sufrirán daños (lesión, discapacidad, angustia innecesaria o la muerte en alguno de los participantes), de no utilización de la relación con fines distintos de los establecidos por la investigación, beneficios resultantes de la investigación para el sujeto y la sociedad, la relación riesgo/ beneficio (siendo el riesgo menor que el beneficio).¹³

Se puso en práctica al informar y garantizar a las familias de los lactantes menores de un año que todo aporte o información que ellas proporcionen, no serán utilizadas en ningún momento en su contra.

Respeto a la dignidad humana “comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. La autodeterminación significa que los sujetos de investigación deciden voluntariamente si participan o no en el estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato prejudicado; también a dar por terminada su participación en todo momento, rehusarse a dar información o exigir que se les explique el propósito del estudio. El conocimiento irrestricto de la información implica que el investigador describa a los sujetos la naturaleza del estudio, el derecho que tienen a rehusarse a participar, las responsabilidades del investigador y los probables riesgos y beneficios”.¹³

En el presente estudio no se les condicionó a las madres, para ser entrevistadas, esto significa que las familias participantes tuvieron derecho a decidir voluntariamente en el estudio, sin el riesgo a exponerse a represalias se les explico en forma sencilla, clara y detenida la naturaleza del estudio, objetivo, procedimiento que se utilizó para obtener la

información y derechos que gozan, se les brindo un trato amable y respetuoso, aclarando dudas que puedan surgir.¹³

El principio de Justicia, implicó el derecho a un trato justo. Las familias recibieron un trato amable, equitativo y justo durante todos los momentos de la investigación. La selección fue justa no discriminativa, basados en la necesidad de investigación y no en la conveniencia. Trato sin prejuicios a quienes se rehúsen a participar o que abandonan el estudio después de haber aceptado participar.¹³

CAPÍTULO II

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO II: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

2.1. Resultados

Tabla 1.-

Conocimiento del familiar del lactante menor sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria.

Conocimiento	N°	%
Alto	37	92.5
Medio	03	7.5
Bajo	0.0	0.0
Total	40	100

Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

Del 100% de familiares que recibieron visitas domiciliarias por enfermeras del C.S. Fila Alta, para recibir educación en salud el mayor porcentaje (92.5 %) tiene un conocimiento alto sobre el cuidado del lactante menor, en prevención de enfermedades como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro, prevención de enfermedades psicosociales y vivienda saludable y el mínimo porcentaje (7.5%) tiene un conocimiento medio con respecto a los mismos temas.

Tabla 2.-

Beneficios en la relación interpersonal con la enfermera - familiar que se genera en la visita domiciliaria.

Beneficios	N°	%
Alto	32.0	80.0
Medio	8.0	20.0
Bajo	0.0	0.0
Total	40.0	100.0

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

En la presente tabla en cuanto al beneficio en la relación interpersonal usuario enfermera que se genera en a visita domiciliaria, el beneficio es alto, el mayor porcentaje (80 %) es decir que a través de la visita domiciliaria mejora la interrelación enfermera – familiar.

Desagregando los resultados obtenidos presentamos las siguientes tablas:

Tabla 3.-

Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED en prevención de enfermedades respiratorias agudas.

Conocimiento	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Preguntas de interés				
Dando lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses	37	92.5	3	7.57
Lavándose las manos para atender al niño	38	95	2	5
Cubriéndose boca y nariz con un paño o papel higiénico al momento de estornudar	38	95	2	5
Vacunándolo oportunamente al niño	33	82.5	7	17.5
Evitando exponer al niño al humo de cigarro y la leña	33	82.5	7	17.5
Manteniendo el peso y talla de acuerdo a la edad del niño	39	97.5	1	2.5

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

Interpretación

Los familiares encuestados sobre prevención de las de infecciones respiratorias agudas el mayor porcentaje de las madres (97 %) conocen que logrando un peso y talla de acuerdo a la edad del niño o niña, otro porcentaje alto (95%) conocen que cubriéndose boca y nariz al momento de estornudar y lavándose las manos para atender al niño, así mismo el 82.5 de ellas tienen conocimiento sobre que el humo del cigarro y de leña, en cambio un mínimo porcentaje (17.5%) desconoce lo dañino que representan esta práctica para la salud del lactante menor y la población en general, 82.5% de las madres tiene respuesta positiva hacia la vacunación oportuna.

Tabla 4.-

Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas.

Conocimiento		SI		NO	
Preguntas de interés		Nº	%	Nº	%
Lavándose las manos con agua y jabón para dar de lactar		40	100	0	0
Lavándose las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos.		40	100	0	0
Manteniendo limpias las manos del niño(a)		40	100	0	0
Lavándose las manos con agua y jabón después de cambiar el pañal		40	100	0	0
Preparando la papilla para el niño(a) al momento		40	100	0	0
Vacunándolo contra enfermedades diarreica aguda		36	90	4	4

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor, 2017

Interpretación:

Sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas los familiares en su totalidad (100%) de las madres a las que se les aplicó el cuestionario tienen el conocimiento sobre la importancia de lavado de manos del cuidador del niño o niña, manteniendo las manos limpias del niño y el alimento recién preparado. De las mismas madres solo el 90% tiene respuesta positiva a favor de la vacuna contra la enfermedad diarreica y un mínimo porcentaje (10%) desconoce el beneficio de la vacuna y el nombre de la misma.

Tabla 5.-

Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de anemia.

Conocimiento Preguntas de interés	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Tomando sulfato ferroso durante el embarazo	39	97.5	1	2.5
Dándole lactancia materna en la primera hora inmediatamente después del nacimiento	36	90	4	10
Dándole sulfato ferroso en gotas a los 4 y 5 meses de edad	35	87.5	5	12.5
Dándole los micronutrientes chispita desde los 6 meses de edad todos los días hasta 1 año 6 meses.	36	90	4	10
Dando alimentos de origen animal que contengan hierro (sangrecita, higadito, pescado, bazo)	39	97.5	1	2.5

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

Interpretación

En las preguntas sobre conocimiento en prevención de anemia los familiares en estudio que en su totalidad son las madres de los lactantes, el mayor porcentaje (97.5%) tienen respuesta positiva que tomando el sulfato ferroso durante el embarazo y consumiendo alimentos de origen animal como sangrecita, hígado, pescado, bazo, así mismo otro gran porcentaje (90%) conoce que los multimicronutrientes (chispitas) administrados desde los 6 meses hasta el año y medio y con el mismo porcentaje valoran a la lactancia materna en la primera hora de vida se previene la anemia, para la pregunta sobre el sulfato ferroso en gotas entre los 4 y 5 meses el 87.5% reconoce que su consumo previene la anemia y un mínimo porcentaje (12.5%) desconoce la importancia del mismo.

Tabla 6.-

Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre prevención de enfermedades psicosociales.

Conocimiento	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Preguntas de interés				
Demostrando afecto y dialogo permanente a su niño a través de abrazos, caricias.	37	92.5	3	7.5
Cantándole a su niño(a) mientras la atiende.	40	100	0	0
Evitando las agresiones físicas a algún miembro de su familia en presencia de los niños.	40	100	0	0
Evitando gritar a algún miembro de su familia.	40	100	0	0
Que el padre demuestre cariño para sus hijos aunque no viva juntos con la madre.	38	95	2	5

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

Interpretación

A la pregunta sobre prevención de enfermedades psicosociales, en su mayoría (100%) de las madres conocen que cantándole al niño, evitando las agresiones físicas y verbales, y porcentaje altos (95.5) que el padre demuestre cariño aunque no viva juntos. Los familiares refieren que demostrando afecto y dialogo permanente se previene la enfermedades psicosociales (92.5%) y un mínimo porcentaje (7.5%) desconoce sobre el mismo tema.

Tabla 7.-

Conocimiento del familiar del lactante menor atendido en CRED sobre educación en vivienda saludable realizadas por la enfermera.

Conocimiento	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Preguntas de interés				
Tener ventanas grandes y mantenerlas abiertas	33	82.5	7	17.5
Dejar entrar la luz solar a la vivienda	36	90	4	10
Mantener la casa ordenada	40	100	0	0
Limpiar diariamente los ambientes de la casa	40	100	0	0
Clasificar la basura y colocar en un lugar apropiado	35	87.5	5	12
Que tenga los servicios básicos: Luz agua, desagüe	39	97.5	1	2.5

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor, 2017

Interpretación

A la pregunta sobre conocimiento de vivienda saludable, el total (100 %) de las madres tienen una respuestas positiva con respecto a mantener la casa ordenada y limpiar diariamente los ambientes de la casa, otro gran porcentaje (97.5) hace referencia que tenga servicios básicos, un porcentaje menor (87.5%) su respuesta es positiva refieren que una vivienda saludable debe tener ventanas grandes y tenerlas abiertas por el contrario un mínimo porcentaje 17.5% desconocen los beneficios de este último.

2. relación interpersonal

Tabla 8.-

Conocimiento del familiar sobre la mejora de la relación interpersonal entre la enfermera y el familiar del lactante menor atendido en CRED durante la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria.

Conocimiento Preguntas de interés	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
1.¿Ha logrado una relación interpersonal sincera y activa con la enfermera	40	100	0	0
2. La enfermera conversa con usted de temas de salud	40	100	0	0
3. Usted le hace preguntas a la enfermera	34	85	6	15
4. La enfermera escucha sus preguntas atentamente	37	92.5	3	7.5
5. La enfermera responde las preguntas atentamente que usted le realiza	36	90	4	10
6. La enfermera se muestra amable con usted durante la visita domiciliaria	40	100	0	0
7. La enfermera tiene en cuenta su realidad cuando le enseña cómo cuidar a su niño	40	100	0	0
8. La enfermera acepta sus sugerencias que usted propone en el cuidado de su niño	40	10	0	0
9. La enfermera le brinda confianza al momento de explicarle los cuidados que debe tener con su niño	40	100	0	0
10. Usted acepta las sugerencias que la enfermera le propone sobre el cuidado de su niño.	39	97.5	1	2.5
11. Si usted tiene dudas en cuanto a la explicación que la enfermera le da sobre los cuidados para su niño o niña, hace preguntas.	39	97.5	1	2.5
12. La relación de confianza con la enfermera le permite a usted buscar las soluciones u orientaciones a sus problemas de salud	39	97.5	1	2.5

Fuente: Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del lactante menor. 2017

Interpretación

Con respecto a la relación interpersonal, la mayoría de respuestas por los familiares son positivas alcanzando un alto porcentaje (100%) sin embargo a las preguntas: “La enfermera responde las preguntas atentamente que usted le realiza” un gran porcentaje (90%) de las encuestadas tienen una respuesta positiva, del mismo modo a la pregunta “Usted le hace preguntas a la enfermera” el porcentaje va disminuyendo(85%) y un mínimo porcentaje (15%) tiene una respuesta negativa, es decir no hacen preguntas a la enfermera durante la visita domiciliaria.

Tabla 9.-

Familiar del lactante menor según grupo etáreo.

GRUPO ETAREO	N°	%
15 A 19 AÑOS	09	22.5
20 A 29 AÑOS	11	27.5
30 A 39	14	35.0
40 A 49	6	15
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar del lactante menor. 2017

Interpretación

En la tabla presentamos madres encuestadas según grupo atareo, el mayor porcentaje (35%) de ellas están comprendidas en la edad de 30 a 39 años, seguida del grupo de 20 a 29 años con un porcentaje alto (27%) y el 22% son madres de 15 a 19años y un mínimo porcentaje en las edades de 40 a 49 años.

Tabla 10.-***Grado de escolaridad del familiar del lactante menor.***

Escolaridad	N°	%
Analfabeta	01	2.5
Primaria	14	35.0
Secundaria	23	57.5
Técnica	02	5.0
TOTAL	40	100

Fuente: Encuesta aplicada al familiar del lactante menor diciembre 2017

Interpretación

Respecto al grado de escolaridad de las madres encuestadas en la presente tabla se observa que el mayor porcentaje (57.5%) tiene grado de instrucción secundaria, un porcentaje menor (35.5%) ha terminado primaria, el grado de superior técnico un porcentaje mínimo (5%,) y con porcentaje inferior (2.5%) sin grado de instrucción.

2.2. Discusión

La discusión se realizó en base al objetivo que se planteó. El estudio se llevó a cabo con el familiar de los lactantes menores de un año que en su mayoría fueron las madres de la jurisdicción del C.S. Fila Alta de la provincia de Jaén que fueron visitadas en su domicilio por enfermeras del mismo establecimiento de salud para dar educación en el escenario donde la familia vive y se desarrolla encontrándose entre los datos sociodemográficos que en su mayoría (57.5%) de las madres que participaron en el estudio terminaron la educación secundaria, un porcentaje menor (35%) terminó la educación primaria, un mínimo porcentaje (5%) con educación técnica y un porcentaje inferior (2.5%) sin grado de instrucción. (Tabla 10)

Según ENDES 2016, el nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha mejorado en el año 2016 respecto al año 2012. El 62,6% tiene educación secundaria completa o superior 2016.¹⁴ Señala además que uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población y a su vez, es uno de los factores utilizados más frecuentemente en los análisis sociodemográficos por su ascendencia sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva, acceso y uso a métodos anticonceptivos, salud de las niñas y niños, entre otros.¹⁴

Así mismo, destaca que el nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: las/os niñas/os de madres con educación primaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (23 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios secundarios (17 por mil).¹⁴

Los datos anteriores son corroborados por un estudio realizado por Villarreal citado por Valdez.¹⁵ donde se encontró que las prácticas correctas de prevención ante una infección

respiratoria aguda estuvieron relacionadas con el grado de instrucción de la madre, donde predomina la secundaria completa, mientras que las prácticas incorrectas estuvieron asociadas a un menor grado de instrucción.

Según el nuevo modelo la atención, de carácter integral, familiar y comunitario, la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado y tiene como una de sus características fundamentales la atención centrada en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud, acercando la atención de salud a la población beneficiaria⁶ que debe ser realizada a través de un equipo de salud, lo cual en la práctica no se cumple en su totalidad por amplia brecha de personal de salud que actualmente existe esto hace evidente el desequilibrio entre oferta y la demanda y la formación biomédica de los profesionales de la salud que prioriza la curación de la enfermedad.

Actualmente la atención en el hogar de la familia es realizada por un personal de salud denominado “sectorista” designado para un determinado sector en los establecimientos del primer nivel de atención.

Con respecto al conocimiento del beneficio de la educación que brinda la enfermera en la visita domiciliaria al familiar del lactante menor en la prevención de enfermedades, un gran porcentaje 92.5% de familias que recibieron visitas domiciliarias por enfermeras tiene un conocimiento alto sobre el cuidado del lactante menor, prevención de enfermedades como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas

agudas, anemia, prevención de enfermedades psicosociales, y vivienda saludable, el 7.5% tiene un conocimiento medio (ver tabla N° 01).

Con respecto a los mismos temas. Valdez A. cita a YangvZ-F. et al.¹⁵ en un estudio sobre prevención de infecciones respiratorias, se encontró asociación entre el recibir charlas en los últimos seis meses y el nivel de conocimiento sobre infección respiratoria aguda, estos resultados concuerdan con otros estudios en una población similar donde se encontró que un 36.3% de las madres tenían conocimiento adecuado sobre infecciones respiratorias; pero que posteriormente a una intervención educativa este aumentó al 93%, principalmente en lo relacionado a la prevención de estas enfermedades, puesto que la mayoría de madres (72%) aplicaban medidas de prevención inadecuadas a comparación del 27,8% de madres que aplicaban medidas preventivas correctas, y estas malas medidas estaban asociadas a pocas actividades de promoción y prevención realizadas por el personal de salud en su comunidad .

En un estudio sobre influencia de la visita domiciliaria en la educación sanitaria los resultados mostraron conocimientos conceptuales de las madres de niños con desnutrición aguda antes de la educación sanitaria a través de la visita domiciliaria fue de 7.38 nivel deficiente. Después de la educación sanitaria a través de la visita domiciliaria las madres mejoraron a un nivel bueno 14.76 en relación a los conocimientos procedimentales antes de la visita domiciliaria las madres lograron un 29.69 nivel deficiente y después de la educación sanitaria a través de la visita domiciliaria las madres mejoraron su nivel bueno 51.32, hecho que demuestra el impacto de la visita domiciliaria.¹⁶

“Este trabajo de investigación se fundamentó en la teoría de Nola Pender con el modelo de Promoción de la salud (MPS) ella identificó que los factores cognitivos perceptuales

de los individuos, que son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería.¹⁷

Hay que promover la vida saludable que es primordial antes de que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gasta menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”, se basa en metaparadigmas: salud, entorno, enfermería.¹⁷

Es decir, este modelo permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.¹⁷

Pender, planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.¹⁷

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.¹⁷

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra, se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.¹⁷

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.¹⁷

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las

intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.¹⁷

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública. El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.¹⁷

Para poder entender a cada familia procedente de diferentes zonas del país que conformaron la muestra, este estudio también se fundamentó en Leininger en 1991 identificó diferencias en las formas en que se expresan y comportan las personas con relación al cuidado, las cuales parecían estar ligadas a patrones culturales, este conocimiento es de extrema importancia para la enfermera.¹⁸

Ella identifica patrones de cuidado incluyen acciones y actitudes de asistir, apoyar, capacitar y facilitar que influyen en el bienestar o estatus de la salud cuidado de los individuos, familias, grupos e instituciones, así como en las condiciones humanas generales, estilos de vida y contexto ambiental.¹⁸

En cualquier cultura, los seres humanos perciben y experimentan comportamientos de cuidado y descuido dentro de su contexto cultural familiar. El propósito de la teoría del cuidado cultural es investigar, las diversidades y universalidades en relación con las visiones del mundo, Estructura social y otras dimensiones, para describir medios de proveer un cuidado congruente con las personas de diferentes culturas, intentando mantener o recuperar su bienestar, su salud o enfrentar a la muerte en forma apropiada, serena, respetando sus normas culturales¹⁸

Así, Leininger 1995, fue la primera enfermera que conceptualizó sobre la enfermería transcultural, definiéndola: “como una área humanística y científica del estudio y de la practica formal de la enfermería, que se enfoca sobre diferencias y semejanzas entre culturas con respecto al cuidado humano, la salud y la enfermedad.”¹⁸

El elemento fundamental que conforma la enfermera transcultural es el estudio de los valores culturales que influyen en la salud de las personas. La enfermería transcultural es un tipo de enfermería que tiene en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad y que por tanto, estudia de forma integrada las creencias de las personas, usos y costumbres de diferentes culturas, enfermería transcultural designa el área de estudio y practica formal que se centra en valores, creencias y prácticas de salud de los individuos. El concepto de cultura y su relación con las creencias y las prácticas de los cuidados de la salud del paciente constituye en fundamento de la enfermería transcultural.¹⁸

Respecto a las relaciones interpersonales que se ha logrado establecer a través de la visita domiciliaria con la familia, el 80% de las familias visitadas, refieren que se ha mejorado su relación del familiar del lactante menor – enfermera, por lo tanto mejora el vínculo con el trabajador de salud y con el servicio de salud, equivalente a conocimiento alto; y el 20% de familias tienen un conocimiento medio. Las autoras consideran que este resultado concuerda numerosos estudios de investigación encontrados y en el trabajo que a diario realizamos. (Ver tabla N°2)

Al respecto Carvalho. M.et al cita a Silva y otros ¹⁹en un estudio realizado en Brasil con respecto a la atención que reciben en la Unidad de salud familiar (usf) equivalente a un establecimiento de primer nivel de atención en nuestro país, las madres se refieren “identificamos profesionales de salud interesados y preocupados con las necesidades de

salud de cada familia y de la comunidad también”. A través de visitas domiciliarias, confirmadas positivamente en todas las entrevistas, las madres destacaron al equipo de salud como responsable por su atención de salud individual, familiar o comunitaria.

Continúa el autor afirmando que la inclusión de los profesionales de salud en la comunidad mediante las visitas domiciliarias no sólo fortalece los vínculos, si no también les permite comprender los determinantes sociales del proceso de salud y enfermedad. El compromiso de los profesionales de salud con la población permite un espacio para que cada individuo singular sea comprendido y oído, lo cual contribuye para restaurar la autonomía de las personas que necesitan de la atención de salud.¹⁹

En este plano, investigaciones desarrolladas durante más de 25 años en Estados Unidos por Olds y su equipo, han concluido que los efectos de las visitas domiciliarias son diferentes dependiendo de las características de la persona que la realiza.²⁰ En ese sentido el perfil del personal de salud que debe realizar la visita domiciliaria definida por los participantes en los grupos focales está referida básicamente a una persona capacitada y con conocimientos en temas de salud y de la geografía de la zona, tener habilidades de comunicación “que utilice palabras sencillas y sepa escuchar”, y capacidad de convencimiento respecto al tema abordado, respetuoso, con mucha paciencia y buen trato, empático, amable y que inspire confianza a la familia, “que llegue a la familia”.²¹

Al mismo tiempo ayuden a mantener un clima de armonía y de apoyo real en la solución de problemas de salud y nutrición con la familia visitada, estas son en primer orden el estar capacitado en visita domiciliaria integral, en temas de salud integrales, tener facilidad para comunicarse con las personas con un lenguaje sencillo, ser empático, con

capacidad de negociación y de convencimiento además de ser identificado, y que conozca la zona de trabajo así como el idioma según la zona.²¹

Durante la visita domiciliaria se realiza interacción con la familia para iniciar la relación de ayuda, en ese sentido, para Muñoz A. et al²² refiriéndose a la relación de ayuda de la Enfermería por su naturaleza es una profesión cuyo centro no es ella misma sino el enfermo, su máxima prioridad se halla en él, de tal forma que sin esa relación que se entabla entre enfermera- usuario no existiría. El autor cita a Bermejo JC, este autor refiere que en la Enfermería, la relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.

Al respecto Mastrapa Y., Gilbert M. A.²³ hace referencia la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegadr E. Peplau, describe la importancia de la relación enfermera paciente, como un proceso interpersonal, significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiologicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas constructivas o destructivas frente a necesidad, frustración, conflicto y ansiedad, identifica cuatro fases en la relación enfermera paciente, que se inician con la orientación, la identificación, la explotación y la resolución.

En la orientación, en esta fase el individuo tiene una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. En la fase de identificación, el paciente se identifica con las personas que le brindan los cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los

mecanismos positivos de la personalidad que le proporciona la satisfacción que necesita.²³

En la tercera fase que es la explotación, el paciente trata de obtener el máximo de la relación y consigue los mayores beneficios posibles y finalmente la fase de resolución cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso el paciente se independiza de la identificación con la enfermera y objetivo está orientado con un enfoque de relaciones humanas saludables.²³

Al respecto Fajardo L. Et al²⁴ para entablar una relación de ayuda también es necesario el desarrollo de las competencias comunicativas en el enfermero, lo cual propicia el establecimiento de relaciones de ayuda, las que se conforman con la actitud facilitadora del profesional de enfermería, mediante acciones como escuchar empáticamente, con interés y una actitud acorde con la situación individual del enfermo. De esta manera, el enfermo percibe que se comprende sus sentimientos, capta y recibe información y, así, el profesional de enfermería verifica y formula nuevamente el mensaje elaborado y emitido por él mismo. Todo ello transforma la relación terapéutica en un ideal de interés personal y atención hacia lo que se está desarrollando.

Desagregando los ítems, con respecto a la prevención de infección respiratoria en primer lugar el familiar reconocen que manteniendo el peso y talla adecuados de acuerdo a la edad del niño (97.5%), en segundo lugar consideran importante el lavado de manos para atender al niño y cubriéndose boca y nariz al momento de estornudar, (95%). En tercer lugar, el mismo porcentaje (82.5%) conocen sobre la vacunación oportuna al niño y evitando exponer al niño al humo del cigarro y la leña. (Tabla 3)

Según ENDES 2016, En los casos de madres fumadoras y aquellas que no tienen ese hábito la diferencia fue de 4,4% (20,2% frente a 15,8%). Asimismo, los resultados de la

encuesta, muestran mayores niveles de infección respiratoria aguda en los hogares que usan leña, paja o residuos agrícolas para cocinar (17,6%), y niveles menores entre los que usan electricidad y/o gas (15,6%).¹⁴

Al respecto Huamani Lima A. 2016 ,²⁵ en un estudio de conocimiento de las madres sobre vacunas en un hospital de la ciudad de Lima, la protección del niño se logra con vacunas completas y oportunas; sin embargo, cuando se le pregunta sobre conocimiento tipo de vacunas y las enfermedades que protegen, el 82% desconocían que enfermedad previene su administración.

Del mismo modo con respecto a la pregunta sobre prevención de enfermedad diarreica aguda el total de las madres (100%) a quienes se les aplico el cuestionario conocen que el lavado de manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos, manteniendo limpias las manos del niño o niña, lavándose las manos después de cambiar el pañal, es decir su conocimiento es alto, sin embargo a la pregunta sobre la vacuna para prevención de enfermedades diarreicas el mayor porcentaje (90%) de ellas lo reconoce como que cumple esa función sin embargo no la identifican. Huamani (2016) ,²⁵ en el caso de vacuna rotavirus, encontró que el 64% de madres conocían que su administración vía oral previene las enfermedades diarreicas en los niños menores de un año. (Tabla N°4)

En la pregunta sobre prevención de anemia el mayor porcentaje (97%) de la familia del niño menor de un año tiene conocimiento alto al respecto, identifica al sulfato ferroso y alimentos de origen animal como sangrecita, hígado, pescado como lo más importantes en la prevención de anemia, los micronutrientes desde los 6 meses y la lactancia materna durante la primera hora de vida con un gran porcentaje (90%) y el de administración de sulfato ferroso en gotas desde los cuatro y cinco meses en un

porcentaje menor (87%.) un mínimo porcentaje (12.5%) desconoce la importancia del mismo en la prevención de anemia al igual que las sucede con los multimicronutrientes.

Sobre el mismo tema, Milla M.2016,²⁶ en un estudio que consistió en realizar visitas domiciliarias mensualmente a familias con niños objeto de estudio y seleccionados para hacer el monitoreo, explicar los beneficios de su consumo, consecuencias de anemia del consumo de micronutrientes hay diferencia en el consumo del multimicronutriente por los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad antes y después de las visitas domiciliarias, se puede apreciar que al finalizar la intervención se incrementó el número de niños y niñas que consumieron adecuadamente el multimicronutriente, llegando al 100% lo cual tuvo relación con la disminución de la anemia, incrementado la hemoglobina en 0.7mg/dl .

Esto, como efecto del reforzamiento en cada visita realizada sobre la importancia de su consumo y otros temas para combatir la anemia,

Milla, afirma que las visitas domiciliarias son un medio eficaz para conseguir un cambio positivo en el cuidado de la niña y el niño. Las visitas domiciliarias tienen un impacto positivo sobre las madres mejorando el concepto que tenían sobre consumo de los multimicronutrientes.²⁶ resultado semejante al que se encontró en nuestro estudio, respecto de su beneficio.

Para Guevara F. y Solís C. 2013,²⁷ a través de la visita domiciliaria los beneficiarios adquieren conocimientos y al mismo tiempo se pretende acercar los servicios de salud a los hogares de las personas y sus lugares de trabajo, de manera que se cumpla con una de las funciones principales de la estrategia de atención primaria en salud, la educación en salud, definida como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria,

incluido el desarrollo de habilidades personales y la mejora del conocimiento que conlleven a la salud individual y de la comunidad.

Los mismos autores refieren que los temas esperados que debe tratar durante la visita como respuesta a las necesidades encontradas en las familias de acuerdo con el sexo, grupos etarios, patologías presentadas, condición socioeconómica, factores de riesgo y el perfil epidemiológico del área, el dengue, la vacunación, el lavado de manos, la citología vaginal y una alimentación saludable, respuestas que podrían asociarse a dos factores: la gran importancia que tienen estos temas para la población o por ser los que más abordan los técnicos durante la visita.²⁷

Al respecto, las personas usuarias de las visitas domiciliarias, destacan otros temas como el autoexamen de mamas, mamografía, planificación familiar, prevención de enfermedades crónicas (actividad física), control médico, prevención de diarreas, prevención de tuberculosis y el protocolo de tos y estornudo.²⁷

Con respecto a la distribución por sexo de las personas entrevistadas, el 91% correspondió a mujeres amas principales participantes de la visita domiciliaria, lo cual, evidentemente, se asocia a la presencia de las mujeres en sus viviendas durante las horas de la mañana, periodo en el que el asistente técnico de atención primaria de salud realiza la visita domiciliaria. Por otro lado, a pesar de contar con la participación de hombres durante la visita, la información brindada por el trabajador de salud estuvo centrada en el abordaje del ama de casa, por medio de temáticas sanitarias asociadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer.²⁷

Según el mismo estudio, a través de las visitas domiciliarias se produce modificación de practicas la eliminación de criaderos del dengue, alimentación sana, vinculado principalmente a las amas de casa, por ser las encargadas de preparar los alimentos. Las

prácticas en la familia fue la actividad física: algunos miembros de las familias iniciaron la práctica de ejercicios como caminar, correr y nadar, con el fin de mejorar su calidad de vida, al reconocer los beneficios del ejercicio para su salud.²⁷

En el estudio de Cárdenas G. et al²⁸ se observó y analizó en las entrevistas es el cambio de la relación médico-familia ser en crianza que se da luego de la visita domiciliaria familiar. Para los estudiantes la consulta mejora la comunicación y permite hacer más efectiva la visita, pero cuando se llega allá, se observa un cambio en la actitud de las familias, las madres y los seres en crianza con respecto al profesional de la salud, fortaleciendo los lazos con el niño, tranquilizando a la familia, reforzando pautas de crianza y favoreciendo la participación y el trabajo en equipo con la familia ya que humaniza al profesional de la salud, lo ve más cercano, más exequible, le permite atenderlo y conocerlo en otro espacio de lugar, además de conocer las redes de apoyo para la relación interpersonal.²⁸

Coincidiendo con los resultados obtenidos en este estudio donde la relación interpersonal enfermera – usuario se fortalece según tabla N° 2 se observa mayor porcentaje (80%) de familias refiere que la comunicación ha mejorado. Así mismo, Según tabla N°8 se ha logrado una relación interpersonal sincera y activa con la enfermera, conversan temas de salud, se tratan con respeto y amabilidad. Se genera una relación de confianza para la explicación de los cuidados que el familiar brindará a su niño lactante menor, permite buscar oportunamente soluciones u orientaciones para sus problemas de salud y este cuidado se da teniendo en cuenta la realidad del contexto familiar.

Araujo y otros²⁹ (2012), Chile, realizó 22 revisiones sistemáticas generales y sugiere para tener mejores resultados las intervenciones en lo posibles sean poblaciones con

riesgo de abuso infantil, embarazadas con riesgo de depresión o ansiedad, padres con discapacidad intelectual, y familias con niños de bajo peso de nacimiento. Las visitas domiciliarias parecen ser más efectivas cuando abarcan tanto el período prenatal como el postnatal, y son realizadas por profesionales.

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES

1. La mayoría de las familias en estudio tiene un conocimiento alto (92.5%) resaltando la prevención de enfermedades respiratorias, diarreicas agudas, de anemia y de enfermedades psicosociales, así como sobre vivienda saludable y un mínimo porcentaje tiene un conocimiento medio (7.5%).
2. El mayor porcentaje de familias (97.5%) refiere que el mantener un peso y talla de acuerdo a la edad del niño prevención de infecciones respiratorias.
3. En prevención de anemias los familiares en su mayoría (97.5%) lo relaciona al consumo de sulfato ferroso y alimentos de origen animal sin embargo un porcentaje mínimo (12.5%) desconoce el uso del sulfato ferroso en los niños de 4 y 5 meses.
4. Los familiares en su mayoría (100%) conocen que la agresión física y psicológica previene las enfermedades psicosociales.
5. En su mayoría (100%) relacionan a vivienda saludables con casa limpia y ordenada.
6. La relación interpersonal con la enfermera-familiar durante educación brindada en las visitas domiciliarias el beneficio es alto, en mayoría (80%) siendo sincera, activa, durante la educación tiene en cuenta el contexto y le brinda confianza.

CAPÍTULO IV

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería: continuar con las visitas de enfermería y la educación que brindan a las familias y mejorando conocimientos con el nuevo enfoque.
2. A las DISA Jaén, tomar en cuenta este trabajo para capacitar a todas las personas que ingresan a trabajar en el sector salud, para que antes reciban capacitación sobre la visita domiciliaria y la consejería integral.
3. A los profesionales de Enfermería, continuar realizando estudios de investigación con otro enfoque, que permita recoger mayor y diferente información.
4. A los profesionales de enfermería realizar el cuidado de enfermería bajo los enfoques de las teorías de enfermería en la formación académica y que hoy cobran vigencia para mejorar la práctica profesional.
5. A la DISA Jaén, capacitar en el nuevo modelo de atención de salud a los trabajadores e implementar las teorías de enfermería en el trabajo diario que facilite la interacción con las familias, comprender su cultura y el respeto por la otra persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El trabajo de enfermería en atención primaria ¿hacia dónde va? Laguna Vicencia Enfermera CAP Sanllehy de Barcelona [web en línea]. Disponible en: http://www.caps.cat/images/stories/El_trabajo_de_enfermera_en_atencin_primaria
2. Solís, K. y Guevara, G. (2015). Programas de visitas domiciliarias del sistema de salud Costarricense: lineamientos para su mejora. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 29, 1-18. DOI. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19671>
3. Visitas domiciliarias para actuar en salud familiar Medwave/2007 agost;7(7):949. Disponible en: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949
4. MINSA “Lineamientos y medidas de la reforma del sector salud” julio 2013. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/index.html>
5. Ministerio de desarrollo e inclusión social. Experiencias exitosas trabajando por la primera infancia. primera edición 2016
6. Ministerio de salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Lima – Perú 2011
7. Organización Mundial de la Salud, Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999. Disponible en: www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/.../salud.
8. Germán Bes, Concha. Salud Ambiental y Ecológica, en Salud Global. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid 2005. Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/39450195/libro-de-globalizacion-y-salud-1-Copy>(Consultado el: 12 d DEL 2013

9. Anaya C. Definición de Enfermería Comunitaria. Disponible en: ww.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=612004. (consultado el 10 de Junio de 2017).
10. Hernández S. Roberto. Metodología de la investigación. año 2014 6ta. Edición. McGRAW-HILL/Interamericana editores, S.A. DE C.V. Mexico.
11. Custodio A. Métodos y técnicas de investigación científica. [en línea]. 2008 [Consultado el 1 de junio del 2015]. URL. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-cientifica/>
12. Peñaloza A, Osorio, M. Elaboración de instrumentos de investigación. Caracas, [en línea] 2005 [Consultado el 1 de junio del 2015]. URL. Disponible en: <https://nticsaplicadasalainvestigacion.wikispaces.com/file/view/guia+para+elaboracion+de+instrumentos.pdf>.
13. Polit F. Investigación Científica en ciencias de la salud. México. Mc. Graw: Hill interamericana; 2000.
14. INEI-NDES 2016.Salud infantil. Perú:2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
15. Valdez Folco A. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre infección respiratoria aguda de madres de niños menores de 5 años, hospital vitarte enero 2018. [Tesis de grado]. [Lima, Perú.]: Universidad Privada San Juan Bautista.

16. Sánchez.M, Vera Ch. Influecia de visita dimiciliria en la educación sanitaria. 2015.
Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/544>
17. Meiriño J.,Vásquez M.,Simoneti,M. El cuidado: Nola Pender. 2012. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
18. Waldow. V. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. 2008. Editorial nueva palabra. 1ra. Edición.
19. De Carvalho Cândida M. Evaluación de la atención a niños menores de un año en la Atención Primaria de Salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 21(2): [08 pantallas] mar.-abr. 2013 www.eerp.usp.br/rlae Correspondencia: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento de Enfermagem. Campus Universitário CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil E-mail: mcandida@eerp.usp.br
20. Kotliarenco, M. A., Gómez, E., Muñoz, M. M., & Aracena, M. (2010). The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. Revista de Salud Pública, 12(2), 184–196. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. Retrieved from. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642010000200002&script=sci_arttext
21. Aproximación Diagnóstica de la Visita domiciliaria. Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño nutricional. Área de Desarrollo de Recursos Humanos y Transferencia Tecnológica CENAN/INS. Lima 2012
22. Muñoz A. Teorizaciones La Relación de ayuda en Enfermería Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio. Campus Los Jerónimos, s/n. 30107 Guadalupe,

Murcia, España. Index Enferm vol.23 no.4 Granada oct./dic. 2014. Versión On-line ISSN N 1699-5988versión impresa ISSN 1132-1296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>

23. Mastrapa Y., Lamadr G. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Facultad de Enfermería Lidia Doce. Universidad Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.VOL.32, Num. 4 2016
24. Leonel AA, Fajardo G, Tixtha, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf Neurol Mex. 2012 [citado 13 Feb 2015];11(3):138-41. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
25. Huamani L. Conocimiento de las madres sobre las vacunas y su importancia en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de cinco años (tesis). facultad de medicina Universidad Nacional Mayor de san Marcos. 2016
26. Milla M. Efecto de las visitas domiciliarias en el consumo de multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad. (Tesis). Facultad de medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014
27. Guevara F. Solis. G. Visita domiciliaria: un espacio para adquisicao e modificao de prácticas de saude. Nm Revista Enfermería Actual, teléfono 2511-21-18 (Escuela de Enfermería), fax 2511-4775. Dirección: Ciudadela Rodrigo Facio, Ciudad de la Investigación, contiguo al INISA, Sabanilla de Montes de Oca, San José, Costa Rica. | Edición Semestral Nº. 34, Enero 2018 - Junio 2018 | ISSN 1409.
28. Cárdenas, G., Angelica. L. et al Impacto de la visita domiciliaria familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de Pediatría Social Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 17, núm. 46, julio-septiembre, 2013, pp. 649-660

São Paulo, Brasil. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180128561012>

29. Araujo M., Ramírez S, H a., Zamora C. "Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita domiciliaria para el desarrollo infantil con niños de 0 a 6 años" informe final consultores: 2012

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

UNIDAD DE POS GRADO

CUESTIONARIO SOBRE “CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR DEL LACTANTE MENOR ATENDIDO EN CRED SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA EDUCACION BRINDADA POR LA ENFERMERA EN LA VISITA DOMICILIARIA C.S. FILA ALTA – JAEN

INSTRUCCIONES:

Señora reciba nuestro cordial saludo, en esta oportunidad solicitamos su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario, el cual debe responder con veracidad, según crea conveniente para lo cual debe marcar con una (X) en los paréntesis de las respuestas o alternativas de cada pregunta.

Agradecemos anticipadamente su participación.

Datos de identificación:

1. Edad:..... especificar relación de familiaridad con el niño(a).....

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Grado de instrucción:

Analfabeto () Primaria () secundaria () Técnica () Superior ()

4. ¿Sabe usted cómo prevenir las enfermedades respiratorias en su niño menor de un año?

Alternativas	Si	No
Dando lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavándose las manos para atender al niño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cubriéndose boca y nariz con paño o papel higiénico al momento de estornudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacunándolo oportunamente al niño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitando exponer al niño al humo del cigarro y leña.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniendo peso y talla de acuerdo a la edad del niño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Sabe usted cómo prevenir las enfermedades Diarreicas Agudas en su niño menor de un año?

Alternativas	Si	No
Lavándose las manos con agua y jabón para dar de lactar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavándose las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manteniendo limpias las manos del niño(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavándose las manos con agua y jabón después de cambiar el pañal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparando la papilla para el niño(a) al momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacunándolo contra enfermedades diarreica aguda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- ¿Sabe usted cómo prevenir la anemia en su niño menor de un año?

Alternativas	Si	No
Tomando sulfato ferroso durante el embarazo	()	()
Dándole lactancia materna en la primera hora inmediatamente después del nacimiento	()	()
Dándole sulfato ferroso en gotas a los 4 y 5 meses de edad	()	()
Dándole los micronutrientes chispita desde los 6 meses de edad todos los días hasta 1 año 6 meses.	()	()
Dando alimentos de origen animal que contengan hierro (sangrecita, higadito, pescado, bazo)	()	()

7.- ¿Las enfermedades psicosociales en el niño menor de un año se previenen?

Alternativa	si	No
Demostrando afecto y dialogo permanente a su niño a través de abrazos, caricias.	()	()
Cantándole a su niño(a) mientras la atiende.	()	()
Evitando las agresiones físicas a algún miembro de su familia en presencia de los niños.	()	()
Evitando gritar a algún miembro de su familia.	()	()
Que el padre demuestre cariño para sus hijos aunque no viva juntos con la madre.	()	()

8.- ¿Conoce usted como debe ser una vivienda saludable?

Enfermedades	si	No
Tener ventanas grandes y mantenerlas abiertas	()	()
Dejar entrar la luz solar a la vivienda	()	()
Mantener la casa ordenada	()	()
Limpiar diariamente los ambientes de la casa	()	()
Clasificar la basura y en un lugar apropiado	()	()
Que tenga los servicios básicos: Luz agua, desagüe	()	()

9. Usted cumple con las indicaciones dadas por la enfermera en la visita domiciliaria sobre el cuidado de su niño o niña:

Alternativa	Si	No
Le da lactancia materna exclusiva a su niño menor de 6 meses:	()	()
Le da alimentación tipo puré más lactancia materna para los niños de 6 a 8 meses	()	()
Le da alimentación tipo picado para los niños de 9 a 11 meses más lactancia materna.	()	()
Le da al niño de 1 año la comida que consume la familia	()	()
Participan los padres en el juego del niño	()	()
La familia sale a pasear junto con el niño	()	()
Se comparten las tareas del hogar entre los miembros de la familia.	()	()

10.- Durante la visita domiciliaria:

Alternativa	()	()
¿Ha logrado una relación interpersonal sincera y activa con la enfermera	()	()
La enfermera conversa con usted de temas de salud	()	()
Usted le hace preguntas a la enfermera	()	()
La enfermera escucha sus preguntas atentamente La enfermera responde las preguntas que usted le realiza	()	()
usted cumple con las indicaciones realizadas por la enfermera para evitar las infecciones respiratorias en su niños menor de un año	()	()
Usted cumple con las indicaciones realizadas por la enfermera para el evitar el dengue en su niño menor de un año	()	()
Usted cumple con las indicaciones realizadas por la enfermera para el evitar la desnutrición	()	()
Usted cumple con las indicaciones realizadas por la enfermera para evitar la anemia	()	()
Usted cumple con las indicaciones realizadas por la enfermera para el evitar la parasitosis intestinal	()	()
Las indicaciones dadas por la enfermera han servido para evitar complicaciones en la salud de su niño alguna vez	()	()
La enfermera se muestra amable con usted durante la visita domiciliaria	()	()
La enfermera tiene en cuenta su realidad cuando le enseña cómo cuidar a su niño.	()	()

La enfermera acepta sus sugerencias que usted propone en el cuidado de su niño	()	()
La enfermera le brinda confianza al momento de explicarle los cuidados que debe tener con su niño	()	()
Usted acepta las sugerencias que la enfermera le propone sobre el cuidado de su niño.	()	()
Si usted tiene dudas en cuanto a la explicación que la enfermera le da sobre los cuidados para su niño o niña, hace preguntas.	()	()
La relación de confianza con la enfermera le permite a usted buscar las soluciones u orientaciones a sus problemas de salud	()	()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Yo _____ identificado (a) con DNI _____ declaro que habiendo sido invitada a participar en un estudio de investigación denominado “Conocimiento del familiar del lactante menor de un atendido en CRED sobre los beneficios de la educación brindada por la enfermera en la visita domiciliaria. C.S. Fila Alta – Jaén y habiendo sido informado de forma clara y precisa sobre mi participación y se me ha garantizado que:

- Los datos obtenidos serán tratados y analizados considerando los principios éticos y científicos que rigen la investigación.
- El cuestionario durara 15 minutos

Por lo informado es que OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice dicha encuesta.

Fila Alta, _____ 2017

CALCULO DE LA VALIDACIÓN

MÉTODO: COEFICIENTE DE PROPORCIÓN DE RANGOS

Criterio	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Σ ri	Promedio ri	Proporción de rango de cada ítems
1	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
2	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
3	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
4	3	3	3	3	3	3	3	3	24	2.67	0.75
5	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
6	4	4	4	4	4	4	3	4	31	3.44	0.94
7	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
8	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
9	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	1
Total										34.11	8.69

$$CPR = \frac{\sum PR_i}{N} \quad CPR = \frac{8.69}{9} \quad 0.97$$

Coeficiente de proporción de rangos corregido

$$CPR_c = CPR - Pe$$

$$0.97 > 0.8$$

Según las especialistas, existe una alta validez de contenido y concordancia entre jueces, esto se evidencia al calcular el Coeficiente de Proporción de Rangos que alcanzó un 97%. Por lo tanto, se puede concluir que el instrumento es altamente válido cuantitativamente para el logro de los objetivos planteados en la presente investigación.