



CAPÍTULO 1

REVISIONES SISTEMÁTICAS

Calidad de atención de Enfermería en Colombia:
una revisión integrativa

*Giomar Maritza Herrera Amaya
Daniel Casas Ureña
Fred Gustavo Manrique Abril*

Introducción

La calidad en la atención a la salud no es un concepto estático y tampoco es universal, ya que existen múltiples y complementarias contribuciones. Su origen está en la industria desde la eficacia de los productos y hace tránsito a los servicios y atención. Donabedian (1, 2), explica el proceso de medición de la calidad empleado directamente en los servicios de salud. La calidad ha derivado a satisfacción, calidad y atención en salud, para lo cual, se han desarrollado diferentes instrumentos de valoración, escalas con las que se puede medir lo que se brinda del producto o servicio. Ante las exigencias de las personas que utilizan dicho servicio en enfermería, se reciben estas mediciones como herramientas para la gestión del cuidado.

Lo anterior, ha permitido el mejoramiento continuo de la atención y del cuidado directo de Enfermería, prevenir complicaciones relacionadas con eventos adversos en los pacientes, disminuir gastos económicos adicionales en los servicios de salud y estandarizar los procesos para la atención en salud de calidad (3-5).

Las escalas o cuestionarios de calidad, parten en su mayoría, de la percepción del paciente o de sus expectativas (6, 7), y evalúan la estructura, el proceso o el resultado de la atención en salud (2, 8).

Cada vez, es más frecuente el interés de los profesionales por conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos, reflejado en la propagación de diversos instrumentos de medida a nivel internacional como nacional. Dentro de las técnicas de recolección de datos, se encuentran las entrevistas y los cuestionarios, elementos más utilizados en investigación, los que, a su vez, permiten

cuantificar la información y compararla. En términos generales, al hablar de cuestionarios, se hace referencia a las escalas de evaluación como instrumentos que brindan un escalamiento acumulativo de los ítems, proporcionando una puntuación global (9).

En Estados Unidos, se realizó la primera evaluación de la satisfacción del paciente con los servicios de salud en el ámbito enfermero (10). Utilizaron un instrumento que consistía en un *check-list* de 50 ítems distribuidos en 7 categorías, las cuales hacían referencia a: Eventos que indicaban satisfacción con el cuidado (3 ítems), omisiones en el cuidado relativas al descanso y a la relajación (8 ítems), necesidades diarias (6 ítems), higiene personal y cuidado de soporte (10 ítems), reacción a la terapia (8 ítems), y contacto con las enfermeras (11 ítems).

Más adelante, autores como Mc Daniel y Nash (11), presentan un listado de 21 instrumentos que miden la satisfacción del paciente con la atención enfermera, 17 de los cuales evaluaban la satisfacción en pacientes hospitalizados y 4 en pacientes externos o ambulatorios. De los 17 orientados a pacientes hospitalizados, 10 miden la satisfacción general de los pacientes, mientras que, la atención enfermera es tan solo una parte. Dos de ellos, se enfocan a determinados contextos como urgencias o sala de partos; uno, estaba relacionado con cuidados enfermeros; y los cuatro instrumentos restantes, miden la satisfacción general con la atención enfermera.

En Latinoamérica, y en especial en Colombia, para evaluar la calidad del cuidado desde la satisfacción del usuario, se han usado diversos instrumentos (12-17), necesiéndose conocerlos, así como sus propiedades psicométricas básicas, para facilitar su uso y la aproximación con evidencia al cuidado ofrecido.

La investigación identifica a través de una revisión integrativa los instrumentos de medición utilizados para la identificar la calidad de atención de enfermería y la calidad de cuidados de enfermería en Colombia, desde el año 2000 hasta el año 2021 publicados en idioma castellano e inglés.

Los hallazgos permiten conocer aspectos psicométricos clave, de validez facial, de contenido, constructo y confiabilidad y, su utilidad en el contexto colombiano.

Metodología

El presente estudio, es una revisión integrativa de la literatura (18), que contribuye a la presentación de diversas perspectivas sobre un fenómeno de interés, siendo importante para la ciencia y la práctica de la enfermería.

Whittemore (19, 20), indica que, este tipo de investigaciones tienen la capacidad de aumentar la ciencia de la enfermería, sitúa la investigación frente a la práctica y las políticas públicas. La revisión integrativa eficazmente realizada, apoya el desarrollo de la teoría, se adecúa directamente a la práctica y las estrategias públicas en salud y permite enriquecerse de diversas metodologías (investigación experimental y no experimental), lo que mejora la claridad investigativa del tema de revisión (21). Los elementos básicos de una revisión integrativa se aprecian en la Figura 1.

Figura 1. Metodología de revisión integrativa



Fuente. Autores

Esta revisión es integrativa de tipo narrativo, donde las investigaciones iniciales del tema no se pueden comparar estadísticamente por sus variables desiguales con respecto a metodologías.

El enfoque metodológico empleado en este estudio, es la renovación de Whitemore y Knafl (19), especial para revisiones de literatura integrativas. Se desarrolla en 5 fases,

1. *Identificación del problema, garantiza que la pregunta y el objetivo del estudio, sean evidentemente concluyentes.*

La pregunta de investigación que orientó este trabajo fue: ¿Cuáles son los instrumentos validados en Colombia para medir la calidad de atención o cuidados de enfermería según la bibliografía científica indexada disponible entre los años 2000 a 2021?

Población: Literatura científica de enfermería en idioma castellano e inglés.

Intervención por evaluar: Evaluación de la calidad de la atención o calidad del cuidado de enfermería en Colombia.

Resultados a medir: Niveles de satisfacción de los usuarios o calidad de atención o cuidado.

2. *Búsqueda bibliográfica, incluye la revisión que incorpora una estrategia de búsqueda completa.*

Se utilizan las palabras para la búsqueda de acuerdo con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y el lenguaje controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MESH)(Tabla 1).

Tabla 1. Identificación de términos de búsqueda con descriptores Decs y Mesh

Término de búsqueda	Sinónimos en español	Descriptores Decs	Descriptores Mesh
Instrumentos		No encontrado	No encontrado
Medición	Criterios de Valoración Comunicados por el Paciente Medidas de Resultados Percibidos por los Pacientes Resultado Comunicado por el Paciente Resultado Percibido por el Paciente Resultado Relatado por el Paciente Resultados Comunicados por el Paciente Resultados Informados por el Paciente Resultados Percibidos por el Paciente	Medición de Resultados Informados por el Paciente	Patient Reported Outcome Measures
Cuestionario	Cuestionario Cuestionarios Diseño de Encuesta Encuesta de Referencia Encuestas Encuestas Comunitarias Métodos de Investigación No Respondedores Respondedores Rondas Repetidas de Encuesta Técnica de Encuesta Aleatorizada	Encuestas y Cuestionarios	Surveys and Questionnaire
Encuestas	Encuestas de atención de la salud, las cuales se refieren a servicios de salud proporcionados.	Encuestas de Atención de la Salud	Health Care Surveys
Calidad de la atención	Atención de Calidad Calidad Asistencial Calidad de la Atención Calidad de los Servicios de Salud	Calidad de la Atención de Salud	Quality of Health Care
Atención de enfermería	Cuidados de enfermería	Atención de Enfermería	Nursing Care

Fuente. Autores

Fueron elegidas las fuentes de búsqueda de acuerdo a dos criterios: 1. Bases de datos que publican investigaciones en salud. 2. Bases de datos que contengan estudios realizados en Colombia. Las bases de datos seleccionadas se organizan en la Tabla 2.

Tabla 2. Fuentes de búsqueda de literatura

Base de datos	Descripción
Scielo	Scientific Electronic Library Online
Pubmed (contiene además la Medline)	PubMed, es un recurso gratuito que apoya la búsqueda y recuperación de literatura biomédica y de ciencias de la vida con el objetivo de mejorar la salud, tanto a nivel mundial como personal.
Lilacs	La base de datos como lo define su portal web, es la más importante y completa de Latinoamérica y el Caribe, con más de 880 mil registros de revistas revisadas por pares, tesis y disertaciones, documentos gubernamentales, anales de congresos y libros, publicados desde 1982.
ScienceDirect	ScienceDirect, es una de las mayores fuentes de información para la investigación científica, técnica y médica. Ofrece el texto completo de las revistas científicas que publica Elsevier, así como capítulos de libros, procedentes de más de 2.500 revistas con revisión por pares y de más de 11.000 libros. En total, supera los 9 millones y medio de artículos y capítulos.
Embase	Es una base de datos bibliográfica de biomedicina con más de 23 millones de registros de artículos y conferencias indexados en más de 7.500 revistas internacionales. Cuenta con el tesoro de consulta Emtree y realiza el mapeo automático de términos de consulta.
Scopus	Scopus, es una base de datos bibliográfica iniciada en 2004, de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas. Contiene, además de artículos, más de 3.700 revistas indexadas de Gold Open Access, más de 210.000 libros y más de 8 millones de actas de congresos.

Fuente. Autores

Este rastreo se hizo en bases de datos escritos en español e inglés, para aumentar las estrategias y captar los artículos existentes en la Tabla 3.

Tabla 3. Estrategias de búsqueda

Idioma	Descriptor	Operador	Descriptor	Operador	Descriptor
Español	Encuesta Cuestionario Medición	AND	Calidad de la atención de enfermería	AND	Colombia
Inglés	Surveys and Questionnaires Patient Reported Outcome Measures	AND	Quality of Health Care Nursing Care	AND	Colombia

Fuente. Autores

Se usaron filtros para limitar los resultados a información que cumpliera los criterios de inclusión -que se describen más adelante-, para realizar la búsqueda en las bases de datos y ayudar a delimitar la información. Según Arnau y Col (22), los filtros se realizan para disminuir el nombrado "ruido" documental y discriminar las referencias. Dichos filtros, se ajustaron de acuerdo con la fuente de información y fueron los siguientes:

- Periodo de tiempo: Años 2000 - 2021.
- Idioma: inglés, español.
- Característica de la publicación: Artículo científico y literatura gris. Relacionada con el tema.

Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión.
 - a. Artículos científicos desarrollados en Colombia.
 - b. Artículos realizados por enfermería.
 - c. Población de los estudios: Publicaciones en idioma castellano e inglés.
 - d. Publicaciones en las siguientes bases de datos: Scopus, Pubmed, Lilacs Scielo, ScienceDirect, Embase, Scopus, EBSCO.
 - e. Trabajos de pregrado, tesis de maestría o doctorado alojados en repositorios de instituciones acreditadas.
 - f. Periodo de publicación: 20 años (2000 -2021).
 - Criterios de exclusión.
 - a. Artículos que no relacionaran el tema o no incluyan una escala o cuestionario de calidad en enfermería.
- 3. *Evaluación de datos, centrado en la veracidad, rigor metodológico, valor informativo y exhibición de los estudios primarios disponibles.***

Dentro de esta revisión no se realizó una evaluación de la calidad a los estudios incluidos, pues, dentro del alcance de la misma, no se contempla hallar la mayor evidencia científica y según Whitemore

& KnafI (19), la evaluación de la calidad de la evidencia incluida no es esencial en una revisión integrativa en la que el marco de muestreo es "heterogéneo", y la calidad de los estudios puede no ser un problema para algunas revisiones integrativas, lo que depende de su propósito y alcance. Sin embargo, cada uno de los documentos incluidos, se codificó de acuerdo con el tema relacionado con su título y se registró en una matriz de información en Microsoft Excel 2010, la cual permitió evaluar cada artículo teniendo en cuenta su aporte teórico y conceptual frente al objetivo general de la presente investigación, como medida para incluir o excluir estudios a la presente investigación.

4. *Análisis de datos, incluye reducción, visualización, comparación y conclusiones de datos.*

Los datos de las fuentes primarias fueron ordenados, codificados, categorizados y resumidos en una conclusión unificada e integrada sobre el problema de investigación a través de una hoja de cálculo, como se aprecia en la Tabla 4.

Tabla 4. *Visualización de datos*

Nº	Tipo de documento	año	Autor (es)	país	título	Objetivo o propósito	Metodología	Selección por contenido en resumen	Aportes a la pregunta de investigación del presente estudio
----	-------------------	-----	------------	------	--------	----------------------	-------------	------------------------------------	---

Fuente. *Autores*

Se usaron técnicas de extracción y codificación de datos de fuentes primarias para simplificar, abstraer, enfocar y organizar datos en un marco manejable.

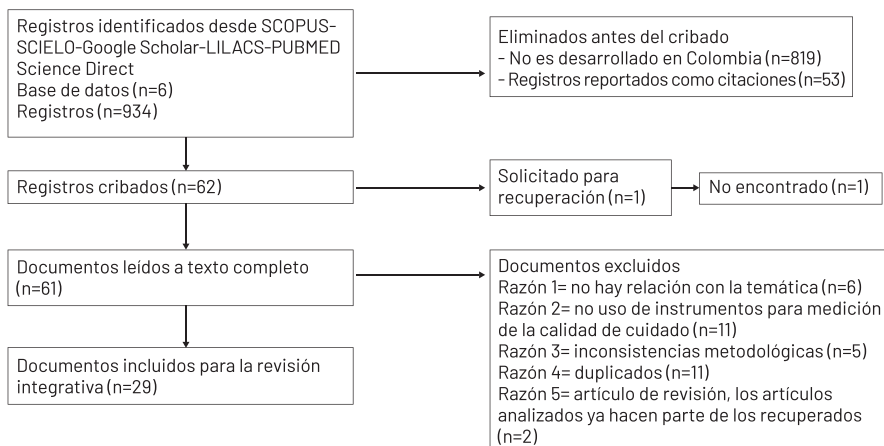
5. *Presentación, sintetiza los hallazgos en un modelo que retrata de manera integral el proceso de integración y que describe las implicaciones para la práctica, la política y la investigación, así como las limitaciones de la revisión (18).*

Para la presentación se usaron tablas – resúmenes, que permiten comparar las escalas en forma cronológica, psicométrica y metodológicamente.

Resultados

El diagrama prisma presenta los resultados de la búsqueda y su depuración siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, ver Figura 2.

Figura 2. Diagrama de prisma de la revisión integrativa



Fuente. Autores

Del total de los 29 documentos incluidos en la revisión, al análisis se le encuentran 12 instrumentos relacionados con la calidad del cuidado de enfermería, desarrollados a través de estudios descriptivos, prueba piloto, psicométricos o de tipo metodológico en el contexto colombiano; siendo el más utilizado el CARE-Q (Cuestionario Corto de Evaluación de la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería), en sus 3 modificaciones: Versión inicial, la versión de 51 ítems y la de 46 ítems, que unidas, alcanzan 12 estudios. En orden de aplicación, sigue SERVQHOS-E (Calidad Percibida de la Atención Hospitalaria Brindada por Enfermería) con 6 estudios de investigación desarrollados, seguido

del CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería) y el PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería) versión inicial y 3ª Versión.

Instrumentos como el EVACALEN (Evaluación de la Calidad de los cuidados de Enfermería) y el PSNCQQ (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire), han tenido poca aplicación en Colombia, situación similar con las escalas ESUR-HD (Escala para la Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Servicio de Hemodiálisis), GCPC-UN-ESU (Encuesta de satisfacción con el cuidado de personas con enfermedad crónica) y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría; sin embargo, se aluden en este estudio, por tener aspectos relacionados con la medición de la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería.

A la distribución por tipo de estudio, se observa que la mayoría son estudios de tipo descriptivo (n=21), seguido por estudios psicométricos y metodológicos (n=5). El 100% de los productos investigativos, son cuantitativos, teniendo en cuenta que, al usar instrumentos de medición de la calidad del cuidado de enfermería, se requiere su análisis a través de métodos estadísticos.

Tabla 5. Instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia según el tipo de estudio

Instrumento	Estudio descriptivo	Prueba piloto	Psicométrico/ Tipo metodológico	TOTAL
SERVQHOS-E	4	1	1	6
CUCACE	2		1	3
EVACALEN	1			1
PCHE			1	1
PCHE clínicountry 3ª versión,		1	1	2
CARE-Q	5		1	6
CARE-Q 51 ítems ajustado.	2			2
CARE-Q 46 ítems	4			4

PSNCQO	1			1
Cuestionario de satisfacción del usuario, en pediatría.	1			1
ESUR-HD			1	1
GCPC-UN-ESU			1	1
Total	21	2	7	29

Fuente. Autores

La Tabla 6 permite reconocer el manejo metodológico de los productos académicos recuperados, enfatizando en el diseño del estudio, las especificaciones para el cálculo muestral, el número de sujetos de estudio y finalmente, se resumen las estrategias de análisis estadístico de los datos.

Instrumentos como el SERVQHOS-E, CUCACE Y CARE-Q, han sido aplicados en estudios con metodología descriptiva y de psicométrica, esto puede generar una mayor confianza, pues, su uso ha sido evaluado de forma más crítica, sumado a que su divulgación a través de productos académicos de investigación es mayor y al exponer la información a la crítica de la comunidad científica gozan de un mayor impacto.

Llama la atención, la metodología para la recolección de datos usada en el estudio de Salazar (23), que ajusta el CARE-Q, al que adiciona la categoría "educa", donde la estrategia no es por autoadministración del instrumento como es habitual en las metodologías usadas por las otras investigaciones, sino la observación de las enfermeras por otra enfermera, mientras realizan su labor de cuidado en pacientes con hospitalización en casa.

Es interesante reconocer, que, solo dos estudios incluyeron en sus criterios de inclusión que "el paciente haya tenido contacto con enfermería o que reconoce el cuidado de enfermería" la importancia radica en que, se pueden encontrar situaciones en las que los pacientes no diferencian al personal de enfermería de otros actores de salud y, aun así, evalúan la calidad del cuidado recibido.

Tabla 6. Análisis metodológico de los productos académicos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia

Autor /año	Diseño	Instrumento	Especificación muestral	Número sujetos	Análisis estadístico
Barragán JA, Manrique-Abril FG.(2010)(15)	Descriptivo y transversal con análisis multivariante de contenido, constructo y confiabilidad Psicométrico.	SERVOHOS-E	Por conveniencia Criterios de inclusión: Todo usuario entre 18-60 años, diligenció el cuestionario tras el alta hospitalaria o tras la consulta de control.	-Fase uno 5 expertos en el tema de calidad y formación en gestión -Fase dos 350 sujetos de cuidado.	-Prueba de validez de contenido con un índice de validez de contenido (IVC). Coeficiente de correlación y comunalidad aceptado mayor a 0,3 (p 0,005). - Validez de constructo mediante el método de análisis factorial exploratorio, extracción de componentes principales y rotación Varimax. -Prueba de confiabilidad con un Alpha de Cronbach y se determinó la estabilidad por correlación de Pearson -Análisis factorial.
Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR.(2013)(24)	Cuantitativo descriptivo, de corte transversal.	SERVOHOS-E	Aplicación de la fórmula para poblaciones finitas. Tamaño muestral seleccionado para el estudio con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%. -Criterios de inclusión: Sin distinción de sexo, con edades entre 18 y 80 años, sin dificultad en la expresión verbal y comunicación; con más de dos días de hospitalización y que se encontraban en proceso de egreso.	183 usuarios	Análisis univariado. Alfa de Cronbach para confirmar la confiabilidad, medias, medidas de desviación estándar y varianzas. Relación estadística mediante análisis bivariado por medio de correlaciones y pruebas de hipótesis.
Barragán JA, Moreno CM.(2013)(25)	Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.	SERVOHOS-E	Dos mediciones con distanciamiento de un año.	1093 usuarios de tres hospitales .	Análisis univariado. Estadística descriptiva.
Borré Ortiz YM, Vega-Vega Y(2014)(26)	Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.	SERVOHOS-E	Total la población que egresó diariamente de los servicios de hospitalización durante un trimestre. Criterios de exclusión: Menores de 18 años, discapacidad mental aparente o diagnosticada, alteraciones del lenguaje, alteración del estado de conciencia, menos de dos días de hospitalización.	158 pacientes encuestados.	Análisis univariado, estadística descriptiva con medidas de tendencia central, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. y finalmente, fueron graficadas con histogramas y diagrama de sectores.

<p>Borré Ortiz YM, Lenis- Victoria C, González- Ruiz G (2014) (27)</p>	<p>Descriptivo, transversal, cuantitativo, prueba piloto del cuestionario SERVQHOS-E, con el fin de evaluar si se entendía bien en el contexto de estudio.</p>	<p>SERVQHOS-E</p>	<p>Pacientes que egresaron de los servicios de hospitalización previa a la fase de recolección propiamente dicha.</p>	<p>Muestra piloto fue de 32 pacientes.</p>	<p>La escala de puntuación de 16 ítems que mide aspectos tangibles e intangibles de la atención de Enfermería, no hubo necesidad de modificación.</p>
<p>Torres- Contreras C, Buitrago-Vera M (2011)(28)</p>	<p>Descriptivo, transversal, cuantitativo.</p>	<p>CUCACE versión castellano 2005.</p>	<p>Cálculo muestral con un porcentaje esperado 70 % de percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos, con un nivel de confianza del 95% un poder estadístico del 80%, una probabilidad de cometer error tipo 1 del 5% y un 8% de no participación</p> <p>Criterios de inclusión: Ser mayores de 18 años y menores de 68. Estar a punto de alta hospitalaria o de traslado de servicio. Haber estado en la planta dos noches o más. Poder leer y entender el castellano. • No estar en estado confusional.</p>	<p>75 pacientes</p>	<p>Análisis univariado con cálculo de medias y DS Prueba de confiabilidad con un Alpha de Cronbach. Se transforma la calificación original de satisfacción 1-5 a 0-4 y se categoriza como positiva, neutra y negativa. La calificación original de percepción se categoriza como 1-2-3 negativa, 4 neutra o indiferente, 5-6-7 positiva.</p>
<p>Torres- Contreras C. (2010)(29)</p>	<p>Descriptivo con componente metodológico.</p>	<p>CUCASE</p>	<p>Cálculo muestral con intervalo de confianza de 95%, una media esperada entre 74-80. Criterios de exclusión: Menor de 18 años, con alteración de conciencia, trastorno de lenguaje, menos de dos días de hospitalización.</p>	<p>Población: 450 pacientes. Muestra: 180 pacientes.</p>	<p>Fase metodológica, alidez y confiabilidad. Fase descriptiva, medias, frecuencias.</p>

<p>Lenis-Victoria, C; Manrique-abril, FG. (2015) (30)</p> <p>Descriptivo Transversal Cuantitativo.</p> <p>CUCASE</p>	<p>Fórmula para poblaciones finitas. Cálculo muestral con un intervalo de confianza del 95 %, un error alfa del 5 %, y una prevalencia de calidad esperada de 72,41 y 66,15</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, con más de 2 días de hospitalización, con alta hospitalaria, sin dificultad en el lenguaje, y que no estuvieran bajo efectos de sedación por medicamentos.</p>	<p>Población: egreso mensual 422 pacientes.</p> <p>Muestra: 147 pacientes que tenían orden de egreso.</p>	<p>Estadística descriptiva</p> <p>Correlación de Pearson ANOVA de satisfacción y variables sociodemográficas.</p>
<p>Torres Contreras C. Páez Esteban A, Rincón Sepulveda L, Rosas Baez D, Mendoza Moreno E. (2016) (31)</p> <p>Evaluación de pruebas diagnósticas, reproducibilidad prueba reprobable.</p> <p>CUCASE</p>	<p>Muestreo probabilístico aleatorio simple. Coeficiente de correlación intraclassa estimado de 0,8 y esperado de 0,7, un poder del 80% y una confiabilidad del 95% en una prueba de hipótesis a dos colas y una proporción de pérdidas cercana al 20%.</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años Estancia hospitalaria de más de dos días.</p>	<p>205 personas hospitalizadas.</p>	<p>Primera aplicación del cuestionario con un auxiliar de enfermería, 24 horas después con un segundo auxiliar de enfermería, se realiza una segunda evaluación bajo las mismas condiciones de la primera doble digitación independiente de la información en EPIDATA.</p> <p>Se aplica</p> <p>Deltas e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%)entre la primera y segunda medición.</p> <p>Reproducibilidad</p> <p>prueba-reprueba de cada ítem con ANOVA.</p> <p>El análisis e interpretación de estos coeficientes, se realizó con base en los criterios de Landis y Koch, menor a 0 (pobre), de 0 a 20 (leve), de 0.21 a 0.40 (mediana), de 0.41 a 0.60 (moderada), de 0.61 a 0.80 (Sustancial) y de 0.81 a 1.00 (casi perfecta).</p> <p>Alpha de Cronbach.</p>
<p>Ramirez Perdomo C. Perdomo Romero A, Galán González E. (2013) (32)</p> <p>Descriptivo correlacional.</p> <p>EVACALEN</p>	<p>No probabilística de tipo juicio, selección intencional.</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes en las primeras 48 horas de egreso de la UCI, y trasladados a Hospitalización. Más de 48 horas de hospitalización en la UCI. Consientes, despiertos, orientados Con respuesta verbal. Mayores de 18 años. Aceptación voluntaria.</p>	<p>119 usuarios.</p>	<p>Estadísticos aplicados: medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson y Spearman.</p> <p>Alpha de Cronbach</p> <p>Validez de contenido.</p>

<p>Cepeda Sanabria AP. (16)</p>	<p>Tipo metodológico. PSNC00</p>	<p>Muestreo de tipo intencional, que respeta el azar del ingreso de los pacientes. 15 participantes por ítem con un 15% incrementado por las pérdidas. Prueba de campo, personas que no fueran pacientes con diferentes ocupaciones y escolaridad. Validez de contenido, experto con motivación para participar y experiencia en la realización de juicios, investigación, formación postgrado enfermería. Confiabilidad pacientes Inclusion, mayor de 18 años, con estado de conciencia, hospitalizado, mínimo 4 días de estancia.</p>	<p>5 etapas -Revisión de literatura. -Traducción -Prueba de campo. -Validez de contenido. -Confiabilidad Alpha de Cronbach.</p>
<p>Reina Gamba NC, Vargas Rosero E (2008) (17)</p>	<p>Tipo metodológico. PCHE</p>	<p>No hay dato.</p>	<p>12 pacientes, 11 expertos en investigación enfermería. Validez facial y de contenido.</p>
<p>Gonzales Hernández OJ. (2015) (33)</p>	<p>Estudio descriptivo de tipo metodológico. PCHE Clinicoountry 3ª versión.</p>	<p>Primera fase no reporta. Segunda fase. Enfermeras con una trayectoria en áreas asistenciales, administrativas o docentes, y con experiencia investigativa en fenómenos de cuidado, principalmente la humanización.</p>	<p>Primer fase 176 participantes. Segunda fase 8 enfermeras Tercera fase 320 pacientes. Ajuste semántico. Validez por expertos Validez de constructo y confiabilidad Análisis factorial exploratorio.</p>
<p>Monsalve Martínez C, Herrera Ríos L, Suárez Uribeles R. (2018) (34)</p>	<p>Tipo transversal cuantitativo. PCHE Clinicoountry 3ª versión.</p>	<p>Muestreo no probabilístico por conveniencia. Prueba piloto a pacientes hospitalizados. Criterios de exclusión: Con alteración del estado de conciencia. Bajo efectos de sedación que no querían participar de la encuesta. Con trastornos del lenguaje. En aislamiento de cualquier tipo. Menores de 18 años.</p>	<p>30 pacientes. Estadística descriptiva.</p>

<p>Ramirez Perdomo A, Parra Vargas M. (2011)(35)</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>CARE-0 (Caring assessment instrument).</p> <p>Por conveniencia. Criterios de inclusión: Paciente con no mayor a 2 días de egreso de la UCI. Despiertos y orientados. Con respuesta verbal. Aceptación voluntaria. Enfermería Un mes o más de labor en UCI.</p> <p>122 pacientes 13 enfermeras profesionales y 13 auxiliares de enfermería.</p> <p>Estadísticos: Medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson.</p>
<p>Araujo de la Cruz, T, Fontalvo Hernández, H. (2009) (36)</p> <p>Descriptivo transversal.</p> <p>CARE-0 46 ítems.</p> <p>Al azar, con base al ingreso diario al servicio de observación de Urgencias hasta completar la muestra. Criterios de inclusión: Mayores de 18. Permanencia mínima de 24 hrs. Sin alteración de conciencia. Participación voluntaria.</p> <p>40 pacientes.</p> <p>Medidas de tendencia central, tablas generales. frecuencias, gráficos de sectores.</p>
<p>Morales González C. (2009) (37)</p> <p>Descriptivo transversal.</p> <p>CARE-0.</p> <p>Al azar, con base al ingreso diario al servicio de observación de urgencias hasta completar la muestra. Criterios de inclusión: Mayores de 18. Permanencia mínima de 24 hrs. Sin alteración de conciencia. Participación voluntaria.</p> <p>20 pacientes.</p> <p>Medidas de tendencia central, tablas generales. frecuencias, gráficos de sectores.</p>
<p>Mesa Estrada H; Orellana Ruiz Y, Varela Polo A. (2011) (38)</p> <p>Descriptivo transversal.</p> <p>CARE-0 original.</p> <p>Por conveniencia de la población diana. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, tiempo mayor a 24 horas del post operatorio, egresado de cualquier cirugía.</p> <p>141 pacientes.</p> <p>Medidas de frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión JI y Prueba de Fisher para V sociodemográfica y satisfacción.</p>
<p>Rojas-Martínez W, Barajas-Lizarazo MA (2012) (39)</p> <p>Descriptivo transversal.</p> <p>CARE-0.</p> <p>La muestra se seleccionó de forma probabilística, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permitido del 5%. Criterios de inclusión: Todo usuario que ingrese al servicio de urgencias y haya recibido cuidados por parte del personal de enfermería.</p> <p>382 usuarios.</p> <p>Estadísticos: medidas de tendencia central, tablas de frecuencias y tablas generales.</p>

Sepúlveda Carrillo G YP.(2009)(40)	Estudio psicométrico.	CARE-0.	Criterios de inclusión: Mayores de 18 años Participación voluntaria. Hospitalización mayor a 48 hrs.	250 pacientes.	Alfa de Cronbach. Analisis factorial exploratorio de componentes principales. Validez por dimensión con extracción de componentes.
Orozco Medina DK, Franco Vera YP.(2019)(41)	Descriptivo y transversal.	CARE 0.	Cálculo muestral aleatorio simple, con un nivel de confianza de un 95% y un error de estimación del 5%.	132 pacientes.	Medidas de tendencia central y de dispersión como media, desviación estándar, frecuencia absoluta, frecuencia relativa e intervalos de confianza del 95% de acuerdo con el tipo de variable.
Amed Salazar E.J, Villareal Amaris G, Alwis Tous CC(2019)(42)	Descriptivo y transversal.	CARE-0.	Cálculo muestral no probabilístico a criterio, con margen de error del 5%, una confiabilidad del 95% y una frecuencia (p) de 50%, sin remplazo.	Población de 515 personas, muestral de 221 pacientes y se hace pregunta control "fue atendido por una enfermera" para muestra final de 123.	Medidas de tendencia central. Para la estimación de la métrica de calidad numérica se realizó una ruta matemática que permitió transformar la variable a escala de 1 a 100. Luego, se asignaron pesos porcentuales que permitieron construir una variable total conjunta que estimó la calidad del cuidado.
Araujo de la Cruz, T; Fontalvo H.(2009)(36)	Descriptivo y transversal.	CARE-0 46 ítems.	Muestra seleccionada al azar con base el ingreso diario de pacientes al servicio de observación hasta completar el total.	Total de 40 pacientes.	Estadística descriptiva.
Chávez D. Romero R. Zúñiga J. Romero Massa E.(2013)(43)	Descriptivo y transversal.	CARE-0 46 ítems.	Muestra, se calculó mediante la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 50%, un error del 6%.	Población 530 pacientes, Muestra 180 pacientes total	Medidas de tendencia central.
Jaramillo Santiago LX,(2018)(44)	Descriptivo transversal.	CARE-0 46 ítems.	Padres de todos los recién nacidos admitidos en la unidad.	121 padres.	Estadística descriptiva. Frecuencias. Cálculo de puntuación total: la puntuación de los ítems fue sumados y el resultado multiplicado por 100.
Salazar González, A.(2016)(23)	Descriptivo, asociativo-correlacional.	CARE-0 ajustado 51 ítems.	Muestreo no aleatorio y no probabilístico. Criterios de inclusión: Participación voluntaria, capacidad de auto diligenciar la encuesta, hospitalizados.	65 pacientes.	Estadística descriptiva Alpha de Cronbach Rho de Spearman.

<p>Molina Cardona, E.M. (2011) (45)</p>	<p>Descriptivo transversal. Las enfermeras fueron observadas.</p>	<p>CARE-0 ajustado 51 ítems (se eliminan ítems 4-5-22) (se adicionan ítems EDUCA 52-53-54-55).</p>	<p>Muestra por cálculo probabilístico. Estudio censal. Cada enfermera firmó la debida autorización para ser evaluadas en las visitas domiciliarias programadas durante el periodo de estudio. Cada una de ellas fue observada en 36 oportunidades.</p>	<p>12 enfermeras que laboran en Hospitalización. Domiciliaria. 36 observaciones para completar el instrumento en 173 visitas realizadas por las doce enfermeras del servicio de hospitalización domiciliaria.</p>	<p>Validez facial Alpha de Cronbach Metodología Q, que permite mediante elección forzosa clasificar los comportamientos seleccionando un número predeterminado de ítems (los que consideran más importantes), por cada una de las categorías, los cuales se depositarán en sobres marcados con la escala de clasificación, se indicó al usuario para que ordenara uno (1) como la más importante, cuatro (4) como bastante importante, diez (10) como importante en alguna forma, veinte (20) como ni importantes ni sin importancia, cuatro (4) como menos importante y uno (1) como la menos importante. Que no aplican para este proyecto.</p>
<p>Arias Triana AK Avella Torres SA Barragán Mahecha MJ Campos Cárdenas LV Walteros Ruiz NV (2021)(46)</p>	<p>Descriptivo y transversal.</p>	<p>Cuestionario de satisfacción del usuario, en pediatría.</p>	<p>No hay dato de cálculo de muestra.</p>	<p>39 encuestados- cuidadores.</p>	<p>Estadística descriptiva Alpha de Cronbach.</p>
<p>Gómez Ramírez O.J., Carrillo González GM, Cárdenas DC. (2016)(47)</p>	<p>Estudio metodológico.</p>	<p>Encuesta GPCP-UN-ESU.</p>	<p>Fase tres valideces. Fase cuatro, pruebas de campo.</p>	<p>Fase tres valideces. 6 enfermeros. Fase cuatro pruebas de campo. 11 personas.</p>	<p>Estadística descriptiva. Validez facial y de contenido.</p>

Fuente. Autores

Dimensiones y variables de calidad de atención de enfermería

La Tabla 7 hace una descripción de los 12 instrumentos con su objetivo de medición, las dimensiones o categorías que componen cada uno de los instrumentos de medición y las debilidades que pueden llegar a presentar y que son reportados por la literatura.

El instrumento SERVQHOS-E, desde su creación a partir del SERVQHOS, no ha tenido modificaciones y su uso ha gozado de estabilidad psicométrica en relación con su confiabilidad.

El instrumento CARE-Q, cuenta más modificaciones realizadas, y el que mejor confiabilidad tiene, es el de 46 ítems; de igual forma, el PCHE, tiene el PCHE 3ª versión; sin embargo, la literatura afirma que el instrumento debe ser reducido y que continúa con proceso evaluación psicométrica.

Tabla 7. Objetivo de medición, estructura y debilidades reportadas de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia.

Instrumento	Objetivo de medición	Dimensiones / Estructura	Debilidades reportadas
SERVOHOS-E	Específico para medir el constructo de calidad percibida de la atención de Enfermería desde aspectos corporativos.	<p>Se eliminaron 3 ítems del SERVQHOS: -Información dada por el médico. -Interés del personal en general. -Accesibilidad para llegar al hospital. Se modifica lenguaje: Internación por hospitalización, habitualmente por cada turno, jubilado por pensionado, en paro por desempleado. Consta de tres partes: Parte uno: Compuesto por 16 preguntas 4 preguntas que miden aspectos tangibles/calidad objetiva -Indicaciones -Apariencia del personal -Estado de las habitaciones -Tecnología 12 preguntas que miden aspectos intangibles/calidad subjetiva -Trato personalizado -Interés en solución de problemas -Interés en cumplimiento -Información. -Tiempo de espera -Rapidez -puntualidad -Disposición -Confianza -Amabilidad -Preparación del personal -Capacidad de comprensión Parte dos: -Encuesta de opinión para medir satisfacción global. 1 pregunta Percepción que tiene el usuario con la atención 8 preguntas Parte tres: Variables sociodemográficas</p>	<p>La calidad del cuidado de enfermería propiamente dicha, puede medirse con otros cuestionarios más específicos diseñados para tal fin. Su utilización, se debe prever la forma en que dicho cuestionario pueda ser entendido en el contexto de estudio.</p>

Dimensión Percepción: de los pacientes con el cuidado de enfermería en una institución de salud.	Tres partes: Variables sociodemográficas; Dimensión experiencia con los cuidados y satisfacción con los cuidados. Dimensión experiencia. 26 preguntas con una valoración de 1 Completamente en desacuerdo a 7 Completamente de acuerdo.	Cuanto más largo sea el período de recolección de los datos, mayor es la amenaza en la validez por los cambios que se puedan presentar en este período, afirmando con esto que el período del estudio
CUCACE	15 valoradas en positivo 11 en negativo. Dimensión satisfacción de los cuidados. 19 preguntas con una valoración de 1 nada satisfecho- 5 completamente satisfecho. Todas en sentido positivo.	está entre lo aceptado para disminuir dichas amenazas que es de 4 a 7 meses. Se recomienda usar con precaución la dimensión de experiencias.
EVACALEN	Cuestionario de 44 ítems con escala Likert. -Categoría estructura mide aspectos concernientes con Comodidad, confort, trato humano. -Categoría proceso mide accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia, racionalidad lógico-científica, atención humanizada, pertinencia, seguridad, idoneidad, competencia profesional, eficacia, el dar a conocer los derechos y deberes, la participación de la familia en el tratamiento, el acercamiento al paciente en los momentos de crisis, los conocimientos técnicos científicos y la capacidad de establecer una relación interpersonal con el paciente. -Categoría resultado mide grado de satisfacción con el cuidado brindado, la educación ofrecida, la preocupación por la condición del usuario al egreso y la preocupación por los conocimientos adquiridos sobre la enfermedad, continuidad del tratamiento y rehabilitación al egresar del servicio.	
Mide satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería de calidad.	20 ítems y 4 ítems generales. Escala Likert de Excelente, Muy Bueno, Bueno, Normal y Mala. Factor uno: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Factor dos 1, 2, 3, 4, 5, 6. Factor tres 7, 18, 19, 20. Factor cuatro 15, 16, 17. Preguntas 1. Información que se le dio. 2. Instrucciones. 3. Facilidad de obtener la información.	
PNSCOQ		

	<p>4. Información dada por las enfermeras. 5. Informar a la familia y amigos. 6. Involucrar familiares y amigos en tu cuidado. 7. Preocupación y cuidado por parte de las enfermeras. 8. Atención de la enfermera con respecto a tu condición. 9. Reconocimiento de tus opiniones. 10. Consideración de tus necesidades. 11. La rutina diaria de las enfermeras. 12. Utilidad. 13. Respuesta del equipo de enfermeras a tu llamado. 15. Destrezas y competencias de las enfermeras. 16. Coordinación del cuidado. 17. Ambiente de descanso previsto por las enfermeras. 18. Privacidad. 19. Instrucciones para dar de alta. 20. Coordinación del cuidado después de dar de alta. 21. Percepciones generales (4 ítems).</p>	
<p>PCHE</p>	<p>50 ítems. Opción de medición con escala tipo Likert de 1 nunca a 4 siempre. 9 categorías - Sentimientos del paciente (1-3-4-43) - Características de la enfermera 6 ítems (2-5-7-8-9-46) Dar apoyo emocional 5 ítems (10-11-12-45-47) Dar apoyo físico 5 ítems (6-13-14-30-48) Cualidades del hacer de la enfermera 5 ítems (16-17-18-20-42) Proactividad 5 ítems (21-22-24-34-39) Empatía 5 ítems (25-26-27-28-41-49) Priorizar al ser de cuidado 6 ítems (29-32-33-35-36-50) Disponibilidad para la atención 6 ítems (19-23-31-37-38-40).</p>	<p>El instrumento debe ser reducido y plantearse algunas opciones de evaluación en negativo. Instrumento que continúa con proceso evaluación psicométrica.</p>
<p>PCHE Clinicoountry 3ª versión</p>	<p>Para evaluar opiniones y actitudes de una persona respecto a calidad de atención brindada.</p>	<p>Opción de medición con escala tipo Likert de 1 nunca a 4 siempre. Categoría Cualidades del hacer de enfermería. 7 ítems (1-2-6-7-8-15-17) Categoría apertura a la comunicación enfermera(O)-paciente. 8 ítems (4-5-9-10-11-12-14-19) Categoría Disposición para la atención. Ítems (3-13-16-18-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32).</p>

<p>Medir por importancia clasificada de las percepciones que tiene las enfermeras y los pacientes acerca de los 50 comportamientos de cuidados de la enfermería.</p> <p>CARE-0</p>	<p>-Calificación CARE-0: Alta 4,41 a 7; Media 3,5 a 4,4; baja: menor a 3,5. 50 ítems que evalúa: Accesibilidad 6 ítems (1-6) Explicar y facilitar 6 ítems (7-12) Confortar 9 ítems (13-21) Anticiparse 11 ítems (22-32) Mantener relación de confianza 10 ítems (33-42) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (43-50).</p> <p>El instrumento original contiene 6 opciones de evaluación, para este se eliminó la opción 4 y 5 (son considerados no adecuados para aplicar en hospitalización domiciliaria). Total, de ítems 51: Accesibilidad 6 ítems (1-6) eliminado 4 y 5. Explicar y facilitar 6 ítems (7-12) Confortar 9 ítems (13-21) Anticiparse 11 ítems (22-32) eliminado 22 Mantener relación de confianza 10 ítems (33-42) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (43-50) Educa. Adicional. 4 ítems (52-55).</p> <p>Alpha de Cronbach entre 0,48 a 0,69 en categorías: Accesible, Explica fácilmente, Se anticipa. Mantiene relación de confianza, Educa (categoría nueva).</p>	<p>A la validación en Colombia se sugiere la exclusión de los ítems: 2, 8, 29 y 39 para aumentar el Alpha de Cronbach del instrumento a 0,881, quedando conformada por 46 ítems.</p>
<p>Medir por importancia clasificada las percepciones de los 51 comportamientos por una observadora externa a los servicios de hospitalización domiciliaria. 0 Evaluar el cumplimiento de comportamientos de cuidado.</p> <p>CARE-0 46 ajustado</p>	<p>6 subescalas las cuales contienen en total 46 ítems Escala análoga de cinco puntos: 1 Nunca a 5 Siempre. Accesibilidad 5 ítems (1-5) Explicar y facilitar 5 ítems (6-10) Confortar 9 ítems (11-19) Anticiparse 10 ítems (20-29) Mantener relación de confianza 9 ítems (30-38) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (39-46) Puntos de corte para evaluación del Nivel de satisfacción global: Puntaje mínimo = 46 puntos Puntaje máximo = 184 puntos Puntaje de corte calificación Bajo = 46 a 91 puntos Puntaje de corte calificación Regular = 92 - 138 puntos Puntaje de corte calificación Alto = 139-184 puntos.</p>	<p>Medir por importancia clasificada las percepciones que tienen los pacientes</p> <p>CARE-0 46 ítems</p>

	<p>Puntos de corte por Categoría. Se clasifica según el número de ítems dados, multiplicados por el valor máximo de la escala siempre y serán los valores máximos y multiplicados por 1 serán los de la escala nunca y resultaran los valores mínimos por la categoría a la que pertenecen, una vez establecidos estos valores se divide entre dos el valor máximo para determinar el nivel medio.</p>	
<p>Satisfacción del usuario de pediatría</p>	<p>4 dimensiones Dimensión humana 5 ítems Dimensión oportuna 4 ítems Dimensión continua 3 ítems Dimensión segura 4 ítems</p>	<p>44 ítems Escala Likert 1 muy insatisfecho-5 muy satisfecho Dimensiones D1 Instalaciones y organización del servicio: 12 ítems D2 Atención y cuidado de enfermería: 5 ítems D3 Atención psicológica y asuntos administrativos: 5 ítems D4 Contacto y personal de trabajo social 6 ítems D5 Atención y cuidado médico: 4 ítems D6 Atención y cuidado nutricional: 3 ítems D7 Insumos y medicamentos y calidad: 3 ítems D8 Características del proceso de admisión: 3 ítems D9 Atención y cuidado por jefe de enfermería: 3 ítems.</p>
<p>ESUR-HD</p>	<p>Mide la satisfacción del usuario de pediatría- cuidadores.</p>	<p>Evalúa la satisfacción con los servicios ofrecidos en la unidad de hemodiálisis para pacientes con enfermedad renal crónica.</p>
<p>GCPC-UN-ESU</p>	<p>Identificar el nivel de satisfacción con el cuidado de la salud en personas con ECNT.</p>	<p>Contiene 19 ítems con escala de 3 opciones de respuesta excepto para fidelización con 5 opciones. 4 dimensiones: -Satisfacción con los cuidados 6 ítems. -Satisfacción con la educación en salud 5 ítems. -Satisfacción con la calidad en el servicio prestado 5 ítems. - Nivel de fidelización con el servicio 3 ítems.</p>

Fuente. Autores

Criterios psicométricos de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia

La Tabla 8 presenta de manera resumida el análisis psicométrico que fue reportado por los productos académicos, recuperado y aplicado a los instrumentos de medición. Los parámetros reportados fueron: Validez de contenido, validez de constructo, el análisis factorial, la reproducibilidad y la consistencia interna. En el análisis psicométrico aplicado a los 12 instrumentos de medición, se encuentra que, el instrumento SERVQHOS-E, goza de mayor desarrollo investigativo por su validez de contenido, constructo, análisis factorial y consistencia interna; todos estos parámetros, al ser evaluados, muestran la utilidad y confiabilidad de este instrumento en el contexto colombiano.

El único instrumento que reporta propiedades psicométricas de reproducibilidad es el CUCACE; no obstante, los autores recomiendan futuras investigaciones para evaluar la reproducibilidad en diferentes periodos de tiempo; con relación a otras propiedades psicométricas, este instrumento goza de valores válidos y confiables para su uso en Colombia.

El instrumento CARE-Q, siendo el de mayor aplicación en el contexto colombiano, no goza de un desarrollo psicométrico, aspecto similar al desarrollado por el SERVQHOS-E o el CUCACE, que tiene un parámetro de consistencia interna y es el mejor explorado por las investigaciones colombianas.

El instrumento CARE-Q, ajustado, es una versión en la que se incluye la categoría "educa"; pero, los dos estudios desarrollados, distan del proceso metodológico de recolección de datos, ya que, uno, se realiza mediante la observación y otro, a través del auto diligenciamiento del instrumento, lo cual puede influir en los resultados de la confiabilidad del instrumento con valores Alpha de Cronbach de 0,70 y 0,90 respectivamente.

El PCHE Clinicountry 3ª versión, es otro instrumento que ha tenido un buen desarrollo psicométrico al explorar los parámetros de validez de contenido, consistencia interna y análisis factorial.

El desarrollo psicométrico de otras escalas como GCPC-UN-CSU y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría, es escaso y puede estar relacionado a la especificidad en su objetivo de medición y, por lo tanto, poco usada en el contexto colombiano.

Tabla 8. Objetivo de medición, estructura y debilidades reportadas de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia

Instrumento	Validez de contenido	Validez de constructo	Validez de constructo: Análisis factorial	Reproducibilidad	confiabilidad Consistencia interna
SERVQHOS-E	IVC 84%	KMO 0,965 Prueba de esfericidad de Bartlett Chi2 4895.4 gl 120 Sig. 0,00	Se obtuvo un factor que explica el 64% de la varianza. ESCALA UNIDIMENSIONAL	SDCC	Alpha de Cronbach Factor uno 0,80 Factor dos 0,96 Escala total 0,96 Alfa de Cronbach 0,94 Alfa de Cronbach 0,96
CUCACE	Nivel de aceptabilidad del ítem Experiencia: 0,8 Satisfacción 0,8	SDCC	SDCC	Delta: Dimensión experiencia 0,28 IC 95% (0.24 - 0.32) Dimensión satisfacción 2.02 IC 95% (0.19 - 0.21) Criterios de Landis y Koch -Dimensión Experiencia: Mediana 4 ítems Moderada 12 ítems Sustancial 10 ítems -Dimensión satisfacción Sustancial 14 ítems Casi perfecta 5 ítems. Coeficiente de correlación intraclass: Experiencia: 0,62 (sustancial) IC 95% (0.50 -0.71) Satisfacción: 0,87(casi perfecta) IC 95% (0.83 - 0.90)	Alpha de Cronbach: Dimensión experiencia 0,914 Dimensión satisfacción 0,982 Escala total 0,967 Dimensión experiencia 0,904 Dimensión satisfacción 0,980 Alpha de Cronbach Escala total 0,930 Alpha de Cronbach Dimensión experiencia 0,831 Dimensión satisfacción 0,95
EVACALEN	Mencionado, pero no hay dato	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,848

PNSC00.	CVR 0,94	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,94
PCHE	Índice de aceptabilidad Pacientes 0,94 Expertos 0,78 IVC General 0,8	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC
PCHE Clinicountry 3ª versión	Índice de aceptabilidad 0,92. IVC 0,98 IVC 0,98 Validez facial 0,92	SDCC	KMO 0,956 Esfericidad de Bartlett 0,0 (análisis factorial factible) se hace la rotación y se encuentra tres factores	SDCC	Alpha de Cronbach 0,96
CARE-0	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,90 Dimensión: Accesibilidad 0,66 y monitoreo y seguimiento 0,65
CARE-0 ajustado	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,70 0,903
CARE-0 46 ítems	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,868 0,96
Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,81
ESUR-HD	SDCC	SDCC	Exploratorio: número de factores para el análisis 9 dominios. Confirmatorio: 9 dominios	Coefficiente de correlación 0.85	Alpha de Cronbach 0,96
GCPC-UN-CSU	Índice de concordancia Kappa de Fleiss en suficiencia 0,82; coherencia 0,83; relevancia 0,89. Razón de validez de contenido modificada (CVR) entre 0,83 y 1. índice de validez de contenido (ICV) 0,96	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC

Fuente. Autores. IVC Índice de Validez de Contenido; CVR Razón de Validez de Contenido; KMO Kaiser Meyer Olkin; IC Intervalo de Confianza; SDCC Sin Dato para el Contexto Colombiano

A través de la medición de las propiedades psicométricas y la evidencia de validez, se facilita una búsqueda rápida con las evaluaciones respectivas, que indican los valores de validez, confiabilidad y sensibilidad que posean los instrumentos seleccionados.

En la exploración de los ámbitos de aplicación de los instrumentos, se encuentra que, en su totalidad, se ha desarrollado en ambientes hospitalarios; ya sea servicios de urgencias, unidades de cuidado intensivo, oncología, hospitalización domiciliaria, medicina interna, servicio de quirúrgicas, pediatría o unidades de hemodiálisis.

A excepción de los instrumentos que han sido aplicados en una sola ocasión en el contexto colombiano, es difícil la comparación de los resultados obtenidos frente a la aplicación de los instrumentos; lo anterior, relacionado con la forma en la que los autores realizan recategorizaciones de los resultados, así, en casos en los que se obtienen resultados con valores de medias con sus respectivas desviaciones, otros deciden transformar a porcentajes las puntuaciones obtenidas o incluso, cuando los resultados tienen más de dos opciones de respuesta, algunos las reportan según lo indicado, por las directrices del instrumento y, otros autores las transforman en variables dicotómicas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede indicar que:

Con la aplicación del SERVQHOS-E, se valoran aspectos tangibles e intangibles del cuidado de enfermería, siendo al parecer, la amabilidad un aspecto intangible/calidad subjetiva, que coincide como mejor valorado, a la medición de los aspectos Tangibles/Calidad objetiva la presentación personal coincide como los mejores evaluados en la mayoría de los estudios.

Con el uso del instrumento CUCACE, se analizan las dimensiones Satisfacción y Experiencia. Para la primera, la media oscila entre 72,41 (DE 16,31) a 80,4 (DE 20,4) y no hay un ítem coincidente en los estudios recuperados que concuerde como el de menor valoración. En la valoración de la dimensión Experiencia, se reportan medias entre 66,15 (DE 5,54) a 83,2 (DE 1,46) y el ítem con mayor debilidad en esta dimensión es, "Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar con ellos".

La versión ajustada del CARE-Q, que contiene la dimensión “educa”, de las dos investigaciones realizadas, sus resultados distan mucho entre sí, por cada dimensión, siendo la realizada por Molina Cardon (2011), en un ambiente de hospitalización domiciliaria, la que tiene los valores más bajos de satisfacción.

Discusión

Este estudio realiza una búsqueda de los instrumentos validados o utilizados en Colombia para la medición de la calidad de la atención de Enfermería, con el fin de obtener toda la información relacionada con las diferentes mediciones de este concepto y la aplicación en el país.

El más utilizado en el contexto colombiano es el CARE-Q (Cuestionario Corto de Evaluación de la Satisfacción del Usuario acerca del cuidado de Enfermería), en sus 3 modificaciones: Versión inicial, la de 51 ítems y la de 46 ítems, que juntas, alcanzan 12 estudios, en orden de aplicación, sigue SERVQHOS-E (Calidad Percibida de la Atención Hospitalaria Brindada por Enfermería), con 6 estudios de investigación desarrollados, seguido del CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería) y el PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería), Versión inicial y 3ª Versión los cuales se consideran según la evaluación descrita, por las mismas investigaciones y comparadas con los otros 9 instrumentos, como los de mayor estabilidad estadística.

Instrumentos como el EVACALEN (Evaluación de la Calidad de los Cuidados de Enfermería) y el PSNCQQ (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire), han tenido poca aplicación en el contexto colombiano, situación similar con las escalas ESUR-HD (Escala para la Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Servicio de Hemodiálisis), GCPC-UN-ESU (Encuesta de satisfacción con el Cuidado de Personas con Enfermedad Crónica) y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría, que se aluden en este estudio por tener aspectos relacionados con la medición de la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería; cabe mencionar, que, su aplicabilidad se considera baja, por la especificidad del sitio de aplicación.

Los estudios que tuvieron validación psicométrica fueron CARE-Q, CUCACE, ESUR-HD, GCPC-UN-ESU, PCHE, PCHE Clinicountry 3ª versión, SERVQHOS-E, siendo necesario repensar la necesidad de aplicar estas mediciones a todo instrumento antes de ser empleado.

En cuanto a aplicabilidad y con mayor estabilidad, se encuentran el SERVQHOS-E con 4 estudios, CARE-Q sin modificaciones 5 estudios, CARE Q DE 51 Ítems ajustado 2 estudios, CARE-Q de 46 ítems 4 estudios.

El instrumento PSNCQQ 1, es uno de los más utilizados actualmente en el mundo, por su creciente uso y estabilidad de los resultados (Köberich & Farin, 2015), situación que no se presenta en Colombia, con su bajo uso en este contexto.

Frente a las comparaciones de estudios internacionales de revisión sistemáticas, al realizar la búsqueda de los instrumentos de medición de la calidad de atención de enfermería, se enuncian los siguientes instrumentos: Escala de atención individualizada; cuestionario de atención centrado en el paciente; escala de percepción de la calidad de la atención de enfermería de pacientes oncológicos y la escala SMOLINER (Köberich & Farin, 2015).

La tendencia de las investigaciones en Colombia durante los últimos 20 años, son muy lineales, tanto para publicaciones encontradas en la literatura gris, como los correspondientes a las publicaciones en revistas indexadas; el año que presentó un máximo número de publicaciones, fue en el 2011, con un total de cinco documentos, tres publicados y dos son literatura gris; para el año 2016, hubo un leve repunte en el número de las investigaciones realizadas, con un total de cuatro, de las cuales tres son de revistas indexadas y una de literatura gris; a pesar de ello, se observa una caída en los años posteriores y, durante el año 2021, se reportó un estudio en literatura gris.

Comparado con Latinoamérica, Colombia es el país con mayor producción acerca del tema, ya que, produjo el 83% de los estudios tomados en la revisión, lo cual se considera como un resultado positivo desde

el punto de vista investigativo, así como buen desarrollo de evaluaciones basadas en diferentes teorías de enfermería y modelos de atención en salud.

Finalmente, realizar mediciones con los instrumentos enunciados en esta investigación, desde la certeza en la información acerca de la validez y confiabilidad de cada uno de estos, permite dar una continuidad a la línea investigativa, para tomar decisiones fundadas en estos estudios referidos y ser aplicados en el contexto colombiano.

Limitaciones

Durante el desarrollo de la investigación, se presentaron diversas dudas frente a la medición de la evolución del concepto, ante la inexistencia de instrumentos para la medición en otros campos de la Enfermería distintos al asistencial intrahospitalario, como en campos de acción de la salud pública o desempeños administrativos.

Referencias

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Internet]. Vol. 44, *Milbank Quarterly*. 1996 [citado 31 de mayo de 2019]. p. 166-203. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
2. Donabedian A. Quality Assessment and monitoring: Retrospect and prospect. *Eval & The Heal Prof* [Internet]. 1983;6(3):363-375. Disponible en: doi:
3. Berkowitz B. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *OJIN Online J issues Nurs* [Internet]. 2016 [citado 31 de mayo de 2019];21(1):Manuscript 1. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No1-Jan-2016/The-Patient-Experience-and-Patient-Satisfaction.html>
4. Ariza, C; Daza R. Sobre Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel en Bogotá. *Actual en Enfermería*. 2005;8(3):8-14.
5. Salcedo-Álvarez, RA; Zárate-Grajales, RA; Zarza-Arizmendi, MD; Reyes-Audiffred, V; Rubio-Domínguez, S; Fajardo-Ortiz G. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Rev Mex Enfermería Cardiológica*. 2007;15(1):19-23.
6. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49:41-50.
7. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retail*. 1991;67(4):420-450.

8. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 31 de mayo de 2019];83(4):691-729. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
9. Manrique-Abril FG. Validación del instrumento SERVQUAL para la medición de la calidad percibida en instituciones de salud en Boyacá. *Tunja Esc Super Adm Publica*. 1998;
10. Abdellah F, Levine. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nurs Res*. 1997;5:100-108.
11. McDaniel C, Nash JG. Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *QRB Qual Rev Bull*. 1990;16 (5):182-8.
12. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;
13. Manrique-Abril FG, Maciá-Soler ML, Herrera-Amaya GM, Cifuentes-Rodríguez JE, González-Chorda VM. Cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE): Validez y fiabilidad en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2021;23 (4):1-6.
14. Cifuentes Rodríguez JE, Díaz Álvarez JC, González-Chorda VM, Herrera-Amaya GM, Macia-Soler ML, Manrique-Abril FG, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de percepción y satisfacción con el cuidado de enfermería (CUCACE) en Colombia. En: Chaparro L, editor. *Avances de investigación en la Facultad de Enfermería*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2021. p. 152.
15. Barragán Becerra JA, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av en Enfermería*. 2010;28 (2):48-61.


16. Cepeda Sanabria A. Validez y confiabilidad de PSNCQQ Cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la calidad del cuidado de enfermería [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20137>
17. Reina Gamba N, Vargas Rosero E. Validez de contenido y validez facial del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado. *Av enfermería* [Internet]. 2008;26:71-79. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12900>
18. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):662-669.
19. Whittmore R, Chao A, Jang M, Minges K. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2014;43(5):453-461.
20. Whittmore R, Knaf L. Background: The knowledge explosion in health care coupled with recent evidence. *Nurs Res*. 2005;54(1):56-62.
21. Monica E, Oberst M, Madea A, Wolf R. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health*. 9(1):43-50.
22. Arnau L, Roca J. La revisión de la literatura científica: Pautas, procedimientos y criterios de calidad. En: *Universitat Autònoma de Barcelona* [Internet]. 2020. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie_a2020.pdf
23. Salazar González A. Factores sociodemográficos relacionados a la calidad del cuidado enfermero y la satisfacción del usuario hospitalizado en la empresa social del estado departamental san Francisco de Asís [Internet]. [Qibdo, Colombia]: Universidad Peruana Unión; 2016. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1492>

24. Barragán Becerra JA., Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2013;31(2):187-193. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/11021>
25. Barragán Becerra JA., Moreno Mojica CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013;29:217-231. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011
26. Borre Ortiz Y. Calidad Percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2014;3:81-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532014000300008&script=sci_arttext
27. Borré Ortiz YL., González Ruiz G. Utilidad de cuestionario SERVQHOS-E para medir la calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública* [Internet]. 2014;5:127-136. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974879>
28. Torres-Contreras C, Buitrago-Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid*. 2011;2(1):138-48.
29. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av en Enfermería*. 2010;28(2):98-110.
30. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. The Quality of Nursing Care as Perceived by Hospitalized Patients. *Aquichan*. 2015;15(3):413-25.
31. Torres Contreras CC, Páez Esteban AN, Rincón Sepúlveda L, Rosas Baez D, Mendoza Moreno EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1338-44.

32. Ramírez Perdomo C, Perdomo Romero A, Galán González E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidado intensivos [Internet]. Vol. 31. 2013. p. 42-51. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/d6c99bdb4580ff455b-b2e50cf70aac82/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>
33. Gonzales-Hernández O. Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3a Versión. AQUICHAN. 2015;13(3):381-392.
34. Monsalve Martínez C, Herrera Ríos L, Suárez Urieles R. Prueba piloto de la percepción de la calidad en el cuidado de enfermería por parte de los pacientes del servicio de hospitalización [Internet]. [Bucaramanga]: Tesis Universidad Santander UDES; 2018. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/710>
35. Ramírez Perdomo C, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av en enfermería [Internet]. 2011;29(1):97-108. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
36. Cruz T, Fontalvo Hernández H. Satisfacción de la atención de enfermería percibida por el usuario de medicina interna en una institución de la red pública y privada Santa Marta, 2009 [Internet]. [Santa Marta]: Universidad del Magdalena, 2009. Disponible en: <http://repositorio.unimagdalena.edu.co/jspui/handle/123456789/593>
37. Morales González C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana. 2009. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9784>

38. Mesa Estrada H, Orellano Ruiz Y, Varela Polo A, Chona Agudelo M. Satisfacción de los pacientes postquirúrgicos frente al cuidado de enfermería Hospitales Niño Jesús, ESE Cari Alta complejidad y Universidad del Norte Barranquilla. [Internet]. [Barranquilla]: Universidad del Norte; 2010. Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/5251#page=1>
39. Rojas Martínez W, Barajas Lizarazo M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2012;9(1):13-23. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/448>
40. Sepúlveda G, Rojas L, Cárdenas O, Guevara E, Castro A. Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. Rev Colomb Enfermería [Internet]. 2009;4:8-25. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/re>
41. Orozco Medina D, Franco Vera Y. Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en Fundación Hospital San José de Buga [Internet]. [Tulua]: Unidad Central del Valle del Cauca; 2019. Disponible en: <http://dspace.uceva.edu.co:8080/handle/123456789/1069>





Revisión narrativa intervención parental en la
enseñanza de hábitos saludables en los niños (as):
aspectos a tener en cuenta

Jhoanna Carolina Núñez Narváez

Introducción

La incidencia tanto en morbilidad como en mortalidad prematuras, en su gran mayoría prevenibles, causadas por la pandemia de la enfermedad crónica no transmisible (ECNT), ha llevado a que en todo el mundo se conciben diversas estrategias para poder hacerle frente, enfocadas principalmente en evitar su presentación mediante las medidas sobre los factores de riesgo intervenibles (1,2).

Los entornos preescolar y escolar han sido de los más intervenidos bajo la premisa de que es en esta edad donde los niños generan prácticas y comportamientos en sus hábitos que se pueden mantener a lo largo de la vida (3-12). Y a su vez, la suma durante años de los factores de riesgo dependientes de esos hábitos, pueden llevar a la presentación de la ECNT siendo sus consecuencias, en la mayoría de veces reflejadas hasta la edad adulta, pero que de manera preocupante se están dando cada vez a más temprana edad, manifestándose sobre todo en diabetes mellitus tipo 2 (DM II), estigma y depresión, asociadas principalmente a la obesidad infantil (13). El atlas de obesidad infantil estima que los niños de 5 a 19 años que viven con esta condición a nivel mundial, pasará a ser de 158 millones en 2020 a 254 millones para el 2030 (14).

En la adquisición de los comportamientos que se presentan como factor de riesgo para ECNT, se encuentran los padres de los niños como activos protagonistas, principalmente desde la toma de decisiones en el cuidado diario en actividades como la alimentación y la actividad física, hasta en el propio ejercicio de estos comportamientos en ellos mismos (11,15-20). Sin desconocer, que sobre ellos recae la influencia de factores socioeconómicos, culturales y emocionales determinados por el entorno en el que conviven.

Al plantear cuál sería el mejor abordaje al intervenir a los padres, con el objetivo de que logren en los niños bajo su cuidado comportamientos protectores para evitar la ECNT, desde la alimentación y la actividad física. Surge la necesidad de evaluar en la literatura científica los aspectos relevantes a tener en cuenta antes de realizar dichas intervenciones, de manera que se tengan suficientes herramientas para llegar al éxito en ellas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa, en la que se incluyó literatura publicada durante los años 2011 a 2020, en idioma español, inglés y portugués, tanto estudios cualitativos como cuantitativos. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Science Direct, SCOPUS y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), teniendo como ecuación de búsqueda: Teaching and habits and prevent and children and parents, y sus equivalentes en español. Se excluyeron los artículos repetidos, los que no contuvieran los descriptores establecidos o relación directa con ellos, y los que no tuvieran en cuenta intervenciones con involucración parental dirigidas a crear hábitos de alimentación y actividad física en los niños. Se incluyó intencionalmente un estudio hallado en la búsqueda, que brinda recomendaciones sobre la mejor herramienta de psicología educativa para enseñar comportamientos saludables a los niños, aunque no tuvo intervención parental, es relevante para la presente revisión. Cabe anotar que, se tomaron los términos padres, relación parental y cuidadores, para referirse tanto al padre como a la madre de los niños. De igual manera, se emplea la palabra niños o niño, la cual incluye tanto a niños como a niñas.

Tabla 1. Resultados del número de artículos según la ecuación de búsqueda y base de datos consultada

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Filtro	Pertinentes por título	Pertinentes por resumen	Seleccionados
Pubmed		34	Año: 2011-2020 Acceso libre	24	11	7
Science Direct	Teaching and habits and prevent and children and parents	244	Año: 2011-2020 Acceso libre	20	11	4
SCOPUS		392	Año: 2011-2020 Acceso libre	103	19	17
Biblioteca Virtual en Salud		27	Año: 2011-2020 Acceso libre	16	10	4

Fuente. Autora

Se realizó una primera selección de acuerdo a la pertinencia del título en los artículos encontrados según la ecuación de búsqueda. A estos, se les hizo una segunda revisión, partiendo del *abstract*, examinando que fueran pertinentes al objetivo de la revisión, para luego seleccionar los artículos que finalmente serían incluidos. Para la clasificación de la información relevante de cada artículo, se empleó una matriz creada por la autora, en la que se tuvo en cuenta: Tipo de estudio; características de las intervenciones empleadas o evaluadas; resultados de las intervenciones o principales hallazgos; recomendaciones para próximas intervenciones y las teorías aplicadas en las intervenciones. En total, se seleccionaron 32 estudios, de los cuales 12 son estudios cualitativos, 19 cuantitativos y 1 mixto. En la Tabla 2 están las referencias de los estudios incluidos, el indicador que se les asignó y las generalidades sobre su metodología.

Tabla 2. *Indicadores y tipos de estudios identificados*

Indicador asignado al estudio	Referencia	Tipo de estudio
1	Lindsay, A. C., Wallington, S. F., Lees, F. D., & Greaney, M. L. (2018). Exploring how the home environment influences eating and physical activity habits of low-income, Latino children of predominantly immigrant families: a qualitative study. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 15(5), 978.	Estudio Cualitativo Grupos focales.
2	Elinder, L. S., Patterson, E., Nyberg, G., & Norman, Å. (2018). A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting-study protocol for a parallel group cluster randomised trial. <i>BMC public health</i> , 18(1), 459.	Ensayo paralelo aleatorizado por conglomerados con grupo de control.
3	Matwiejczyk, L., Mehta, K., Scott, J., Tonkin, E., & Coveney, J. (2018). Characteristics of effective interventions promoting healthy eating for pre-schoolers in childcare settings: an umbrella review. <i>Nutrients</i> , 10(3), 293.	Revisión sistemática de Revisiones sistemáticas.
4	Vilchis, J., Klünder, M., Duque, X., & Flores-Huerta, S. (2016). Decreased body mass index in schoolchildren after yearlong information sessions with parents reinforced with web and mobile phone resources: community trial. <i>Journal of medical Internet research</i> , 18(6), e174.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control, grupo de intervención.
5	Oli, N., Vaidya, A., Subedi, M., Eiben, G., & Krettek, A. (2015). Diet and physical activity for children's health: a qualitative study of Nepalese mothers' perceptions. <i>BMJ open</i> , 5(9).	Estudio cualitativo. Grupos focales.
6	Céspedes, J., Briceño, G., Farkouh, M. E., Vedanthan, R., Baxter, J., Leal, M., ... & Fuster, V. (2013). Promotion of cardiovascular health in preschool children: 36-month cohort follow-up. <i>The American journal of medicine</i> , 126(12), 1122-1126.	Ensayo de seguimiento de cohorte.
7	Santos ZM, Caetano JA, Moreira FG. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. <i>Cien Saude Colet</i> . 2011;16(11):4385-4394. doi:10.1590/s1413-81232011001200011	Estudio intervención pre test y post test. Entrevistas. Categorías por análisis de contenido.

8	Maziah M., Saemah R., & Nooraziah J. (2015). Child-friendly Approches: Choosing the Best Educational Psychology Tool to Teach Healthy Behaviour for kids. <i>Procedia-Social and Behavioral Sciences</i> , 191, 435-441.	Cuali/cuantitativo. Estudio diseño modelo ADDIE. Entrevistas, discusión grupo focal, análisis de documentos.
9	Reyes H, González M A, Jiménez A, & Uribe R. (2016). Effect of an intervention based on child-care centers to reduce risk behaviors for obesity in preschool children. <i>Boletín Médico Del Hospital Infantil de México (English Edition)</i> , 73(2), 75-83.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control.
10	Bahia L, Schaan CW, Sparrenberger K, Abreu G D A, Barufaldi L.A, Coutinho W, & Schaan BD (2019). Visão geral das meta-análises sobre prevenção e tratamento da obesidade infantil. <i>Jornal de Pediatria</i> , 95(4), 385-400.	Revisión sistemática de Revisiones sistemáticas y meta análisis.
11	Van Stappen, V., Latomme, J., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Lateva, M., Chakarova, N., & Miguel-Etayo, D. (2018). Barriers from multiple perspectives towards physical activity, sedentary behaviour, physical activity and dietary habits when living in low socio-economic areas in Europe. The feel4Diabetes study. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 15 (12), 2840.	Estudio cualitativo. Categorías por análisis temático.
12	Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. <i>British journal of health psychology</i> , 23(3), 701-722.	Revisión sistemática de Estudios Cualitativos.
13	Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockroft, J. E., & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2-5 years. <i>Appetite</i> , 127, 138-154.	Revisión sistemática de revisiones sistemáticas y meta análisis.
14	Otterbach, L., Mena, N. Z., Greene, G., Redding, C. A., De Groot, A., & Tovar, A. (2018). Community-based childhood obesity prevention intervention for parents improves health behaviors and food parenting practices among Hispanic, low-income parents. <i>BMC obesity</i> , 5(1), 11.	Estudio intervención pre-test y post-test.
15	Murimi, M. W., Moyeda A. F., Nguyen, B., Saha, S., Amin, R., & Njike, V. (2018). Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. <i>Nutrition reviews</i> , 76(8), 553-580	Revisión sistemática de Estudios de intervención.

16	De Villiers, A., Steyn, N. P., Draper, C. E., Hill, J., Gwebushe, N., Lambert, E. V., & Lombard, C. (2016). Primary school children's nutrition knowledge, self-efficacy, and behavior, after a three-year healthy lifestyle intervention (HealthKick). <i>Ethnicity & disease, 26</i> (2), 171.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control.
17	Rose, A. M., Wagner, A. K., Kennel, J. A., Miller, C. K., Holloman, C., Pennywitt, J., ... & Gunther, C. W. (2014). Determining the feasibility and acceptability of a Nutrition Education and Cooking Program for preschoolers and their families delivered over the dinner hour in a low-income day care setting. <i>ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, 6</i> (3), 144-151.	Estudio cuasi experimental de 2 grupos.
18	Nsiah-Kumi, P. A., Kang, L. Y., & Parker, J. R. (2012). Let's move our next generation of patients toward healthy behaviors. <i>Journal of multidisciplinary healthcare, 5</i> , 115.	Artículo de revisión.
19	Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., & Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. <i>International journal of behavioral nutrition and physical activity, 8</i> (1), 98.	Revisión sistemática de Meta análisis.
20	Ruiter, E. L., Fransen, G. A., Molleman, G. R., Hoeijmakers, M. J., van der Velden, K., & Engels, R. C. (2019). Everyday life situations in which mothers experience difficulty stimulating healthy energy balance-related behavior in their school-age children: a focus group study. <i>BMC public health, 19</i> (1), 1-12.	Estudio Cualitativo: Grupos focales.
21	González, M L, Sifuentes, CNE, & Muro, M D. (2019). Parental feeding practices and their relation to child eating behavior: Problems for explanation. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios, 9</i> (1), 129-142.	Artículo de revisión selectiva y no exhaustiva.
22	Eck KM, Dinesen A, Garcia E, Delaney CL, Famodu OA, Olfert MD, et al. (2018). "Your Body Feels Better When You Drink Water": Parent and School-Age Children's Sugar-Sweetened Beverage Cognitions. <i>Nutrients 10</i> (9):1232. Available from: http://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1232	Estudio Cualitativo. Grupos focales.
23	Eck KM, Delaney CL, Leary MP, Famodou OA, Olfert MD, Shelnuttt KP, et al. (2018). "My Tummy Tells Me" Cognitions, Barriers and Supports of Parents and School-Age Children for Appropriate Portion Sizes. <i>Nutrients 10</i> (8):1040. Available from: http://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1040	Estudio Cualitativo . Grupo focal.

24	Goldthorpe J, Ali N, Calam R. Providing healthy diets for young children: the experience of parents in a UK inner city. (2018). <i>Int J Qual Stud Health Well-being</i> 13(1):1490623. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1490623	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas.
25	Jarvis JW, Harrington DW, Manson H. Exploring parent-reported barriers to supporting their child's health behaviors: A cross-sectional study. (2017). <i>Int J Behav Nutr Phys Act.</i> 14(1):1-10.	Estudio descriptivo transversal.
26	Lovell JL. How parents process child health and nutrition information: A grounded theory model. (2016). <i>Appetite</i> 97:138-45. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.024	Estudio cualitativo. Teoría fundamentada.
27	Heerman WJ, Cole J, Teeters L, Lane T, Burgess LE, Escarfuller J, et al. Qualitative analysis of COACH: A community-based behavioral intervention to reduce obesity health disparities within a marginalized community. <i>Contemp Clin Trials Commun.</i> 2019 Dec 1;16:100452	Estudio Cualitativo. Grupo focal.
28	Norman Å, Nyberg G, Berlin A. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. (2019). <i>PLoS One</i> 14(11):e0224512.	Estudio cualitativo. Grupos focales.
29	Nazar G, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, et al. Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. (2020). <i>Rev Chil Nutr</i> 47(4):669-76. Available from: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669	Revisión narrativa.
30	Romanos CM, Álvarez G, Hurtado JG, Ibarra ÉN y Domínguez MT. Parental practices of feeding and physical activity, and their association with excess weight in children aged 6 to 10 years. (2020). <i>Acta Pediatr Mex</i> ;41(1):11-20.	Estudio transversal muestra probabilística.
31	Norman, Åsa, et al. "One size does not fit all—qualitative process evaluation of the Healthy School Start parental support programme to prevent overweight and obesity among children in disadvantaged areas in Sweden. (2015). <i>BMC Public Health</i> 16.1 : 1-11.	Estudio cualitativo. Grupos focales.
32	Reilly KC, Briatico D, Irwin JD, Tucker P, Pearson ES, Burke SM. Participants' Perceptions of "C.H.A.M.P. Families": A Parent-Focused Intervention Targeting Paediatric Overweight and Obesity. (2019). <i>Int J Environ Res Public Health</i> ;16(12):2171. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2171	Estudio cualitativo. Grupos Focales.

Fuente. Autora

Resultados

A continuación, la Tabla 3 presenta los hallazgos en los estudios seleccionados para la revisión, y en los casos de intervenciones, los resultados de las mismas. Por su parte, en la Tabla 4, están incluidas las recomendaciones que hacen los autores acerca de los principales aspectos a tener en cuenta en el planteamiento de las intervenciones con el objetivo de incidir en comportamientos saludables en los niños, dados a partir de las experiencias más exitosas referentes a los resultados encontrados.

Tabla 3. Principales hallazgos de los estudios o de las intervenciones exploradas relevantes para el objetivo de la presente revisión

Resultado de la intervención o hallazgo principal del estudio	Indicador
Familia como entorno y modelo para propiciar hábitos saludables en los niños.	1, 2, 11, 14, 18, 30, 31
Antropometría de los niños mejoró con la involucración de los padres.	3,1
Aumento en la ingesta de frutas y verduras, disminución de grasas saturadas.	3
Mejora conocimiento y actitud tanto de niños como de padres.	6
Las intervenciones efectuadas en niños obesos, mostró mayor reducción del índice de masa corporal (IMC) respecto a los que estaban en sobrepeso o normopeso.	4,6
Baja autoeficacia de los cuidadores impacta sobre los comportamientos saludables.	2, 5
El asesoramiento al adulto en salud, impacta de manera positiva en las conductas de riesgo de los niños.	7
La enseñanza en los niños es más efectiva si las actividades incluyen el juego y la experiencia de aprendizaje significativo.	8
El consumo de frutas y verduras depende en gran medida del acceso a estos alimentos en el hogar, pero, el consumo de bebidas azucaradas depende más de los hábitos de los padres y la disponibilidad.	9
Las intervenciones educativas durante al menos seis meses, mostraron reducción en la circunferencia de la cintura, el IMC y la presión arterial diastólica.	10
La participación de los padres y la reducción del tiempo de televisión, fueron las intervenciones asociadas con los mayores beneficios.	10

Las intervenciones con más probabilidad de éxito para favorecer los estilos de vida saludables y reducir el riesgo de DM II, son las iniciadas entre los 6 a 12 años.	11
Mayor éxito en las intervenciones que integran familia, escuela y comunidad.	11, 16, 17, 31
Brindar información por sí sola no provoca los cambios, deben conjugarse estrategias con técnicas de cambio de comportamiento.	12
Las estrategias dominantes para aumentar el consumo de verduras, encontradas en los estudios incluidos fueron: Intervenciones educativas, exposición repetida al gusto, maridaje, cambio de servicios de alimentos, recompensa explícita, modelado, elección, variedad y presentación visual.	13
Aumento significativo en las subescalas de prácticas de alimentación: Fomento del equilibrio y la variedad ($p=0,01$). Así, como en varios resultados de actividad y dieta de padres e hijos ($p \leq 0,01$).	14
Los estudios que no tuvieron éxito en el logro de sus objetivos fueron los que: No involucraron presencialmente a los padres, tenían objetivos amplios que no eran específicos de un comportamiento. No discriminaron la intervención según la edad de los niños.	15
La autoeficacia se asoció con la planeación del menú de la semana siguiente, la elaboración de comidas saludables y la preparación de comidas por adelantado.	17
El consumo infantil de frutas y verduras aumentó y el de bebidas azucaradas disminuyó. Hubo un aumento en el número de cenas que cada semana las familias preparaban en casa y comían juntas.	17
>2h/d de tiempo de ver televisión: Disminuye el estado físico, la autoestima y el rendimiento académico.	19
"Multitarea sedentaria": exposición a pantallas en simultáneo o a lo largo del día (televisión, celular, computador), tiene efecto dosis/respuesta con respecto al riesgo de obesidad.	19
Se encontraron prácticas alimentarias parentales (PAP) asociadas tanto a conductas alimentarias deseables como indeseables para la salud de los niños.	21
Padres y niños reconocen que limitar las bebidas azucaradas es importante para la salud y el control del peso. Pero, presentan un consumo promedio de $1,85 \pm 2,38$ y $2,13 \pm 2,52$ porciones por semana.	22
Facilitadores para controlar la porción de alimentos ofrecida: Comprar productos en porciones y el uso de recipientes pequeños para servir la comida.	23
Estrategias para limitar el consumo de bebidas azucaradas: No disponibilidad en el hogar, fijar límites al consumo.	22

Estrategias de cambio de comportamiento conseguidas a partir de la intervención: Sustitución de ingredientes en recetas culturalmente adoptadas; evitar ir de compras al supermercado cuando se tiene hambre; implementación de la aceptación y resolución de problemas ante la dificultad en el logro de objetivos.	27
Las intervenciones de prevención de la obesidad, deben apuntar a mejorar las cogniciones sobre el tamaño de las porciones, el manejo de barreras y el uso de facilitadores en familias con niños en edad escolar.	23
Se identificó tendencia en los padres a subestimar el peso corporal en niños con sobrepeso y asociación entre preocupación por el peso, presión para comer y estado nutricional del niño.	29
Se construye un modelo teórico potencial del movimiento de los padres hacia la acción involucrando (a) la cultura y el contexto que influye en los padres, (b) las fuentes de los mensajes sociales y culturales de los padres, (c) los valores y el compromiso de los padres, (d) la motivación de los padres para la acción, (e) las condiciones intermedias que afectan la motivación y la aplicación y (f) acción de los padres a nivel individual y social.	26
La intervención aumentó los comportamientos saludables (p. ej., consumo de frutas/verduras) a pesar de las barreras (p. ej., tiempo, costo, cultura, dinámica familiar).	27
La alimentación restrictiva y el uso de la alimentación para fines instrumentales y controlar emociones, no son prácticas efectivas, posiblemente porque interfieren en la capacidad de autorregulación del niño. Prácticas positivas incluyen monitoreo, modelado de patrones alimentarios saludables y creación de ambientes no obesogénicos.	29
El exceso de peso y el control parental mostraron una asociación negativa.	30

Fuente. *Autora*

Tabla 4. Recomendaciones dadas por las referencias consultadas acerca de aspectos a tener en cuenta a la hora de planear intervenciones dirigidas a los cuidadores enfocadas en implementar alimentación saludable y actividad física en los niños (n= 32)

Recomendación para realizar las intervenciones	Indicador
Planear las intervenciones teniendo en cuenta comportamientos, hábitos y estilos de crianza paternos, con el fin de identificar comportamientos específicos a intervenir.	1, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 21, 24, 29, 30, 31, 32
Incluir en la intervención al entorno familiar inmediato de los niños.	1, 3, 5, 7, 14, 16, 31, 32
Comprender el contexto del niño y el cuidador (socioeconómico, cultural, disponibilidad alimentaria, capacidad para realizar cambios, tiempo disponible dentro de las rutinas diarias, conocimientos sobre preparación de alimentos, entorno comunitario, habilidades) para plantear las intervenciones acorde a las posibilidades y dar alternativas asequibles a ellos.	1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 15, 17, 21, 24, 26, 28, 31
Determinar y contrarrestar las barreras presentes en los padres para realizar cambios de comportamientos.	1, 3, 11, 12, 24, 25, 28, 32
Establecer las prácticas parentales alimentarias ejercidas por los cuidadores, mejorarlas y proponer posibles alternativas a estas.	3, 24, 29
Enfocar las intervenciones en la concientización de los padres en la promoción de la salud y no solo en el control del peso con fines estéticos.	29
Buscar la cooperación entre el hogar y la escuela para implementar las intervenciones.	2, 9, 10, 15, 28, 31
Idear intervenciones de larga duración con seguimientos para evaluar resultados.	3,10,15
Concientizar a los cuidadores (culturalmente las madres ejercen esta función) sobre las implicaciones de la alimentación saludable y realizar actividad física.	5
Reconocer la definición personal/familiar de "salud"	26
Adecuar las estrategias de acuerdo a la edad de los niños: En la primera infancia, centrarlas en torno al juego y al aprendizaje significativo.	8, 15
Implementar estrategias basadas en la evidencia para mejorar la aceptación de los niños hacia los alimentos: * Combinar la exposición al sabor con la recompensa y el ejemplo dado por mayores o pares. * Exponer al niño al sabor de la verdura por sí sola (forma simple) sin otros sabores, salsas o aderezos.	13
Realizar sesiones presenciales no virtuales, con entrega de material escrito.	3,15
Entender las relaciones y las respuestas entre las prácticas parentales alimentarias y las conductas infantiles respecto a la alimentación.	21

Realizar intervenciones multicomponente, donde se impacte en dieta, actividad física y comportamiento sedentario.	3, 6, 10, 15, 16
Enfatizar en los adultos que sus comportamientos impactan en los niños por ser su modelo a seguir.	18, 3
Brindar herramientas a los padres acerca de crianza y gestión de conflictos para sortear las dificultades de la vida diaria en cuanto a adopción de comportamientos saludables.	20
Incluir técnicas de cambio de comportamiento.	12
Iniciar las intervenciones desde temprana edad.	2, 6, 11
Integrar las intervenciones con el currículo escolar dentro de una asignatura ya existente.	3, 6, 9, 16, 17, 28
Buscar estrategias que garanticen la adherencia extraescolar en las intervenciones incluidas en el currículo.	16, 10
Hacer uso de tecnología educativa para la salud como material de apoyo.	7

Fuente. *Autora*

Las intervenciones para combatir la obesidad infantil, tienen mejor efecto cuando se involucra a los padres (4, 7, 8, 10, 11, 20–22), dado que ellos son, para los niños, modelo de conducta en todos los aspectos, especialmente en los nutricionales, debido a su responsabilidad en la decisión de la compra de los alimentos, su método de preparación, en el incentivo o no para estimular el consumo, e incluso con su propio ejemplo, en cuanto a cantidades y preferencias. Murimi et al. (10) encontró en su revisión sistemática, que, el 57% de los estudios evaluados, que en las intervenciones no circunscribieron a los padres, no alcanzaron su objetivo. Y en cambio, aquellas intervenciones iniciadas en entornos escolares que incluyeron en sus estrategias a los padres, lograron mejorar adherencia y su continuidad en ambientes fuera del colegio (7, 21).

El estilo de crianza de los padres es otro factor crucial sobre la generación de hábitos respecto a la salud de los niños (4), dado que los estilos restrictivos y que ejercen presión no se han asociado con dietas de mejor calidad, y por el contrario, sí con mayor IMC en los niños (20). Contrastados con el estilo de crianza democrático, definido este por Baumrind (23), como de alta exigencia por parte de los padres, pero, en equilibrio con una alta capacidad de respuesta, en la que se fomenta la

individualidad del niño, teniendo en cuenta sus solicitudes, brindándole cierto grado de confianza en la toma de decisiones. Revisión sistemática realizada por Sleddens et al. (20), concluyó que, los niños conducidos bajo un estilo democrático de crianza, llevan dietas más saludables, son físicamente más activos y con menor IMC. Otro aspecto reportado por Lindsay et al. (24), acerca de las dinámicas familiares, fue el referente al mantenimiento de rutinas familiares como, cenar en familia, las cuales de ser bien conducidas por los padres generan menor riesgo de obesidad en los niños.

Partiendo desde el aspecto étnico y cultural, estudios mencionan cómo en Estados Unidos, los niños negros no hispanos y los hispanos, presentan mayor probabilidad de obesidad que los niños blancos no hispanos (25); y mayor IMC que niños blancos o latinos de hogares de habla inglesa (24). Además indican cómo las posturas de los padres influyen respecto a los hábitos alimenticios, por ejemplo, las madres nepalesas consideran que la comida hecha en casa es saludable independiente del modo de preparación que usen, y por otra parte, no buscan información acerca de la manera de mejorar sus prácticas culinarias para que sean benéficas para la salud de su familia, solo las ajustan una vez está presente la enfermedad en algún miembro (26). Por otra parte, en Centroamérica, los padres asocian el gran tamaño de la porción de alimentos con buena alimentación (7,27).

La evidencia señala que, las intervenciones llevadas a cabo con el fin de fomentar comportamientos saludables, muestran mayor efecto si son multicomponente; es decir, si se integran todos los actores involucrados en la generación de estas conductas en los niños y no solo a los padres o al entorno educativo por separado (5, 8, 28) y abordando determinantes desde el nivel personal y el entorno (29), lo que garantiza mayor cumplimiento de los objetivos. De igual manera, fueron exitosas las intervenciones en escuelas secundarias, las cuales incluyeron un cambio organizacional o ambiental en la institución en las que fueron impartidas, disminuyendo la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($p < 0.001$), del síndrome metabólico ($p < 0,001$); y aumentando la ingesta de frutas y verduras ($p = 0.04$) (10).

En aquellas intervenciones que fueron iniciadas en el ambiente escolar, se encontró que son más exitosas y duraderas en el tiempo, si son incluidas dentro del currículo escolar y no como intervenciones esporádicas (5, 8) y más aún, si se involucra a los padres en la planeación (30). Pero deben estar centradas en las familias (31), siendo realistas en cuanto a sus necesidades, potencialidades y habilidades, sin dejar atrás los estilos de crianza en el entorno familiar (11, 24, 32).

Respecto a la mejora en el consumo de verduras, las intervenciones más efectivas encontradas mediante revisión sistemática (15), incluyeron estrategias como exponer repetidamente al niño al sabor, entre 8 a 10 veces, combinadas con la recompensa no alimentaria, a través de juguetes o *stickers*; y el modelo de consumo; este último, brindado por padres, compañeros, niños mayores o a través de videos animados. La exposición al sabor de la verdura en su forma natural, fue mejor aceptada por los niños, que cuando se adicionaban otros sabores o salsas a la misma.

En revisiones sistemáticas y metaanálisis, se encontró que las características de las intervenciones exitosas relacionadas con la prevención de la obesidad infantil, incluyeron aquellas que se realizaron en al menos 6 meses (10) logrando la disminución de la circunferencia de la cintura, del IMC y la presión arterial diastólica (21). También fueron exitosas las sesiones semanales o quincenales con duración entre 30 y 60 minutos, mediante didácticas, actividades y lenguaje acordes a la edad de los menores a intervenir (10). Es pertinente realizar un seguimiento en un tiempo prudencial que permita evaluar efectivamente los resultados de la intervención (29), y la inclusión de teorías efectivas de cambio del comportamiento para mejorar las estrategias realizadas (11,29).

Otra característica existente entre las intervenciones exitosas, fue la involucración activa de manera presencial de los padres, a través de boletines informativos o medios virtuales (10, 29), en actividades que incluían aprendizaje experiencial tanto para padres como para niños; por ejemplo, la inclusión de lecciones de cocina y degustación (10). Adicionalmente, las intervenciones con mayores beneficios, por la asociación presentada, fue la participación de los padres y la reducción

del tiempo de los niños en frente del televisor (21). La colaboración activa de los padres logró resultados en cuanto a la mejoría del peso de los niños y cambios en la propia alimentación de los progenitores (29).

En los menores, emplear el juego conceptual como medio para garantizar aprendizaje significativo, que puede ser llevado a la práctica en sus rutinas diarias, se encontró como la estrategia más adecuada para enseñarles comportamientos saludables, según estudio realizado por psicólogos en Malasia (6). El modelaje como patrón de conducta a seguir, tanto de padres, niños mayores en la escuela y, de profesores o a la hora de comer en grupo, también arrojó adecuados resultados (29).

Respecto al diseño de las intervenciones, existe controversia, ya que, Murimi et al., reportan mayor éxito en las que incidieron sobre un comportamiento específico con protocolos estandarizados, como capacitar docentes y demás personas involucradas en el impartir de la intervención (10). Pero, las intervenciones enfocadas en impactar únicamente la actividad física no mostró resultados significativos en cuanto al peso corporal, el IMC o la obesidad central (21). En cambio, otros estudios reportan que las intervenciones dirigidas a los padres enfocadas en alimentación saludable, actividad física y disminución de comportamiento sedentario, lograron disminución del puntaje del IMC de los niños (10), concordante con lo encontrado en revisión que halló más convincentes los resultados de las intervenciones que abordaron la actividad física y la dieta (29).

Otro aspecto que en la fase inicial de la revisión no había sido contemplado en la matriz de búsqueda, pero que apareció recurrentemente, fue la necesidad de realizar la identificación y dar tratamiento y alternativas a las barreras presentadas por los padres para lograr adherirse a la intervención y mantenerla en el tiempo. A continuación, se mencionan las principales barreras descritas como hallazgos en los estudios revisados de manera general para los comportamientos saludables y específicamente para la alimentación, la actividad física y los comportamientos sedentarios.

Tabla 5. Barreras que presentan los padres para promover comportamientos saludables en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras para promover comportamientos saludables en los niños	Indicador
Falta de conocimiento sobre comportamientos saludables	11, 28
Bajo presupuesto escolar para actividades saludables	11
Información y educación contradictoria	19, 24
Tener un hijo con necesidades especiales	24
Falta de participación de la escuela en los problemas de salud de los niños	28
Relevancia percibida de la intervención, la utilidad del material, las experiencias de las sesiones de entrevistas, el miembro de la familia objetivo de la intervención, la cooperación entre el hogar y la escuela y la capacidad de acción de los padres como buenos modelos a seguir	31
Problemas socioambientales, limitaciones de tiempo y desafíos de crianza	1, 5, 11, 20, 27, 31, 32

Fuente. Autora

Tabla 6. Barreras específicas que presentan los padres para seguir una alimentación saludable en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras para la alimentación saludable	Indicador
Estilos maternos arraigados	9
Preferencias dietéticas poco saludables tanto del cuidador como del niño (por gusto, por el tiempo y exigencia requerido para la preparación, tradiciones)	11, 21, 22, 24
Comer y beber poco saludable como recompensa a conductas deseables por los padres	11, 24
Inadecuados modelos a seguir para los hábitos alimenticios	11, 22
Falta de habilidades para cocinar	11
Influencia negativa de los medios y los anuncios, alto costo de los alimentos saludables en comparación con la comida rápida	11
Conflicto diario con los niños para comer verduras, desayunar a tiempo antes de ir al colegio, y no comer dulces y aperitivos entre comidas	20
Difícil aceptación de alimentos nuevos y poca autorregulación alimentaria	21
Poder adictivo de las bebidas azucaradas, pocas opciones saludables fuera de casa, influencia negativa del entorno alimentario escolar	21

Falta de conocimiento acerca de las porciones de comida apropiadas para la edad. A los niños se les dificulta evitar comer en exceso alimentos muy sabrosos, en restaurantes, y cuando comen en exceso	23
La mayor barrera en los niños, está en cuanto a la alimentación y sueño saludables	25

Fuente. *Autora*

Tabla 7. Barreras específicas que presentan los padres para promover la actividad física y evitar los comportamientos sedentarios en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras en cuanto a la práctica de actividad física (AF) y evitar comportamientos sedentarios (CS)	Indicador
Falta de energía, tiempo y motivación para la AF	11
Tradiciones familiares poco saludables para limitar el CS (ver TV en familia, uso de pantallas)	11, 25
Falta de instalaciones en el vecindario y en el hogar para AF o larga distancia a espacios deportivos	5, 11
Exceso de tareas escolares que favorecen CS	11
Aumento en el uso actual de los recursos tecnológicos	19, 11
Condiciones climáticas que favorecen CS	11
Falta de habilidades de los padres para monitorear AF	11
Pasar demasiado tiempo viendo la televisión y usando el ordenador	20
Dificultad de los padres y el entorno para apoyar la actividad física más que para cualquier otro comportamiento infantil	25

Fuente. *Autora*

Varios de los ensayos y de los estudios de intervención dados en el planteamiento de las estrategias a implementar, tomaron como base o se guiaron por los constructos de diversas teorías o modelos. El Modelo Socioecológico fue empleado en los estudios evaluados en el que se tuvo como objetivo identificar las barreras que presentan los padres para generar comportamientos saludables en sus hijos, a partir de múltiples componentes como, lo individual, lo interpersonal, lo organizacional y las políticas públicas o barreras sociales (24, 28, 33).

Del mismo modo, se utilizó en la clasificación de categorías resultantes de la identificación de barreras y facilitadores de los profesionales de la salud para discutir el peso de los niños con sus padres (11).

La Teoría Cognitiva Social, determina que el comportamiento es el resultado de la interacción de factores personales y ambientales, y cómo las personas pueden influir en su entorno para generar cambios de comportamiento tanto individual como grupal (34). Esta teoría fue la base de la mayoría de intervenciones encontradas en la literatura (5, 26, 32, 35–39), como el Programa *Healthy School Start*, aplicado en Suecia (32, 39), con el objetivo de promover comportamientos saludables de alimentación y actividad física; en estudios en Estados Unidos, para examinar las cogniciones de los padres en cuanto al tamaño de las porciones de la comida de sus hijos (38), y del consumo de bebidas azucaradas (37). En estos casos, los conceptos centrales fueron la autoeficacia dada por las creencias que tienen los padres, y el aprendizaje observacional, donde los padres sirven de modelo para los comportamientos de sus hijos. Asimismo, fue empleada en la intervención CHAMP Families en Canadá (36), para incidir en el sobrepeso y obesidad infantil.

En intervención realizada en Colombia (5), se manejó la Teoría Cognitiva Social, en conjunto con el Modelo Transteórico en la Promoción de la Salud, dirigida a cambiar el conocimiento, las actitudes, y hábitos relacionados con una dieta saludable y un estilo de vida activo en preescolares de Bogotá, en el que se hizo seguimiento, transcurridos 36 meses, se encontró que los resultados positivos se mantuvieron en el tiempo. De los 540 niños evaluados, 62 (11.46%) pasaron de un estado nutricional de bajo peso en la línea de base, a eutrófico, y 91 (16.82%) de sobrepeso-obesidad a eutrófico.

La Teoría Cognitiva Social, sirvió también como marco conceptual para el planteamiento del programa *Simple Suppers*, educación y cocina sobre nutrición, aplicada en preescolares y sus familias en hogares de cuidado infantil (35), buscando abordar diferentes factores personales y ambientales que afectan a los padres para mejorar conductas nutricionales en sus hijos. Allí, los resultados arrojaron el aumento de frutas y verduras y la disminución de bebidas azucaradas ($p < .05$). No se observó ganancia en el percentil del IMC infantil. La autoeficacia

de los padres con respecto a las prácticas de alimentación saludable mejoró evidenciado en la planificación del menú desde el día anterior y la disponibilidad de los alimentos ($p < .05$), de igual manera, el número de comidas familiares aumentó ($p < .05$).

En Brasil, un estudio fundamentó la intervención, aplicando tecnología educativa para la salud, basada en el Modelo de Creencias sobre la Salud, para explicar el desempeño parental en la prevención de la hipertensión arterial, partiendo de sus percepciones acerca de la susceptibilidad, la gravedad, los beneficios y las barreras ante la enfermedad (40). En lo que refiere al Modelo de Creencias sobre la Salud, se empleó junto con la Teoría cognitiva Social para explorar las percepciones de un grupo de madres en Nepal, acerca de la dieta y la actividad física para la salud de sus hijos (26), donde la baja autoeficacia de las madres resultó en un bajo nivel del control percibido sobre la dieta de sus hijos.

Discusión

La mayoría de las estrategias encontradas en la literatura consultada, han tenido como base la intervención sobre la obesidad infantil, partiendo del hecho de que al actuar sobre ella, se incide en hábitos como la alimentación, la actividad física y el comportamiento sedentario, todos estos factores de riesgo comportamentales en común para ECNT y, que llevan a problemas no solo en la salud física, sino también psicológica de los niños (9, 11, 21, 35, 36, 41). Pero, los estudios coinciden en plantear la importancia de la involucración parental para lograr cambios conductuales, tanto alimentarios, como en el tiempo de realización de actividad física y en la disminución de los comportamientos sedentarios en pro de la salud de los niños. Y, por otra parte, de la importancia del reconocimiento de las barreras que los padres presentan para lograr mantener comportamientos saludables en los niños bajo su cuidado.

En cuanto a la alimentación saludable, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (42), es el consumo de mínimo 400 g al día de frutas y verduras, asociándose al aumento en la ingesta de verduras con un mayor efecto protector que el de las frutas, ya que, reduce la muerte en un 16% por cada porción diaria en comparación con el 4% para las frutas; esta diferencia, puede explicarse por el alto

contenido de azúcares naturales que contienen las mismas (43). No obstante, se ha evidenciado que el consumo de frutas y verduras, depende en gran medida de la disponibilidad de estos alimentos en el hogar (7, 15), y el de bebidas azucaradas está más relacionado con las conductas alimentarias de los padres (7). De allí, la necesidad de crear conciencia en los progenitores del importante papel que tienen en estos comportamientos en sus niños y el impacto de estos en la salud familiar.

Respecto al consumo de bebidas azucaradas, un estudio realizado en escolares de 9 a 17 años, en Colombia (44), encontró que los varones presentaban mayor consumo de bebidas carbonatadas que las mujeres, con un consumo semanal de 70,9%; respecto a los jugos ultra-procesados el consumo fue de 64,4% semanal. De igual manera, se asoció mayor obesidad abdominal en los que afirmaron consumir este tipo de bebidas. La edad y baja escolaridad de los padres junto con la menor adherencia a la dieta mediterránea, fue asociada como factor predisponente al consumo diario de bebidas azucaradas.

En Colombia, aún con la variedad de frutas y verduras disponibles, gracias a la diversidad de pisos térmicos, el consumo en general se mantiene por debajo de las recomendaciones de la OMS (45), sin embargo, la mayor ingesta de frutas y verduras entre niños y adolescentes se asocia con el sexo femenino. Por su parte, la presencia de sobrepeso /obesidad, se relaciona con mayor incumplimiento de dichas recomendaciones (46).

Los hábitos alimenticios en la población colombiana muestran fuerte dependencia de la compleja relación entre los conceptos y ejemplos creados desde los ámbitos familiar y escolar, donde las conductas de los padres y la coherencia del currículo escolar afectan significativamente (47), evidenciando la necesidad de comprender e interpretar los factores socioculturales y económicos que rodean al niño para generar las estrategias de intervención y las políticas gubernamentales a favor del consumo de frutas y verduras (47, 48).

Ahora bien, respecto a la actividad física, es importante reconocer dos conceptos que usualmente se confunden, pero, que, de manera independiente son factores de riesgo para ECNT: la inactividad física y el

comportamiento sedentario (28, 49), definido este último por Tremblay (50), como “cualquier comportamiento de vigilia caracterizado por un gasto de energía ≤ 1.5 MET en una postura sentada o reclinada”. Y por otra parte, considera que las personas que no alcanzan los objetivos acordes a su edad, son inactivas físicamente, o sea que no realizan cantidades suficientes de actividad física, de moderada a vigorosa intensidad.

La revisión sistemática de Carson et al. (49), que examinan las relaciones entre el comportamiento sedentario y algunos indicadores de salud en niños y jóvenes de 5 a 17 años, reportó cómo el mayor tiempo frente a la pantalla, ver televisión y usar la computadora se asociaron con una composición corporal y comportamiento pro-social desfavorables, menor aptitud cardiorrespiratoria, baja autoestima y con mayor riesgo cardiometabólico; aunque no concluyen cuál podría ser la dosis máxima de tiempo sedentario por falta de evidencia consistente. Estos resultados coinciden con estudios realizados en Colombia, donde han encontrado relación inversamente proporcional entre el tiempo frente a pantallas y el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (51); y por otra parte, cómo el nivel de condición física aeróbica de niños y jóvenes entre 9 y 17 años ya es indicativo a esta edad, de riesgo cardiovascular futuro (52). Siendo mayores los comportamientos sedentarios en los niños, a mayor poder adquisitivo que tienen las familias (53).

Tremblay (54), denomina “multitarea sedentaria” a la realización en simultáneo de actividades frente a pantalla como ver televisión, hablar por teléfono y usar la computadora, cada vez más común en las actuales generaciones. Los jóvenes y niños usan el 62% del tiempo que están despiertos, exceptuando el tiempo que emplean en la realización de actividad física, en comportamientos sedentarios, es decir, 8.6 horas del día (54). Pero, la evidencia ha encontrado como dato preocupante que los efectos negativos de los comportamientos sedentarios habituales no se revierten con la actividad física (28), exhibiendo la necesidad de que las intervenciones estén dirigidas a impactar en ambos comportamientos, teniendo a los padres como principales motivadores tanto desde su propio ejemplo como con el apoyo en su realización, sin desconocer las barreras que ellos presentan para la acción (55, 56).

En Colombia (57), un estudio reportó que tan solo el 15 % de los adolescentes escolarizados investigados realiza los niveles de actividad física recomendados por la OMS (58), es decir, 60 minutos diarios durante siete días de la semana; y son las mujeres las que presentan menos niveles de actividad física (57, 59). En lo que refiere a los comportamientos sedentarios, el 50.3% de los estudiantes utilizan tres horas o más viendo TV, frente al computador, pantallas o hablando por teléfono (57). Para los preescolares, un estudio cualitativo (60) muestra cómo los adultos que hacen parte del entorno de los niños reconocen la importancia de la actividad física y ven a los menores como motivadores para realizarla en el hogar; y son junto con los profesores, factores importantes en la adquisición de hábitos saludables en los niños, para este caso, la realización de actividad física, que en la primera infancia es evaluada a través del juego.

Es evidente la necesidad de crear intervenciones con la involucración parental o de los cuidadores principales de los niños, con el objetivo de lograr comportamientos saludables en cuanto a la alimentación y actividad física, pero, sin olvidar los aspectos del entorno que influyen sobre ellos en la adopción o no de estas conductas. Razón por la que es urgente, conocer más a fondo las particularidades del ambiente de los cuidadores desde lo cultural, lo económico, lo social, y las propias creencias y prácticas en cuanto a estos comportamientos. Se requieren más estudios por regiones y estratos socioeconómicos en Colombia, para poder plantear intervenciones aterrizadas frente a los factores que influyen sobre los cuidadores en pro del bienestar actual y futuro de los niños.

Conclusiones

El éxito de las intervenciones, depende del reconocimiento de las barreras y facilitadores presentes en los cuidadores del niño, para lograr implementar estrategias focalizadas en las particularidades de ellos, y no alejadas de sus posibilidades y habilidades. De igual manera, es importante partir del concepto que tienen de lo que es o no saludable, de sus imaginarios, creencias y de las prácticas que en cuanto a crianza, alimentación y actividad física llevan a cabo en su propia persona y en el niño bajo su cuidado.

Las madres siguen siendo reportadas como las principales cuidadoras de los niños. Culturalmente, se le ha otorgado ese rol, a pesar de que ha asumido otras funciones fuera del hogar, lo que crea más barreras para que los comportamientos de alimentación y actividad física en los niños sean saludables. Las intervenciones con el objeto de favorecer comportamientos saludables, a partir de la alimentación y actividad física en los niños, deben ser adaptadas a los múltiples roles de la madre como cuidadora principal.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 66a Asamblea Mundial de la Salud. 2013. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf?ua=1
2. Organización Mundial de la Salud. 72° Asamblea Mundial de la Salud. Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 6]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/dialogue_economic_operators_alcohol_production/en/
3. Rogers C, Anderson SE, Dollahite JS, Hill TF, Holloman C, Miller CK, et al. Methods and design of a 10-week multi-component family meals intervention: A two group quasi-experimental effectiveness trial. *BMC Public Health*. 2017 Jan 9;17(1).
4. Otterbach L, Mena NZ, Greene G, Redding CA, De Groot A, Tovar A. Community-based childhood obesity prevention intervention for parents improves health behaviors and food parenting practices among Hispanic, low-income parents. *BMC Obes*. 2018 Mar 27;5(1):1-10.
5. Céspedes J, Briceño G, Farkouh ME, Vedanthan R, Baxter J, Leal M, et al. Promotion of cardiovascular health in preschool children: 36-month cohort follow-up. *Am J Med*. 2013 Dec;126(12):1122-6.
6. Maziah M, Saemah RB, Nooraziah J. Child-friendly Approches: Choosing the Best Educational Psychology Tool to Teach Healthy Behaviour for kids. *Procedia-Social Behav Sci* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 25];191:435-41. Available from: www.science-direct.com

7. Reyes-Morales H, González-Unzaga MA, Jiménez-Aguilar A, Uribe-Carvajal R. Effect of an intervention based on child-care centers to reduce risk behaviors for obesity in preschool children. *Boletín Médico Del Hosp Infant México (English Ed.* 2016 Mar 1;73(2):75-83.
8. De Villiers A, Steyn NP, Draper CE, Hill J, Gwebushe N, Lambert E V., et al. Primary school children's nutrition knowledge, self-efficacy, and behavior, after a three-year healthy lifestyle intervention (HealthKick). *Ethn Dis.* 2016 Mar 1;26(2):171-80.
9. Nsiah-Kumi PA, Kang LY, Parker JR. Let's move our next generation of patients toward healthy behaviors. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5:115-9.
10. Murimi MW, Moyeda-Carabaza AF, Nguyen B, Saha S, Amin R, Njike V. Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutr Rev* [Internet]. 2018 Aug 1;76(8):553-80. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/76/8/553/5003346>
11. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2018 Sep 26 [cited 2020 Apr 25];23(3):701-22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjhp.12312>
12. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: A crisis in public health. Vol. 5, *Obesity Reviews, Supplement.* John Wiley & Sons, Ltd; 2004. p. 4-104.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación.* 2019.
14. World Obesity Federation. *Atlas of Childhood Obesity* [Internet]. Vol. 1. London; 2019. Available from: <https://www.worldobesity.org/nlsegmentation/global-atlas-on-childhood-obesity>

15. Nekitsing C, Blundell-Birtill P, Cockcroft JE, Hetherington MM. Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite*. 2018 Aug 1;127:138–54.
16. Varela Arévalo MT, Tenorio Banguero ÁX, Alarcón CD. Parental practices to promote healthy eating habits in early childhood in Cali, Colombia. *Rev Esp Nutr Humana y Diet*. 2018;22(3):183–92.
17. Nazar G, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, et al. Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. *Rev Chil Nutr [Internet]*. 2020 [cited 2020 Sep 22];47(4):669–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669>
18. González-Torres ML, Esqueda-Sifuentes CN, Vacio-Muro M de los Á. Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2018;9(1):129–42.
19. Lovell JL. How parents process child health and nutrition information: A grounded theory model. *Appetite [Internet]*. 2016;97:138–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.024>
20. Sleddens E, Gerards S, Thijs C, De Vries N., Kremers S. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. Vol. 6, *International Journal of Pediatric Obesity*. Int J Pediatr Obes; 2011.
21. Bahia L, Wohlgemuth-Schaan C, Sparrenberger K, de Azevedo-Abreu G, Barufaldi LA, Coutinho W, et al. Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. Vol. 95, *Jornal de Pediatria*. Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 385–400.

22. Golley RK, Hendrie GA, Slater A, Corsini N. Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? Vol. 12, *Obesity Reviews*. 2011. p. 114–30.
23. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*. 1971 Jan;4(1 PART 2):1-103.
24. Lindsay AC, Wallington SF, Lees FD, Greaney ML. Exploring How the Home Environment Influences Eating and Physical Activity Habits of Low-Income, Latino Children of Predominantly Immigrant Families: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 May 14 [cited 2020 Apr 25];15(5):978. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/978>
25. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK, et al. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. Vol. 315, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2016. p. 2292–9.
26. Oli N, Vaidya A, Subedi M, Eiben G, Krettek A. Diet and physical activity for children's health: A qualitative study of Nepalese mothers' perceptions. *BMJ Open*. 2015 Sep 1;5(9):e008197.
27. Francis-Granderson I, McDonald A. Parents' perceptions of healthy eating practices in north-east trinidad. *Proc Singapore Healthc* [Internet]. 2018 Sep 8 [cited 2020 Apr 28];27(3):175–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2010105817751952>
28. Van-Stappen V, Latomme J, Cardon G, De Bourdeaudhuij I, Lateva M, Chakarova N, et al. Barriers from Multiple Perspectives Towards Physical Activity, Sedentary Behaviour, Physical Activity and Dietary Habits When Living in Low Socio-Economic Areas in Europe. The Feel4Diabetes Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Dec 13 [cited 2020 Apr 25];15(12):2840. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2840>

29. Matwiejczyk L, Mehta K, Scott J, Tonkin E, Coveney J. Characteristics of Effective Interventions Promoting Healthy Eating for Pre-Schoolers in Childcare Settings: An Umbrella Review. *Nutrients* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2020 Apr 25];10(3):293. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/3/293>
30. Sormunen M, Tossavainen K, Turunen H. Parental perceptions of the roles of home and school in health education for elementary school children in Finland. *Health Promot Int* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 27];28(2):244–56. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/28/2/244/661937>
31. Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. Vol. 11, *Obesity Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2010. p. 338–53.
32. Elinder LS, Patterson E, Nyberg G, Norman Å. A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - Study protocol for a parallel group cluster randomised trial. *BMC Public Health*. 2018 Apr 6;18(1):1–13.
33. Jarvis JW, Harrington DW, Manson H. Exploring parent-reported barriers to supporting their child's health behaviors: A cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 May 15;14(1):1–10.
34. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective [Internet]. Vol. 2, *Asian Journal of Social Psychology*. 2001 [cited 2020 Apr 29]. p. 1–26. Available from: www.annualreviews.org
35. Rose AM, Wagner AK, Kennel JA, Miller CK, Holloman C, Pennywitt J, et al. Determining the Feasibility and Acceptability of a Nutrition Education and Cooking Program for Preschoolers and Their Families Delivered Over the Dinner Hour in a Low-Income Day

- Care Setting. ICAN Infant, Child, Adolesc Nutr [Internet]. 2014 Jun 27 [cited 2020 Apr 25];6(3):144–51. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1941406414524274>
36. Reilly KC, Briatico D, Irwin JD, Tucker P, Pearson ES, Burke SM. Participants' Perceptions of "C.H.A.M.P. Families": A Parent-Focused Intervention Targeting Paediatric Overweight and Obesity. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jun 19 [cited 2020 Apr 25];16(12):2171. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2171>
 37. Eck KM, Dinesen A, Garcia E, Delaney CL, Famodu OA, Olfert MD, et al. "Your Body Feels Better When You Drink Water": Parent and School-Age Children's Sugar-Sweetened Beverage Cognitions. *Nutrients* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2020 Apr 28];10(9):1232. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1232>
 38. Eck KM, Delaney CL, Leary MP, Famodou OA, Olfert MD, Shelnutt KP, et al. "My Tummy Tells Me" Cognitions, Barriers and Supports of Parents and School-Age Children for Appropriate Portion Sizes. *Nutrients* [Internet]. 2018 Aug 8 [cited 2020 Apr 28];10(8):1040. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1040>
 39. Norman Å, Nyberg G, Berlin A. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224512.
 40. de Sousa Araújo-Santos ZM, Afio-Caetano J, Alves-Moreira FG. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - Uma tecnologia educativa em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011 Nov;16(11):4385–94.
 41. Vilchis-Gil J, Klünder-Klünder M, Duque X, Flores-Huerta S. Decreased body mass index in schoolchildren after yearlong information sessions with parents reinforced with web and mobile phone resources: Community trial. *J Med Internet Res*. 2016 Jun 1;18(6).

42. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the Nations, United. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva; 2003.
43. Oyebode O, Gordon-Dseagu V, Walker A, Mindell JS. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: Analysis of health survey for England data. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(9):856-62.
44. Ramírez Vélez R, Fuerte Celis JC, Martínez Torres J, Correa Bautista JE. Prevalencia y factores asociados al consumo de bebidas azucaradas en escolares de 9 a 17 años de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp*. 2017;34(2):422-30.
45. Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura, Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil nacional de consumo de frutas y verduras [Internet]. 2013. Available from: http://www.osancolombia.gov.co/doc/Perfil_Nacional_Consumo_FyV_Colombia_2012.pdf
46. Thiriat RC, Ramírez-Vélez R, Martínez-Torres J, Correa-Bautista JE. Etapas de cambio conductual y estado nutricional relacionado al consumo de frutas y verduras en escolares de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Rev Chil Nutr [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 18];44(4):11. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000400307>
47. Rojas Chadid JE, Rodríguez Leyton M. Complejidad en las representaciones sociales que interpretan la cultura alimentaria para alcanzar la seguridad alimentaria: Caso del consumo de frutas y verduras en niños escolarizados. *Rev Salud Pública y Nutr*. 2017;16(4):13.
48. Rodríguez Leyton M. Desafíos para el consumo de frutas y verduras. *Rev la Fac Med Humana*. 2019 Apr 10;19(2):105-12.

49. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab* [Internet]. 2016 Jun [cited 2020 Apr 27];41(6 (Suppl. 3)):S240–65. Available from: <http://www.nrcresearchpress.com/doi/10.1139/apnm-2015-0630>
50. Tremblay M. Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours.” Vol. 37, *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. NRC Research Press; 2012. p. 540–2.
51. Prieto Benavides DH, Correa Bautista JE, Ramírez Vélez R. Niveles de actividad física, condición física y tiempo en pantallas en escolares de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2184–92.
52. Gualteros JA, Torres JA, Umbarila-Espinosa LM, Rodríguez-Valero FJ, Ramírez-Vélez R. Una menor condición física aeróbica se asocia con alteraciones del estado de salud en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2015;62(9):437–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.05.011>
53. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN) 2015. [Internet]. Vol. 18. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-lanzamiento-ensin-2015.pdf>
54. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. Vol. 8, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. *Int J Behav Nutr Phys Act*; 2011. p. 22.

55. Varela-Arévalo MT, Tenorio-Banguero ÁX, Henao-González CA, Salcedo-Reina S, Urrego-Restrepo AM. Rol de las prácticas parentales en la promoción de actividad física en la primera infancia en la ciudad de Cali. *Hacia promoció salud*. 2016;21(2):27-40.
56. Henriksen PW, Ingholt L, Rasmussen M, Holstein BE. Physical activity among adolescents: The role of various kinds of parental support. *Scand J Med Sci Sports*. 2016;26(8):927-32.
57. Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev Salud Pública*. 2010;12(6):903-14.
58. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra; 2010, 58 p.
59. Campo L, Herazo Y, García F, Suárez M, Méndez O, Vásquez F. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*. 2017;33(3):419-28.
60. Hernández EH, Arias SC, Gómez MT, León LE, Martínez MA, Char AJ, et al. Actividad física en preescolares desde atención primaria orientada a la comunidad, en un municipio de Colombia. *Rev Cubana Pediatr [Internet]*. 2018 [cited 2020 May 19];90(2):201-12. Available from: <http://scielo.sld.cu>