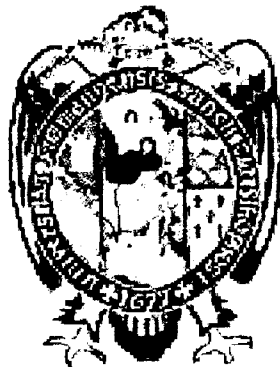


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO RELACIONADO A LA ACTITUD FRENTE  
AL ALZA TÉRMICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE  
4 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE MOLLEPATA  
AYACUCHO, 2010.**

**TESIS PARA OPTAR LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**CANCHARI CARBAJAL, Magaly.  
ORIUNDO PALOMINO, Marisol.**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2010**

*En primer lugar a Dios, por enseñarme el camino correcto de la vida, guiándome y fortaleciéndome cada día con su santo espíritu.*

*A mis queridos padres, por su amor, paciencia y comprensión incondicional, sin lo que hubiese sido imposible lograr concluir mis estudios.*

*A mis hermanos, por creer y confiar siempre en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en la vida.*

*A mi hija Anjali Andrea motor de mi vida, la cual genera las fuerzas para seguir día a día.*

*A Samuel, apoyo incondicional para seguir y concluir mis metas trazadas.*

*Dedico este trabajo de investigación a Dios por ser quien a estado a mi lado en todo momento, dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día.*

*A mis padres, gracias a ellos me forje y los que han velado por mi salud y por concluir mis estudios. Son a ellos los que les debo horas de consejos, regaños, reprimendas y horas de alegría de los cuales me siento extremadamente orgullosa.*

*A mis hermanos y sobrinos, los cuales han estado a mi lado y compartiendo todos los secretos y aventuras que solo se puede vivir entre nosotros y que han estado siempre alerta ante cualquier problema que se me pueda presentar.*

## **AGRADECIMIENTO**

Deseamos expresar nuestro eterno agradecimiento:

A nuestra Alma Mater la gloriosa Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por acogernos en sus aulas.

A la Facultad de Enfermería y su plana de docentes que nos inculcaron sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y motivación han sido fundamentales para nuestra formación profesional.

A nuestros jurados Enf. Olga Pajuelo C., Mag. Iris Jara H., Lic. Indalecio Tenorio A. por sus orientaciones y facilidades durante el desarrollo de la presente investigación.

A nuestra Asesora Lic. Lidia González P. pro sus valiosas orientaciones y recomendaciones cuya motivación y estímulo constante hicieron posible la realización de la presente investigación.

Al puesto de Salud de Mollepata, por brindarnos las facilidades para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

## INDICE

	Pág.
RESUMEN .....	vii
SUMARY .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	01
<b>CAPITULO I:</b>	
REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	07
<b>CAPITULO II:</b>	
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
<b>CAPITULO III:</b>	
RESULTADOS.....	33
<b>CAPITULO IV:</b>	
DISCUSIÓN .....	44
CONCLUSIONES .....	55
RECOMENDACIONES .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	65

## INTRODUCCIÓN

El alza térmica, es un signo presente en casi todos los procesos infecciosos de origen viral, bacteriano. Como signo clínico, hace referencia a una alteración del mecanismo regulador de la temperatura, que se acompaña de sudoración, pérdida de líquidos y destrucción de proteínas corporales, mecanismos implicados en la disminución del peso corporal.

A nivel mundial, la presencia del alza térmica en el niño representa uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica diaria, y en ocasiones se convierte en una situación de temor y angustia para los padres que consideran la alza térmica como el indicador más importante de que su hijo ha adquirido alguna infección seria, lo cual puede conllevar al uso inadecuado del sistema médico de atención y en especial de los servicios de urgencias (Ugarte y Orue)<sup>39</sup>.

Existe una larga tradición, al menos en las culturas occidentales, de considerar la alza térmica de un modo dual: como una respuesta a la enfermedad y una enfermedad en sí misma. Mientras Hipócrates y Galeno concebían la alza térmica como una defensa y una manera de

restaurar el equilibrio interno, los Evangelios veían la alza térmica como una enfermedad (Moraga, Horwitz y Romero)<sup>21</sup>.

Esta dualidad, respecto a la alza térmica, persiste en la actualidad y determina la forma como las madres actúan frente a la alza térmica. Aunque la ciencia enseña que la alza térmica, como parte de la respuesta inflamatoria, es sólo un signo de un proceso patológico real, pareciera que las madres tienen la necesidad de tratarla con un fármaco como si fuera una enfermedad en sí. (Mackowiak)<sup>16</sup>

En este contexto, el término “fiebre-fobia” describiendo los errores conceptuales de los padres, de bajo nivel sociocultural, respecto de lo que entendían por fiebre y como estos errores llevaban a prácticas inadecuadas y de riesgo para obtener la disminución de la fiebre. (Schmitt)<sup>36</sup>

Por esta razón, se señala que en Chile el escaso conocimiento sobre la alza térmica incide en el uso de antipiréticos frente a cifras de temperatura que no justifican el uso exagerado de **AINES** en presencia de mal estado de hidratación potenciando el riesgo de nefropatía y toxicidad. (Moraga, Horwitz y Romero)<sup>21</sup>

En Perú, estudios efectuados en profesionales de enfermería y técnicos de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, en Arequipa, estableció un nivel de conocimiento bajo respecto al alza

térmica; por tanto, es posible que la situación de desconocimiento sea mayor entre las madres de niños menores de 4 años. (Valdivia) <sup>40</sup>

En la Región Ayacucho, no se han identificado estudios referentes al nivel de conocimiento y la actitud de las madres frente al alza térmica; por esta razón, la presente investigación es necesaria para dilucidar el comportamiento de las madres en casos del alza térmica.

Durante las prácticas pre- profesional, se observó que el motivo más frecuente de consulta en niños menores de 4 años es el alza térmica, por el temor que presentan las madres y la inquietud de saber que es lo que padecen sus niños. Por esta razón, las madres acuden a consulta preocupadas por el estado de salud de sus niños, porque tienen la creencia de que el alza térmica representa una enfermedad infecciosa grave. En muchos casos, al realizar la anamnesis, las madres manifestaron haber suministrado antibióticos para tratar la fiebre, una práctica incorrecta que podría tener repercusiones posteriores por resistencia bacteriana.

Las consideraciones descritas, despertaron el interés de investigar: **CONOCIMIENTO RELACIONADO A LA ACTITUD FRENTE AL ALZA TÉRMICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE MOLLEPATA AYACUCHO, 2010**



El problema de investigación fue formulado en los siguientes términos: ¿Cómo se relaciona el conocimiento con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata. Ayacucho, 2010?

El objetivo general fue: Determinar la relación entre el conocimiento y la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata. Ayacucho, 2010; derivándose los siguientes objetivos específicos:

- a. Evaluar el conocimiento sobre alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata según edad y grado de instrucción.
- b. Identificar la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata según edad y grado de instrucción.
- c. Relacionar el nivel de conocimiento con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud Mollepata.
- d. Identificar los riesgos del alza térmica que reconocen las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata.

La hipótesis formulada fue: El nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata. Ayacucho, 2010.

El enfoque de investigación fue cuantitativo, de nivel descriptivo – correlacional y con diseño transversal. Tipo de investigación aplicativo. La población estuvo constituida por 85 (100%) madres de niños menores de 4 años y la muestra aleatoria simple por 70 madres. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y la escala de actitud; mientras que, los instrumentos la guía de entrevista y hoja de la escala de actitud.

Siendo la alza térmica uno de los signos más frecuentes de consulta en los servicios de salud ambulatorios, la información adecuada al respecto representa una estrategia para disminuir las percepciones erróneas y atenuar los temores de que la presencia de fiebre constituye una enfermedad por sí misma e implica la utilización de fármacos.

Los resultados de la investigación determinaron que, el 52.9% de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata presenta un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica y 35.7% muestra una actitud negativa.

La presente investigación es importante, porque determinó que el conocimiento se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata, aceptándose la hipótesis propuesta. Estos hallazgos aportan información actualizada a la jefatura del establecimiento de salud en mención, para fortalecer las intervenciones educativas sobre la forma correcta de actuar en casos de fiebre, con lo que se pretende reducir la saturación de los servicios de emergencia por consultas a causa de la fiebre.

Las limitaciones que se tuvieron durante el desarrollo de la presente investigación, estuvieron referidas a la negativa de algunas madres para ser entrevistadas, por lo que fueron reemplazadas por otras madres que cumplían con los criterios de inclusión.

El informe de investigación se estructuró en cuatro capítulos; revisión de literatura, materiales y métodos, resultados y discusión. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**Rodríguez y García (2002)<sup>31</sup>**, en el estudio "*CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA FIEBRE EN NIÑOS EN EL ESTADO DE TÁCHIRA*", en Colombia, concluyeron que: El concepto de fiebre, por temperaturas por encima de 38 grados centígrados fue emitido en un 71% de madres de niños menores de 15 años, detectarla al simple tacto por el 87%. El 89% refiere que se debe bajar la fiebre con antipiréticos y en menor porcentaje con medios físicos por temor hacia las crisis convulsivas.

**Saad (2006)<sup>32</sup>**, en el estudio "*CONOCIMIENTOS SOBRE FIEBRE Y CONDUCTAS DE LOS RESIDENTES DEL POSTGRADO DE PEDIATRÍA ANTE UN PACIENTE FEBRIL*", en Venezuela, concluyó que: La fiebre es reconocida por médicos y pacientes como una de las más comunes e indiscutibles manifestaciones de enfermedad. Constituye la principal razón de un elevado porcentaje de consultas al médico y puede ser identificada como un problema importante, aún ausencia de otros signos y síntomas significativos.

Determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre fiebre los residentes del último año de postgrado universitario de Pediatría y las conductas que asumen ante un paciente febril. Sólo el 3% de los encuestados tuvo un nivel de conocimiento bueno sobre fiebre. Con relación a las conductas de los encuestados ante un paciente febril, encontramos que 89% lo despierta para tratarlo, 97% usa crioterapia y 89% combina antipirética y crioterapia. Los residentes encuestados tienen un nivel de conocimiento malo sobre fiebre y las conductas que asumen ante un paciente febril son erróneas, agresivas y desproporcionadas.

**Moraga, Horwitz y Romero (2007)<sup>21</sup>**, en el estudio *“FIEBREFOBIA: CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS PADRES RESPECTO DE LA FIEBRE”*, en Chile, determinó que: El temor exagerado e infundado respecto de la fiebre, o fiebrefobia, existe, claramente. De lo analizado en este trabajo se puede inferir que este temor puede provocar acciones potencialmente riesgosas para la salud del lactante, como es el uso de antipiréticos frente a cifras de temperatura que no lo justifican, o al uso exagerado de antiinflamatorios no esteroideos en presencia de mal estado de hidratación potenciando el riesgo de nefropatía y toxicidad. La información que posee la familia respecto de la fiebre, su significado y su enfrentamiento, parece ser insuficiente y en un elevado porcentaje proviene de fuentes empíricas, por lo que debe

enfatzarse la actividad educativa en este ámbito, en todo control de salud infantil.

**Ugarte y Orue (2009)<sup>39</sup>** en el estudio "*LOS PADRES Y LA FIEBRE: ¿QUÉ CREEN Y HACEN?*", en Paraguay, llegaron a las siguientes conclusiones: La mayoría de los encuestados fueron las madres. El nivel instructivo fue 47% secundaria completa, 37% universitarios. 90% conocía las cifras de temperatura consideradas normales. 60% usa termómetro de mercurio para medir la temperatura, 33% usa el tacto. La creencia de los padres de que la fiebre ocasiona daño en el niño es generalizada, siendo los mayores daños principalmente convulsiones en 32,6% y daño cerebral permanente en 12,6%. Este daño podría presentarse independientemente de la edad del niño. El baño (82%) fue el método más frecuente para bajar la fiebre, seguido de uso de fármacos, solos o combinados.

**Valdivia (1998)<sup>40</sup>**, en la investigación "*RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE TEMPERATURA CORPORAL Y FIEBRE CON LA CONDUCTA HACIA LA MISMA, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR ENFERMERAS Y TÉCNICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA - PAUCARPATA*", en Arequipa: Se encontró que el conocimiento sobre temperatura corporal o fiebre en el personal estudiado alcanza un promedio de 10.23 con una mediana de 10, mientras que las técnicas tienen un promedio de 08.85 con una mediana de 08. Los resultados obtenidos de la

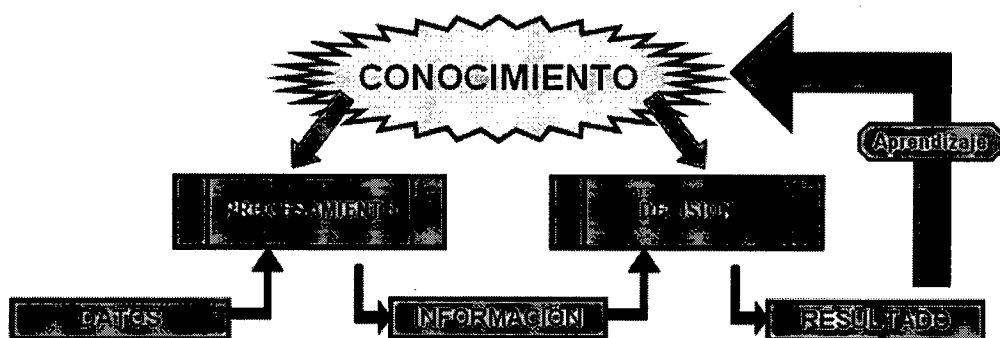
observación realizada a las enfermeras y técnicas que evaluaron y manejaron la fiebre en niños menores de 5 años de edad, nos muestra que tanto las enfermeras como las técnicas en su mayoría tienen desaciertos en su conducta frente a estos pacientes. En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento sobre temperatura corporal y fiebre con la evaluación y manejo de la fiebre en niños menores de 5 años de edad, se puede decir que existe una asociación o correlación débil.

**Quispe y Rivera (1986)<sup>30</sup>**, en la tesis *"FACTORES PREDISPONENTES Y ACTITUD DE LAS MADRES FRENTE A LA ALZA TÉRMICA EN NIÑOS DE 0 – 6 AÑOS DE EDAD EN EL BARRIO DE SANTA ELENA"*, en Ayacucho, concluyeron que: El 64% de la población del Barrio de Santa Elena conoce el origen de la fiebre. El 80% de madres acude al Puesto de Salud cuando sus hijos presentan este síntoma. El 44.66% practica la automedicación. El 14% tratan la fiebre a base de hiervas y 3.33% acude al curandero.

## **1.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA**

### **1.2.1. CONOCIMIENTO**

Es el conjunto organizado de datos e información que permiten resolver un determinado problema o tomar una decisión (conocimiento "accionable").



El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (Gutiérrez, 2004)<sup>11</sup>.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

Para alcanzar algún tipo de conocimiento, se aplica el llamado método científico, existiendo múltiples vías de llegar obtener conocimiento: método empírico, método histórico, método lógico, analogía, etc.



### 1.2.2. ACTITUD

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar.

La actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno (León, 1998)<sup>15</sup>.

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud (Bolívar, 1995)<sup>5</sup>.

La actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto (Morales, 2000)<sup>19</sup>.

El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico (Summers, 1996)<sup>37</sup>.

Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser, son las

formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros (Alcántara, 1998)<sup>1</sup>.

La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad (Morales, 2000)<sup>19</sup>.

La actitud es una postura o semblante que expresa un estado de ánimo o quizá una intención o, de forma más general, una visión del mundo (Pérez y Ruiz, 1995)<sup>27</sup>.

Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables (Schunk, 1997)<sup>34</sup>.

Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien, el objeto de la actitud (Morris, 1997)<sup>22</sup>.

Es una disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos (León, 1998)<sup>15</sup>.

El concepto de actitud, se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar en un sentido; por ejemplo de tolerancia o de intolerancia, de respeto o de crítica, de confianza o de desconfianza, etc. (Martínez, 1999)<sup>18</sup>.

Hablamos de actitud cuando nos referimos a una generalización hecha a partir de observar repetidamente un mismo tipo de comportamiento. Generalmente detrás de un conjunto de actitudes se pueden identificar valores (Sanmarti y Tarin, 1999)<sup>33</sup>.

Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes; de todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular que denota las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Destacan entre estos aspectos:

a.- Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas. Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal. (Tejada y Sosa, 1997)<sup>38</sup>

b.- Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente (Morales, 1999)<sup>19</sup>.

c.- La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

d.- Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien. Cualquier cosa que se puede convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud.

e.- Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.

f.- Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

g.- La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado (Eiser, 1991)<sup>10</sup>.

h.- Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

i.- Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual.

j.-Esta conceptualización proporciona indicios que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros. Las actitudes se diferencian de los valores en el nivel de las creencias que las componen; los valores trascienden los objetos o situaciones, mientras que las actitudes se ciñen en objetos, personas o situaciones específicas. Se diferencian de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y no se determinan en un solo acto, como el caso de los instintos. Se distinguen de la disposición por el grado de madurez psicológica; la actitud es más duradera, la disposición es más volátil. "Hay toda una teoría de la disposición de la personalidad, pero aún

hoy, no han explicado como es que el individuo pasa de la disposición a la acción" (Carver y Scheiler, 1997)<sup>8</sup>.

La actitud difiere de la aptitud en el grado de la integración de las distintas disposiciones. La aptitud es la integración de varias disposiciones; la actitud es la unión de varias aptitudes, lo que se expresa con una fuerte carga emocional. Por su parte el hábito, referido a acción, se integra a las aptitudes para brindar mayor solidez y estructura funcional a las actitudes (Alcántara, 1997)<sup>1</sup>.

Al amparo de este marco conceptual, conviene señalar la gran importancia que ha acaparado este concepto de estudio del campo de la Psicología y su estrecha relación con los nuevos enfoques que se le ha brindado a la Pedagogía, como una salida a la necesidad de la creación de actitudes y disposiciones para responder a los cambios que caracteriza la dinámica de la sociedad.

Así, las actitudes, siendo uno de los principales constructos de la Psicología Social, han ido alcanzado una gran implicación en el campo educativo.

Existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo. La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho

estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud (Morales, 1999)<sup>20</sup>.

- **Componentes cognitivos.** Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- **Componentes afectivos.** Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado o apenado).
- **Componentes Conativos.** Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

### **1.2.3. ALZA TÉRMICA**

La alza térmica como una manifestación clínica de la respuesta de fase aguda, hace referencia a una temperatura corporal superior de 37.5°C (Berde, 2002)<sup>3</sup>.

#### **1.2.3.1. ASPECTOS BÁSICOS DE LA TERMORREGULACIÓN**

La temperatura corporal es el resultado del delicado balance entre la ganancia y la disipación de calor (Patiño y Muñoz, 1994)<sup>26</sup>.

Todos aquellos procesos que se dan en un organismo para ganar calor se agrupan bajo el término de termogénesis neta. La termogénesis neta tiene dos componentes que son la termogénesis basal y la termogénesis reguladora (Bruck, 1993)<sup>7</sup>.

La disipación del calor tanto en el niño como en el adulto se da por cuatro mecanismos: convección, radiación, evaporación y conducción (Atkins y, Sititt, 1989)<sup>2</sup>.

El área preóptica del hipotálamo es la encargada de integrar toda la información sobre la temperatura corporal (Kieruan, 2000)<sup>13</sup>.

En el área preóptica se encuentran tres tipos de neuronas que son: Neuronas sensibles al calor (NSC) que constituyen el 30%, neuronas sensibles al frío (NSF) que constituyen el 5%, y neuronas insensibles a la temperatura (NIT) que constituyen el 60% de la población neuronal del hipotálamo. Las neuronas sensibles al calor



son estimuladas por el calor, y al serlo tienen como función promover la disipación de calor. Las neuronas sensibles al frío no son en sí mismas sensibles al frío, sino que son inhibidas por las neuronas sensibles al calor estimuladas por el calor; las neuronas sensibles al frío cuando no están inhibidas tienen como función promover la ganancia de temperatura. Las neuronas insensibles a la temperatura tienen como función proporcionar un estímulo sináptico excitatorio continuo a las neuronas sensibles al frío, de esta manera las neuronas sensibles al frío comparan las sinapsis inhibitorias de las neuronas sensibles al calor y las sinapsis excitatorias de las neuronas insensibles a la temperatura generando de esta manera el modelo neurofisiológico propuesto para el funcionamiento del punto de ajuste hipotalámico. (Boulant, 2000)<sup>6</sup>.

### **1.2.3.2. HIPERTERMIA Y FIEBRE**

#### **A) FIEBRE**

Fiebre (del latín febris, fuego) es el signo y síntoma del cual el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares) y pacientes (en pediatría las madres) tiene el concepto más errado y tergiversado. La tendencia mundial del desconocimiento de los médicos se debe a la falta de interés de las escuelas de medicina en la enseñanza de la fisiología y fisiopatología de la termorregulación, y esto obviamente conlleva a una mala información de los padres, a tal punto que algunos

autores estiman que con un cambio en este concepto disminuirían abruptamente la cantidad de consultas innecesarias a causa de la fiebre (Blumenthal, 1998)<sup>4</sup>.

La fiebre es la manifestación clínica por excelencia de la respuesta de fase aguda (Mackowiak, 1997)<sup>16</sup>, y esta a su vez hace parte de la respuesta inmunitaria innata ante la infección o en sentido más amplio ante el daño tisular. La fiebre ha demostrado tanto in vitro como in vivo sus efectos inmunoestimulantes (Hasday, 2000)<sup>12</sup>.

**CAUSAS.** La mayoría de las veces la causa de la fiebre es infecciosa. Aparte de esta hay muchas más. Además, es importante tener en cuenta que no todos los pacientes con infección están febriles. En los pacientes sépticos aproximadamente el 35% presentan normotermia y cerca del 10% hacen episodios de hipotermia, siendo este último un factor de mal pronóstico. (Nakai, 1999)<sup>24</sup>

**FISIOPATOLOGÍA.** El inicio de la respuesta inmunitaria innata, ya sea ante un agente patógeno, como en la mayoría de los casos, o en cualquier evento inflamatorio que desencadene la respuesta de fase aguda, trae como consecuencia la producción de citoquinas, los mensajeros solubles del sistema inmunitario. Dentro de este grupo de citoquinas encontramos algunas que tienen la capacidad de ejercer funciones a nivel del sistema nervioso central, especialmente a nivel del hipotálamo, dichas citoquinas en el lenguaje de la termofisiología

se les ha denominado pirógenos endógenos. Estos pirógenos se dirigen a través de la circulación sistémica hasta que entran en contacto con el órgano vasculoso de la lámina terminal, que pertenece al complejo de los órganos circunventriculares. El órgano vasculoso de la lámina terminal tiene la característica histológica especial de tener capilares fenestrados, que representan un punto en el que los pirógenos pueden evadir la barrera hemato-encefálica, y acceder al sistema nervioso central. De esta manera los pirógenos endógenos inducen la producción de prostaglandina-E2 a nivel del área preóptica del hipotálamo y así de esta manera inhibir la función de las neuronas sensibles al calor permitiendo así que las neuronas sensibles al frío, evoquen todos los eventos fisiológicos necesarios para estimular la termogénesis reguladora y de esta manera subir la temperatura corporal, hecho característico y cardinal del síndrome febril. (Nakai, 1999)<sup>24</sup>

**OTROS COMPONENTES DEL SÍNDROME FEBRIL.** La fiebre no es solo un aumento en la temperatura corporal, sino que también está acompañada de otros signos que son producidos directamente por la acción de la prostaglandina- E2 sobre el sistema nervioso central Además el síndrome febril también está acompañado de ciertos síntomas que son producidos por la acción de los pirógenos endógenos sobre el sistema nervioso central y por lo tanto se les

denomina como manifestaciones clínicas de la respuesta de fase aguda (Dinarello, 1991)<sup>9</sup>.

**TRATAMIENTO.** En el tratamiento de la fiebre hay que tener en mente cuatro objetivos básicos, que son:

**1. Identificar y eliminar la causa:** Es el paso primordial ya que la fiebre es la respuesta ante un estímulo, es una manifestación de la enfermedad, pero no la enfermedad en sí misma. Al cesar el estímulo, la respuesta no se produce.

**2. Modificar el ambiente externo:** No consiste ni en desabrigar al niño, ni tampoco en arroparlo excesivamente, lo que se busca es que el paciente esté en un ambiente térmicamente confortable.

**3. Dar soporte metabólico:** La fiebre (y en general la respuesta de fase aguda) es un estado hipermetabólico, en la cual se deben reponer las pérdidas de los elementos más importantes que son: oxígeno y agua. El aporte exógeno de oxígeno solo tiene sentido en pacientes cuya función pulmonar se encuentre deteriorada, ya que el incremento en el consumo de oxígeno que alcanza el 10% por cada DC (52), puede ser compensado por los sistemas homeostáticos competentes del organismo. En cuanto al consumo de agua, aumenta un 12% por cada DC que aumente la temperatura corporal.

**4. Proteger sistemas vulnerables:** Los sistemas más vulnerables son el sistema nervioso central y el sistema cardiopulmonar. Pero estos sistemas no son vulnerables en todos los pacientes, sino solo en aquellos que tengan enfermedades de base, por ejemplo, falla cardiaca, insuficiencia respiratoria de cualquier etiología, caquexia marcada, antecedentes de convulsiones asociadas a fiebre, entre otras. La forma de cumplir este objetivo es bajando la temperatura corporal, y las formas más frecuentes de conseguido son los medios físicos y el tratamiento farmacológico.

**MEDIO FÍSICO.** Los medios físicos no han mostrado ser más eficaces que los antipiréticos. Ni como primera opción, ni 30 minutos después de suministrar un fármaco antipirético. Además, los baños de esponja son poco confortables para los pacientes (Plata, 1996)<sup>27</sup>. Usar medios físicos como tratamiento para la fiebre, es como tratar las convulsiones amarrando al paciente a la cama. Además, la OPS y la OMS, catalogan a los medios físicos como "medidas no recomendadas" en "el tratamiento de la fiebre en niños con infecciones respiratorias agudas" (OPS, 1994)<sup>25</sup>.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.** Es el tratamiento de elección para la fiebre. En pediatría el fármaco mas usado por su seguridad es el acetaminofén en dosis oral de 10 a 15 mg/Kg cada cuatro a seis horas, o por vía intrarectal en dosis inicial de 35 a 45

mg/Kg y dosis de mantenimiento de 20 mg/Kg cada seis a ocho horas; la dosis diaria no debe exceder los 100 mg/Kg en los escolares, los 75 mg/Kg en los lactantes y los 60 mg/kg en los neonatos (Berde, 2002)<sup>3</sup>. El tratamiento farmacológico a diferencia de los medios físicos lo que hace es regresar el punto de ajuste hipotalámico a su nivel normal. Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en general lo hacen inhibiendo la actividad de la ciclooxigenasa-2.

## **B) HIPERTEMIA**

La hipertermia es un desorden más común de lo que se cree, y esto se debe al desafortunado hecho del subdiagnóstico. La hipertermia siempre es una urgencia y con frecuencia es letal, ya que se da solo cuando el organismo tiene deteriorados sus sistemas homeostáticos y por lo tanto los mecanismos compensadores se han vuelto ineficaces (Berde, 2002)<sup>3</sup>.

**CAUSAS Y FISIOPATOLOGÍA.** La hipertermia se debe básicamente a tres mecanismos fisiopatológicos, en los cuales como se ha dicho con insistencia, el punto de ajuste hipotalámico para la temperatura no está elevado, a diferencia de lo que ocurre en la fiebre. Los tres mecanismos fisiopatológicos básicos son:

Aumento excesivo en la ganancia de calor, disminución en la disipación del calor (a menudo es causada por algún grado de deshidratación) y desordenes en la función hipotalámica. Dado que la fisiopatología de la hipertermia se encuentra alejada del control hipotalámico es frecuente encontrar que en los casos graves la temperatura corporal suba a cifras extremadamente altas. (Simón, 1993)<sup>35</sup>

#### **OTROS COMPONENTES DEL SÍNDROME HIPERTÉRMICO.**

La hipertermia con frecuencia se acompaña de síntomas neurológicos tales como ansiedad, delirium, convulsiones o coma. También se puede acompañar de fluctuaciones en los valores de la presión sanguínea, siendo un poco mas frecuente la hipotensión en los casos de hipertermia de origen ambiental, también son comunes la rabdomiolisis y la insuficiencia respiratoria (Berde, 2002)<sup>3</sup>.

**TRATAMIENTO.** El tratamiento de elección en la hipertermia son los medios físicos. Pero igual que en la fiebre el primer objetivo en el tratamiento de la hipertermia es eliminar la causa. El tratamiento farmacológico adicional que se asume en los casos de hipertermia es con el fin de controlar las complicaciones acompañantes, y por lo tanto no reemplazan el uso de los medios físicos.

### 1.2.3.3. GRADOS DE ALZA TÉRMICA

Según la intensidad del alza térmica, se hace la siguiente clasificación, Berde (2002)<sup>3</sup>

- Subfebril o febrícula: menos de 37,5°C.
- Fiebre ligera: menos de 38°C.
- Fiebre moderada: 38 – 39°C.
- Fiebre alta: 40°C.
- Hiperpirexia: 41°C.

### 1.2.3.4. RIESGOS DE ALZA TÉRMICA

Como riesgos del alza térmica, señala los siguientes; Berde (2002)<sup>3</sup>

- **Deshidratación.** La fiebre puede causar deshidratación. El agua constituye el 78% del peso de los niños menores de un año y el 60% al año de vida. Por eso, cuando un bebé tiene diarrea, vómitos o fiebre elevada con exceso de sudoración, corre mayor riesgo de deshidratarse. No sólo pierde agua sino sales corporales –en especial sodio y potasio-, fundamentales para un crecimiento saludable. La deshidratación es consecuencia de un calor excesivo en el cuerpo, como es la fiebre, y sólo se produce cuando el cuerpo elimina más líquidos de los que ingiere.



- **Deshidratación leve.** Cuando el niño pierde menos del 5% de su peso, manifiesta pocos síntomas aunque tiene sed y está agitado e irritable.
  
- **Deshidratación moderada.** Si la pérdida de peso oscila entre el 5% y 10% de su peso, con respiración acelerada y aumento del ritmo cardiaco (episodios de taquicardia). El niño tiene los ojos y la fontanela o mollera hundidos, llora sin lágrimas, orina poco y tiene el signo del pliegue positivo (al pellizcar un pliegue de piel, éste no vuelve a su lugar, sino queda arrugado).
  
- **Deshidratación grave.** Cuando el niño pierde más del 10% de su peso, está somnoliento y presenta las extremidades azuladas y frías, no orina y se acentúa el síntoma del pliegue de piel.
  
- **Convulsiones febriles.** Las convulsiones son los movimientos bruscos, involuntarios y sin coordinación de una o todas las partes del cuerpo, debido a una alternación en el sistema nervioso central. En cambio, la convulsión febril suele ocurrir en un niño entre los 6 meses y 5 años de edad, como consecuencia de la fiebre alta durante una infección que no involucra al sistema nervioso central (meningitis o encefalitis). Alrededor del 4% de los niños ha sufrido convulsiones febriles.

## **CAPÍTULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativo.

#### **2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo – correlacional.

#### **2.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicado.

#### **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Transversal.

#### **2.5. ÁREA DE ESTUDIO**

El área de estudio fue la Jurisdicción del Puesto de Salud de Mollepata, provincia de Huamanga, de la Región Ayacucho.

## **2.6. POBLACIÓN**

Estuvo constituida por 85 (100%) madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata (Censo Local, 2009).

### **2.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Madres de niños menores de 4 años, lúcidas orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Madres de niños menores de 4 años que acepten voluntariamente participar en la investigación.

### **2.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres de niños menores de 4 años con algún grado de deterioro cognitivo.
- Madres de niños menores de 4 años que no acepten voluntariamente participar en la investigación.

## **2.7. MUESTRA**

La muestra aleatoria simple estuvo integrada por 70 (87.5%) madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{[e^2 (N)] + [Z^2 pq]}$$

**Donde:**

- n : Tamaño de muestra
- z : Nivel de confianza del 95% (1.96)
- p : Proporción de éxito del 50% (0.5)
- q : 1 – p (0.5)
- e : Error muestral del 5% (0.05)
- N : Población (85)

## **2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y la Escala de Actitud. Los instrumentos fueron la guía de entrevista, para determinar el conocimiento de las madres sobre alza térmica y la hoja de la Escala de Actitud, para valorar la actitud de las madres frente al alza térmica. Estos instrumentos fueron elaborados por las tesisistas y validados por prueba piloto y juicio de expertos.

## **2.9. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS**

La confiabilidad de los instrumentos fue determinada por consistencia interna, aplicado el Alpha de Cronbach para la escala de actitud y Kuder Richardson (KR<sub>20</sub>) para la guía de entrevista. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

<b>Instrumentos</b>	<b>Método</b>	<b>Coefficiente de Fiabilidad</b>	<b>Interpretación</b>
Escala de actitud	Alpha de Cronbach	0.82	Alta confiabilidad
Guía de entrevista	RK <sub>20</sub>	0.85	Alta confiabilidad

## **2.10. PROCEDIMIENTO**

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizó previamente los trámites administrativos para solicitar autorización de la Micro Red "LAS NAZARENAS", autorizando a la Jefatura del Puesto de Salud de Mollepata, para acceder a la muestra en estudio, registrando la ubicación física de sus domicilios, luego se procedió con la elaboración de un cronograma de la recolección de datos.

Los instrumentos fueron aplicados en el domicilio de las madres de niños menores de 4 años, previo consentimiento informado en un tiempo promedio de 15 minutos por entrevistada. Se inició con la aplicación de la guía de entrevista y se continuó con la escala de actitud. Se concluyó con el control de calidad de los mismos para verificar su adecuado llenado.

## **2.11. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 17,0 (español).

## **2.12. ANÁLISIS DE DATOS**

En el análisis de los datos se recurrió a la estadística inferencial, haciendo uso de la prueba Chi Cuadrado y el Coeficiente de Contingencia, para determinar la relación y el grado de correlación entre las variables.

**CAPÍTULO III**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**CUADRO N° 01**

**CONOCIMIENTO SOBRE ALZA TÉRMICA SEGÚN EDAD EN  
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE  
SALUD DE MOLLEPATA. AYACUCHO, 2010.**

CONOCIMIENTO SOBRE ALZA TÉRMICA		EDAD			TOTAL
		15-19	20 - 35	36 - 45	
MALO	Nº	06	28	03	37
	%	8.6	40.0	4.3	52.9
BUENO	Nº	02	15	16	33
	%	2.8	21.4	22.9	47.1
TOTAL	Nº	08	43	19	70
	%	11.4	61.4	27.2	100.0

*Fuente: Guía de entrevista y escala de actitud aplicada a las madres de niños menores de 4 años.*

$$\chi^2_c = 16.64$$

$$\alpha = 0.05$$

$$GL = 2$$

$$\chi^2_t = 5.99$$

$$p < 0.001$$

En el presente cuadro se observa que, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 61.4% tiene entre 20 y 35 años de edad, de las cuales, 40% presentó

ellas, 28.6% presenta un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica y 5.7% bueno.

En conclusión, al 95% de confianza, el grado de instrucción se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción tienen menos conocimiento sobre alza térmica.



**CUADRO N° 03**

**ACTITUD EN ALZA TÉRMICA SEGÚN EDAD EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE MOLLEPATA. AYACUCHO, 2010.**

ACTITUD EN ALZA TÉRMICA		EDAD			TOTAL
		15-19	20 - 35	36 - 45	
POSITIVA	Nº	02	28	15	45
	%	2.8	40.0	21.5	64.3
NEGATIVA	Nº	06	15	04	25
	%	8.6	21.4	5.7	35.7
TOTAL	Nº	08	43	19	70
	%	11.4	61.4	27.2	100.0

*Fuente: Guía de entrevista y escala de actitud aplicada a las madres de niños menores de 4 años.*

$$\chi^2_c = 7.17$$

$$\alpha = 0.05$$

$$GL = 2$$

$$\chi^2_t = 5.99$$

$$p < 0.05$$

Del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 61.4% tiene entre 20 y 35 años, de las cuales, 40% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 21.4% negativa; el 27.2% tiene entre 36 y 45 años, de ellas, 21.5% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 5.7% negativa.

En conclusión, al 95% de confianza, la actitud frente al alza térmica depende de la edad de las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.05$ ); es decir, las madres más jóvenes presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa al alza térmica.

**CUADRO N° 04**

**ACTITUD EN ALZA TÉRMICA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN  
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE  
SALUD DE MOLLEPATA. AYACUCHO, 2010.**

ACTITUD EN ALZA TÉRMICA		GRADO DE INSTRUCCIÓN				TOTAL
		Iletrada	Primaria	Secundaria	Superior	
POSITIVA	Nº	04	20	21	-	45
	%	5.7	28.6	30.0	-	64.3
NEGATIVA	Nº	-	04	15	06	25
	%	-	5.7	21.4	8.6	35.7
TOTAL	Nº	04	24	36	06	70
	%	5.7	34.3	51.4	8.6	100.0

*Fuente: Guía de entrevista y escala de actitud aplicada a las madres de niños menores de 4 años.*

$$\chi^2_c = 17.37$$

$$\alpha = 0.05$$

$$GL = 3$$

$$\chi^2_t = 7.81$$

$$p < 0.001$$

$$r = 0.45$$

Del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 51.4% tiene instrucción secundaria, de las cuales, 30% presenta una actitud positiva frente al alza térmica

y 21.4% negativa; el 34.3% tiene instrucción primaria, de ellas, 28.6% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 5.7% negativa.

En conclusión, al 95% de confianza, el grado de instrucción se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa frente al alza térmica.

**CUADRO N° 05**

**ACTITUD SEGÚN CONOCIMIENTO EN ALZA TÉRMICA EN  
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE  
SALUD DE MOLLEPATA. AYACUCHO, 2010.**

ACTITUD EN ALZA TÉRMICA		CONOCIMIENTO SOBRE ALZA TÉRMICA		TOTAL
		BUENO	MALO	
POSITIVA	Nº	30	15	45
	%	42.8	21.5	64.3
NEGATIVA	Nº	03	22	25
	%	4.3	31.4	35.7
TOTAL	Nº	33	37	70
	%	47.1	52.9	100.0

*Fuente: Escala de actitud aplicada a las madres de niños menores de 4 años.*

$$\chi^2_c = 19.27$$

$$\alpha = 0.05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3.84$$

$$p < 0.001$$

$$r = 0.46$$

Del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 52.9% presenta un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica, de las cuales, 31.4% tiene una

actitud negativa y 21.5% positiva; el 47.1% presenta un nivel de conocimiento bueno sobre alza térmica, de ellas, 42.8% tiene una actitud positiva y 4.3% negativa.

En conclusión, al 95% de confianza, el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $\rho < 0.001$ ), estableciéndose una correlación directa ( $r = 0.46$ ) que significa: a mayor conocimiento sobre alza térmica la actitud es más positiva.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

La tendencia mundial del poco conocimiento de las madres, se debe a la insuficiente iniciativa por parte de los profesionales de salud de brindar medidas preventivo promocionales, y esto obviamente conlleva a una mala o inadecuada información de los padres, a tal punto que algunos autores estiman que con un cambio en este concepto disminuirían abruptamente la cantidad de consultas innecesarias a causa de la fiebre.

La fiebre es un desorden más común de lo que se cree, y esto se debe al desafortunado hecho del subdiagnóstico. La fiebre siempre es una urgencia y con frecuencia es letal, ya que se da solo cuando el organismo tiene deteriorados sus sistemas homeostáticos y por lo tanto los mecanismos compensadores se han vuelto ineficaces

En el cuadro N° 01 se observa que, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 61.4% tiene entre 20 y 35 años de edad, de las cuales, 40% presentó un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica y 21.4% bueno; el 27.2%

tiene entre 36 y 45 años, de ellas, 22.9% presentó un nivel de conocimiento bueno sobre alza térmica y 4.3% malo.

Poleo et al. (2006), en Venezuela, refieren que: El 68.9% de habitantes evidencian una alta frecuencia de desconocimiento sobre la fiebre hemorrágica, de lo que se deduce que los entrevistados no tienen claro la magnitud del problema. Otro hallazgo importante a resaltar, es el escaso conocimiento sobre su etiología.

Los resultados obtenidos tienen similitud con los hallazgos de Poleo et al. (2006), porque el mayor porcentaje de madres de niños menores de 4 años presentó un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica, lo que nos indica que desconocen aspectos básicos referidos a su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento, lo que conllevaría a adoptar prácticas inadecuadas de cuidado con repercusiones negativas en la salud de los niños.

En conclusión, al 95% de confianza, el nivel de conocimiento sobre alza térmica depende de la edad de las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres más jóvenes tienen menor conocimiento sobre alza térmica.

Se evidencia que las madres a menor edad poseen malos conocimientos sobre el alza térmica, esto en consecuencia a la falta de experiencia en el cuidado de sus hijos. Esta situación se considera



como un problema que debe investigarse, para promover intervenciones educativas por parte de los profesionales de salud. Para mejorar la calidad de vida de sus niños; ya que se evidencia que las madres mayores han adquirido sus conocimientos a través del paso del tiempo, poniéndolo en práctica mediante el cuidado de sus menores hijos.

El cuadro N° 02 muestra que, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 51.4% tiene instrucción secundaria, de las cuales, 32.8% presenta un nivel de conocimiento bueno sobre alza térmica y 18.6% malo; el 34.3% tiene instrucción primaria, de ellas, 28.6% presenta un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica y 5.7% bueno.

Leal et al. (2002), en Venezuela, determinaron que: El 83% de madres que asisten a la emergencia de pediatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales del Hospital General "Dr. Pastor Oropeza Rierala" presenta un nivel de conocimiento malo sobre manejo de la fiebre y tiene relación directa con el nivel de instrucción.

Poleo et al. (2006), en Venezuela, refieren que: El desconocimiento sobre la fiebre hemorrágica es más frecuente en los pobladores con escaso nivel educativo, en quienes persisten creencias erróneas sobre la enfermedad.

Los hallazgos obtenidos coinciden con los resultados de Poleo et al. (2006), Porque la totalidad de madres iletradas o sin instrucción tienen un conocimiento malo sobre el alza térmica, lo que representaría una limitación para actuar de manera responsable e informada en casos de episodios febriles, debido a su escasa preparación académica y la persistencia de creencias erróneas sobre la fiebre, como el hecho de considerarla una enfermedad relacionada con “mal de ojo” o “pacha”.

En conclusión, al 95% de confianza, el grado de instrucción se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción tienen menos conocimiento sobre alza térmica.

Como se observa, en los resultados obtenidos se halló un elevado porcentaje de un conocimiento malo en madres con menor instrucción. Debido a ello se debe poner mayor enfoque en aspectos preventivo promocionales e intervenciones de información, educación y comunicación sobre cuidados del niño, en madres iletradas y con instrucción primaria, para una actuación responsable en casos de alza térmica.

La información que posee las madres respecto de la fiebre, su significado y frente a este, parece ser insuficiente y en un elevado porcentaje proviene de fuentes empíricas, por lo que debe enfatizarse la actividad educativa en este ámbito, en todo control de salud infantil, entregando pautas claras y precisas.

Según el Cuadro N° 03, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 61.4% tiene entre 20 y 35 años, de las cuales, 40% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 21.4% negativa; el 27.2% tiene entre 36 y 45 años, de ellas, 21.5% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 5.7% negativa.

Leal et al. (2002), en Venezuela, determinaron que: Las madres adultas tienen mayor experiencia en el manejo de la fiebre en comparación a las adolescentes y jóvenes.

Los resultados obtenidos coinciden con las afirmaciones de Leal et al. (2002), porque la edad de las madres se relaciona con la actitud frente al alza térmica. Las madres adolescentes, entre 15 a 19 años, en su mayor porcentaje muestran una actitud negativa en el manejo de la fiebre, debido a su escasa experiencia en el cuidado de los niños y porque no están preparadas psicológicamente para asumir la maternidad de manera responsable. En consecuencia, su falta de experiencia hace que cometan imprudencias en su afán de controlar el

alza térmica, como automedicar a sus hijos con antibióticos, analgésicos y antipiréticos.

En las madres adultas maduras (36 a 45 años), predominó la actitud positiva en el manejo del alza térmica, debido a su mayor experiencia en el cuidado de los niños en situaciones similares, porque recibieron con más frecuencia orientaciones por parte del personal de salud.

En conclusión, al 95% de confianza, la actitud frente al alza térmica depende de la edad de las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.05$ ); es decir, las madres más jóvenes presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa al alza térmica.

En consecuencia, los profesionales de enfermería del Puesto de Salud, deben difundir información referida al manejo del alza térmica, sobre todo en madres adolescentes (15 – 19 años) y jóvenes (20 – 35 años), a través de charlas educativas, sociodramas y materiales escritos (dípticos y trípticos).

La actitud negativa de las madres puede provocar acciones potencialmente riesgosas para la salud del menor, como es el uso de antipiréticos frente a cifras de temperatura que no lo justifican, o al uso exagerado de AINEs en presencia de mal estado de hidratación potenciando el riesgo de nefropatía y toxicidad.

De acuerdo al Cuadro N° 04, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 51.4% tiene instrucción secundaria, de las cuales, 30% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 21.4% negativa; el 34.3% tiene instrucción primaria, de ellas, 28.6% presenta una actitud positiva frente al alza térmica y 5.7% negativa.

Leal et al. (2002), en Venezuela, determinaron que: El nivel de preparación de las madres en el manejo de la fiebre depende de su nivel educativo.

Los resultados obtenidos tienen similitud con los hallazgos de Leal et al. (2002), porque el grado de instrucción de las madres influye en su actitud frente al manejo del alza térmica. La totalidad de madres iletradas o analfabetas presentaron una actitud negativa frente al manejo del alza térmica, lo que indica que no están preparadas para afrontar estos casos de manera apropiada; por tanto, incrementaría el riesgo de cometer imprudencias en su tratamiento.

En contraste, todas las madres con instrucción superior muestran una actitud positiva en el manejo del alza térmica, lo que nos indica que su mayor preparación académica ha contribuido en adquirir mayor información acerca del tratamiento de la fiebre.

En conclusión, al 95% de confianza, el grado de instrucción se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa frente al alza térmica.

De los resultados hallados son concordantes con los autores citados por que el mayor porcentaje de madres que presentaron actitud negativa tienen menor instrucción, en consecuencia los profesionales de salud deben brindar orientación y consejería a las madres iletradas o con instrucción primaria para mejorar su nivel de preparación y capacidad de respuesta frente a episodios febriles.

El Cuadro N° 05 describe que, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 52.9% presenta un nivel de conocimiento malo sobre alza térmica, de las cuales, 31.4% tiene una actitud negativa y 21.5% positiva; el 47.1% presenta un nivel de conocimiento bueno sobre alza térmica, de ellas, 42.8% tiene una actitud positiva y 4.3% negativa.

Leal et al. (2002), en Venezuela, determinaron que: El nivel de conocimiento determina la actitud de las madres en el manejo de la fiebre. Un mayor conocimiento se correlaciona con mejores prácticas de cuidado del niño en casos de fiebre.

Los resultados obtenidos se asemejan a los hallazgos de Leal et al. (2002), porque el nivel de conocimiento sobre alza térmica influye en la actitud de las madres para actuar en casos de fiebre. Las madres con buen conocimiento sobre la etiología, manifestaciones clínicas, riesgos y tratamiento del alza térmica muestran una actitud positiva en estos casos, lo que significa que están preparadas para tratar la fiebre de manera responsable, informada y oportuna sin caer en pánico y negligencia.

Una situación contraria se aprecia en las madres con un conocimiento malo sobre alza térmica, quienes muestran una actitud negativa e imprudente, porque consideran que proporcionarían antibióticos para tratar la fiebre o lo bañarían a la intemperie.

En conclusión, al 95% de confianza, el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ), estableciéndose una correlación directa ( $r = 0.46$ ) que significa: a mayor conocimiento sobre alza térmica la actitud es más positiva.

Como se observa en los resultados hallados, la actitud negativa es generada por un malo conocimiento sobre el alza térmica. Por tanto, es imprescindible fortalecer el nivel de conocimiento de las

madres sobre alza térmica para garantizar una actuación responsable, oportuna e informada en casos de episodios febriles.

Según el Cuadro N° 06, del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 44.3% reconoce a la deshidratación y la convulsión como riesgos del alza térmica, 35.7% reconoce sólo a la deshidratación y 20% a la convulsión.

Moraga, Horwitz y Romero (2007), en Chile, mencionan que: En relación a los potenciales riesgos para la salud, el 26% cree que la fiebre no se autolimita, pudiendo seguir subiendo indefinidamente y 18% considera que puede subir sobre los 43 °C. El 78% considera que la fiebre puede provocar daño cerebral y 9% que puede ser letal.

Los resultados obtenidos describen que la totalidad de madres de niños menores de 4 años reconocen los riesgos del alza térmica, asociándolos con cuadros de deshidratación por exceso de sudoración y convulsiones por daños en el sistema nervioso central.

Conocer los riesgos que ocasionan los episodios febriles es importante y más aún el conocimiento integral sobre este síndrome (etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento), que permitiría a la madre una actuación responsable y oportuna en el tratamiento del alza térmica; primero, quitando el exceso de ropa; segundo, bajando la



temperatura por medios físicos y cuando la situación lo amerita, empleando de manera informada antipiréticos.

El desconocimiento sobre los demás aspectos del alza térmica, por más que se reconozcan sus riesgos, puede generar pánico y conllevar a la aplicación de medidas inadecuadas en el tratamiento de este síndrome, como bañar al niño con agua fría o proporcionar antibióticos.

En conclusión, el 44.3% de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata reconoce a la deshidratación y la convulsión como riesgos del alza térmica.

Las madres de niños menores de 4 años, reconocen los riesgos del alza térmica; sin embargo, no es suficiente para actuar de manera responsable y oportuna en el cuidado de los niños. Por tanto, es necesario potenciar la prevención primaria, rediseñando las campañas educativas con el fin de proporcionar conocimientos integrales sobre la etiología, manifestaciones clínicas, riesgos y tratamiento de los episodios febriles.

## CONCLUSIONES

1. Al 95% de confianza, el nivel de conocimiento sobre alza térmica depende de la edad de las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres más jóvenes tienen menor conocimiento sobre alza térmica.
2. Con un nivel de confianza al 95%, el grado de instrucción se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento sobre alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción tienen menos conocimiento sobre alza térmica.
3. Al 95% de confianza, la actitud frente al alza térmica depende de la edad de las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.05$ ); es decir, las madres más jóvenes presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa al alza térmica.

4. Con un nivel de confianza al 95%, el grado de instrucción se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ); es decir, las madres con menor instrucción presentan, con mayor frecuencia, una actitud negativa frente al alza térmica.
5. Al 95% de confianza, el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la actitud frente al alza térmica en madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata ( $p < 0.001$ ), estableciéndose una correlación directa ( $r = 0.46$ ) que significa: a mayor conocimiento sobre alza térmica la actitud es más positiva.
6. El 44.3% de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata reconoce a la deshidratación y la convulsión como riesgos del alza térmica.

## **RECOMENDACIONES**

1. A la Gerencia del Puesto de Salud de Mollepata, fortalecer las intervenciones educativas sobre alza térmica, focalizando a las madres adolescentes quienes tienen escasa experiencia en el cuidado de los niños.
2. A los profesionales de Enfermería del Puesto de Salud de Mollepata, fortalecer las intervenciones de información, educación y comunicación sobre cuidados del niño, en madres iletradas y con instrucción primaria, para una actuación responsable en casos de alza térmica.
3. Al personal de salud Puesto de Salud de Mollepata, difundir información referida al manejo del alza térmica, sobre todo en madres adolescentes (15 – 19 años) y jóvenes (20 – 35 años), a través de charlas educativas, sociodramas y materiales escritos (dípticos y trípticos).
4. A los profesionales de Enfermería del Puesto de Salud de Mollepata, brindar orientación y consejería a las madres iletradas o con instrucción primaria para mejora su nivel de

preparación y capacidad de respuesta frente a episodios febriles.

5. A las madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata, fortalecer su nivel de conocimiento sobre alza térmica para garantizar una actuación responsable, oportuna e informada en casos de episodios febriles.
6. A la Gerencia del Puesto de Salud de Mollepata, potenciar la prevención primaria, rediseñando las campañas educativas con el fin de proporcionar conocimientos integrales sobre la etiología, manifestaciones clínicas, riesgos y tratamiento de los episodios febriles.
7. A los bachilleres de la Facultad de Enfermería, continuar con investigaciones referidas al nivel de conocimiento sobre manejo del alza térmica y la capacidad de respuesta de las madres frente a estos casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCÁNTARA, J. (1998). Cómo educar las actitudes. Edit. CEAC. España.
2. ATKINS, E. y SITITT, J. (1989). Fiebre. En: Blacklow RS. Signos y síntomas de MacBryde. 6a ed. Edit. Interamericana. Mexico.
3. BERDE, C. y SETHNA, N. (2002). Analgésicos para el tratamiento del dolor en niños. Edit. Engl J Med. Inglaterra.
4. BLUMENTHAL, I. (1998). What parents think of rever. Edit. Family Practice. Washington.
5. BOLÍVAR, A. (1995). La Evaluación de valores y actitudes. Edit. Anaya. España.
6. BOULANT, J. (2000). Papel del hipotálamo preóptico anterior en la termorregulación. Edit. Clin InfectDis. Washington.
7. BRUCK, K. (1993). Equilibrio térmico y regulación de la temperatura corporal. En: Schmidt RF, Thews G. Fisiología Humana. 24a ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill. España.
8. CARVER Ch. y SCHEILER, M. (1997). Teorías de la personalidad. Edit. Prentice-Hall. México.

9. DINARELLO, C. (1991). Respuesta de fase aguda. En: Wingaarden JB, Smith LH. Cecil: tratado de medicina interna. 18 ed. Edit. Interamericana McGraw Hill. México.
10. EISER, R. (1989). Psicología Social: Actitudes, Cognición y conducta social. Ediciones Pirámide, S.A. España.
11. GUTIÉRREZ, Raúl (2004). Introducción a la filosofía. Edit. Esfinge. España.
12. HASDAY, J., FAIRCHILD, K. y SHANHOLTZ, C. (2000) El papel de la fiebre en el huésped infectado. Edit. Microbes and Infection. Washington.
13. KIERUAN, J. (2000) El sistema nervioso humano: Un punto de vista anatómico. 7a ed. Edit. McGraw Hill Interamericana. México.
14. LEAL, M. et al. (2002). Conocimiento materno sobre el manejo de la fiebre en niños menores de 6 años. Emergencia de pediatría del Hospital General "Dr. Pastor Oropeza Riera", Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Barquisimeto. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría; 65 (82). Venezuela.

15. LEÓN, J., GÓMEZ, T., GONZÁLES, B. y MEDINA, S. (1998). Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. Edit. McGraw-Hill/Interamericana. España.
16. MACKOWIAK, P., BARTLETT, J., BORDEN, E. y GOLDBLUM, S. (1997) Conceptos de la fiebre: Avances recientes y Dogmas persistentes. Edit. Crin InfectDis. Washington.
17. MARÍN, R. (1976). Valores, Objetivos y Actitudes en Educación. Edit. Miñón. España.
18. MARTÍNEZ, M. (1999). La nueva Ciencia: su desafío, lógica y métodos. Edit. Trillas S.A. 1999. México:19.
19. MORALES, P. (2000). Medición de actitudes y educación: Construcción de escalas y problemas metodológicos. Edit. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. España.
20. MORALES, F. (1999). Psicología Social. Edit. Mc Graw-Hill. España.
21. MORAGA, F., HORWITZ, B. y ROMERO, C. (2007). Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. Revista chilena de pediatría; 78 (2). Chile.
22. MORRIS, C. (1997). Psicología. Edit. Prentice Hall. Michigan.



23. MUCCHIELLI, A. (2001). Diccionario de métodos cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales. Edit. Síntesis. España.
24. NAKAI, S., ITOH, T. y MORIMOTO, T. (1999). Las muertes por hipertermia en Japón. Edit. Int J Biometeor. Washington.
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994). Tratamiento de la fiebre en niños con infecciones respiratorias agudas. Edit. OPS- OMS. Washington.
26. PATIÑO, L. Y MUÑOZ, J. (1994) Regulación térmica en el paciente pediátrico. En: Patiño LH, Muñoz J. Conceptos básicos en anestesiología pediátrica. Edit. Gente nueva. Bogotá.
27. PÉREZ, M. y RUIZ. J. (1995). Factores que favorecen la calidad educativa. Edit. Universidad de Jaén. España.
28. PLATA, E. y LEAL, F. (1996). Síndrome febril. En: Leal Quevedo F. El pediatra eficiente. 5ta ed. Edit. Médica internacional. Bogotá.
29. POLEO, Abel et al. (2006). Conocimientos y creencias populares sobre Fiebre Hemorrágica Venezolana de la población adulta De Ruano. Municipio Guanarito. Edo. Portuguesa. Salud & Desarrollo Social; 2 (1). Venezuela.

30. QUISPE, S. y RIVERA, E. (1986). Factores predisponentes y actitud de las madres frente a la alza térmica en niños de 0 – 6 años de edad en el Barrio de Santa Elena. Tesis de Pre Grado de la Facultad de Enfermería - UNSCH. Ayacucho.
31. RODRÍGUEZ, M. y GARCÍA, I. (2002). Conocimientos y actitudes ante la fiebre en niños en el estado de Táchira. Edit. Lilacs. Colombia.
32. SAAD, M. (2006). Conocimientos sobre fiebre y conductas de los residentes del Postgrado de pediatría ante un paciente febril. Edit. Lilacs. Venezuela.
33. SANMARTÍN y TARÍN R. (1999) Valores y actitudes: ¿Se puede aprender ciencia sin ellos? Revista Alambique. España.
34. SCHUNK, D. (1997). Teorías del Aprendizaje. Edit. Prentice Hall. México.
35. SIMON, H. (1993). Hipertermia. Edit. Eng J Med. Inglaterra.
36. SCHMITT, B. (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Edit. Am J Dis Child. Washington.
37. SUMMERS, G. (1976). Medición de actitudes. Edit. Trillas. 1976. México.

38. TEJADA J y SOSA F. (1997). Las Actitudes en el Perfil del Formador de Formación Profesional y Ocupacional. Ponencia presentada en el Segundo Congreso CIFO. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
39. UGARTE, E. y ORUE, C. (2009). Los Padres y la Fiebre: ¿Qué Creen y Hacen? *Revista Scielo*; 36 (3). Paraguay.
40. VALDIVIA, N. (1998). Relación entre el conocimiento sobre temperatura corporal y fiebre con la conducta hacia la misma, en niños menores de 5 años por Enfermeras y Técnicas de los establecimientos de salud del MINSA – Paucarpata. Edit. Lilacs. Arequipa.
41. ZEISBERGER, E. (1999). Fiebre y neuroinmunología. Edit. *Journal of thermal biology*. New York.

# **ANEXOS**

## CUADRO N° 06

### RIESGOS DEL ALZA TÉRMICA QUE RECONOCEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE MOLLEPATA. AYACUCHO, 2010.

RIESGOS DEL ALZA TÉRMICA QUE RECONOCEN LAS MADRES	N°	%
Deshidratación	25	35.7
Convulsión	14	20.0
Ambas	31	44.3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Guía de entrevista y escala de actitud aplicada a las madres de niños menores de 4 años.*

Del 100% (70) de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata el 44.3% reconoce a la deshidratación y la convulsión como riesgos del alza térmica, 35.7% reconoce sólo a la deshidratación y 20% a la convulsión.

En conclusión, el 44.3% de madres de niños menores de 4 años del Puesto de Salud de Mollepata reconoce a la deshidratación y la convulsión como riesgos del alza térmica.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL  
DE HUAMANGA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE  
ENFERMERIA**

ANEXO N° 01

**TEST DE CONOCIMIENTO**

**INTRODUCCIÓN:**

Apreciada señora. La presente tiene por objeto recolectar información referente al conocimiento sobre alza térmica, la que será útil sólo para efectos de estudio.

**INSTRUCTIVO:**

Responda con sinceridad cada una de las interrogantes. No existen respuestas buenas ni malas.

**I. DATOS GENERALES**

1.1. ¿Cuál es su edad?: \_\_\_\_\_ años

- 15 – 19 años
- 20 – 35 años
- 36 – 45 años

1.2. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Ilustrada
- Primaria
- Secundaria
- Superior

**II. DATOS ESPECÍFICOS**

2.1. ¿Qué entiendes por fiebre?

- Es una enfermedad grave
- Es una respuesta del cuerpo a alguna infección
- Ninguna de las anteriores
- No responde

2.2. Las causas para que se presente la fiebre son:

- Infección por microorganismos (virus, bacterias)
- Alimentos que causan alergia.
- Todas las anteriores
- No responde

- 2.3. ¿Cómo reconoce Ud., que su niño presenta fiebre?
- Calentura del cuerpo (más de lo normal)
  - Enrojecimiento de los ojos.
  - Escalofríos
  - Malestar general
  - Todas las anteriores.
  - No responde
- 2.4. Si su niño tiene fiebre, es por:
- Infección
  - Desabrigarse
  - Por ambientes con temperaturas altas
  - Otros: \_\_\_\_\_
- 2.5. ¿Un niño con fiebre necesita que se proporcione líquidos para que no se deshidrate?
- Sí
  - No
  - No responde
- 2.6. ¿A un niño con fiebre se le puede bañar a la intemperie?
- Sí
  - No
  - No responde
- 2.7. ¿A un niño con fiebre se le puede hacer tomar remedios?
- Sí
  - No
  - No responde
- 2.8. ¿Qué puede suceder si no se trata la fiebre?
- Nada, porque solo desaparece.
  - El niño puede morir
  - El niño puede quedar con secuelas (convulsiones)
  - Todas las anteriores
  - No responde
- 2.9. ¿Qué hace si su niño tiene fiebre?
- Controla la temperatura
  - Baños con agua fría
  - Le aligera la ropa
  - Todas la anteriores
  - No responde

- 2.10. ¿Dónde acude primero si su niño presenta fiebre?  
( ) Hospital  
( ) Puesto de salud  
( ) Farmacia  
( ) Automedicación  
( ) Curandero
- 2.11. ¿Qué riesgos ocasiona la fiebre?  
( ) Deshidratación  
( ) Convulsión  
( ) Todas las anteriores
- 2.12. ¿Cuántas veces tuvo fiebre su niño en este año?  
( ) 1 – 3  
( ) 4 – 7  
( ) 8 a más.

*Fuente: Elaboración propia y validado por prueba piloto.*

**Escala de valoración:**

Bueno (10 - 12 aciertos)  
Malo (0 – 9 aciertos)