



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS FAMILIARES DE HIGIENE CORPORAL EN NIÑOS/AS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD

Autoras:

Dayana Barlocco
Nathalia Bonhomme
Alba Olivera
Verónica Sánchez
Eloisa Sosa

Tutores:

Prof. Agda. Mg. Annalet Viera
Prof. Asist. Lic. Betina Alberro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



AGRADECIMIENTOS

Al culminar algo tan anhelado por todos los integrantes de este grupo de estudio y recibir el título de Licenciadas en Enfermería, queremos expresar nuestro profundo y mas sincero agradecimiento a esta institución “Facultad de Enfermería” que nos permitió realizar esta gratificante carrera, la cual llevaremos con orgullo por el resto de nuestras vidas, sabiendo cumplir con profesionalismo.

A el Director del Centro Educativo y a todos los integrantes del mismo, ya que nos permitieron integrarnos y realizar la investigación.

Nuestra gratitud también a quienes ayudaron de diferentes formas a mejorar el contenido de este trabajo, a los compañeros con quienes encontramos un espacio de discusión y que nos permitió profundizar en conceptualización y construcción metodológica de la investigación y formar también un grupo en donde la amistad fue creciendo día a día.

Finalmente deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestras familias y amistades, por sus palabras de apoyo y comprensión, por el tiempo que no les dimos no sólo en éste trabajo sino a lo largo de esta carrera.

Por todo lo antedicho, muchas gracias.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	7
Planteamiento del problema y objetivos	9
Justificación	10
Antecedentes	12
Marco Teórico	15
Marco Referencial	30
Diseño Metodológico	32
Resultados	40
Análisis	54
Conclusiones y Sugerencias	60
Bibliografía	62
Anexos	66



RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer las prácticas de higiene corporal que realizan los adultos responsables de los niños/as de 0 a 4 años de edad que concurren a un Centro Educativo del barrio Cerro Norte, en el período comprendido entre el 16 al 24 de agosto del año en curso.

Es una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia. La unidad de análisis y observación son los responsables de los niños/as que concurren al Centro Educativo.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario conformado por 33 preguntas, de las cuales 19 fueron estructuradas y 14 no estructuradas.

Se entrevistaron un total de 36 personas, de las cuales el 77,7% correspondieron a madres de los niños/as que concurren a la mencionada institución.

Al momento de evaluar las prácticas de higiene corporal se desprende que el baño no es realizado en forma diaria sino que la mayoría de los casos se realiza cada 2 días. A pesar de esto los entrevistados refirieron que el baño es un hábito de gran importancia.

La mayoría de los niños/as del Centro Educativo han presentado infecciones intestinales y/o alteraciones cutáneas.

Ante esta situación el 87,5% de los entrevistados dice haber consultado al médico y el 12,5% a la maestra. Los niños/as no dejaron de concurrir al Centro Educativo a pesar de encontrarse con estas alteraciones.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



Como profesionales de la salud se proponen estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los niños/as promoviendo prácticas de higiene corporal adecuadas, fomentando la participación de integrantes de la familia y el personal del Centro Educativo.



INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta el trabajo de investigación llevado a cabo por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería; en el marco del curso “Trabajo Final de Investigación”, correspondiente al Cuarto Ciclo, del Plan de Estudio 93, como requisito para la obtención del título de grado.

En dicha investigación se planteó conocer las Prácticas de Higiene corporal que realizan los adultos responsables a los niños/as de 0 a 4 años que concurren a un Centro Educativo del barrio “Cerro Norte”, en el período del 16 al 24 de agosto del año 2012, teniendo en cuenta que de ser inadecuadas puedan influir en la aparición de alteraciones de la piel y/o infecciones intestinales.

Se considera de gran importancia haber realizado este estudio ya que una vez culminado el mismo se pretende que sus resultados sean un aporte para estas familias y así poner en marcha diversas acciones que fortalezcan el desarrollo y crecimiento del niño/a.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal¹, a una muestra conformada por los adultos responsables de los niños/as de 0 a 4 años de edad que allí concurren.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario con 33 preguntas, de las cuales 19 son estructuradas y 14 son no estructuradas, las mismas basadas en las variables previamente establecidas.

¹Pineda E, Alvarado E. Metodología de la Investigación. Tercera edición: Oficina regional de la OMS 2008



Una vez recolectados los datos se realizó la interpretación de los mismos y el análisis de los resultados.

De los resultados obtenidos se destaca que en su mayoría el baño no lo realizan en forma diaria. El 41,7% lo realiza cada 2 días, el 25% día por medio y el 22% diariamente.

En cuanto al lavado de manos los entrevistados refirieron que lo realizan entre 2 y 5 veces durante el día, representado por el 66,7%, el 27% lo realiza más de 5 veces al día, y el 5,5% refirió realizarlo una sola vez.

Otro de los datos relevantes a destacar es que el 66,7% de los niños/as presentaron alteraciones intestinales y el 52,8% presentaron alteraciones en la piel.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas de higiene corporal que realizan los adultos responsables a los niños/as de 0 a 4 años de edad que concurren a un Centro Educativo del barrio Cerro Norte, en el período comprendido entre el 16 y 24 de agosto?

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Conocer las prácticas de higiene corporal que realizan los adultos responsables a los niños/as de 0 a 4 años de edad.

Objetivos específicos:

Identificar las prácticas de higiene corporal en la población.

Conocer la frecuencia con que se realiza la higiene corporal.

Determinar elementos que se utilizan para la higiene del niño/a.

Identificar si la población ha padecido alteraciones en la piel y/o infecciones intestinales.



JUSTIFICACIÓN

Para dar comienzo a la justificación de este trabajo de investigación, se citará la siguiente frase: “Los niños son más que el objeto de la atención y el amor de sus padres, son también una necesidad biológica y social...” (Arnold, et al., 1975).

Este estudio parte de un diagnóstico de situación realizado en el barrio Cerro Norte por estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando el tercer módulo del segundo ciclo, “Atención de niños/as y adolescentes” en el año 2011. Donde uno de los problemas más relevantes que detectaron fue la presencia de alteraciones de la piel e intestinales. Este grupo se planteo una hipótesis de que la aparición de alteraciones cutáneas y/o infecciones intestinales pueden relacionarse a prácticas de higiene corporal inadecuadas.

Es de gran importancia realizar un estudio que ayude a conocer los hábitos de higiene corporal que tiene la población, teniendo en cuenta que de ser inadecuados pueden contribuir a contraer diferentes tipos de enfermedades.

Los niños/as que concurren al Centro Educativo se encuentran en la edad preescolar, etapa comprendida entre los 2 y 5 años, donde desarrollan la iniciativa y alcanzan una mayor autonomía, además logran una mejor comunicación verbal, gestual, de su forma de pensar, adquieren destrezas motrices, y la capacidad de compartir con otros. Todo esto construido con el acompañamiento de los adultos responsables de esos niños/as, de manera inteligente y amorosa, a través de elementos importantes como son: el control de esfínteres, hábitos de sueño, hábitos higiénicos, el juego, la disciplina.

Esto hace referencia a las prácticas de crianza que tienen como acción fundamental la transmisión de culturas de una persona, grupo o comunidad hacia los niños/as; expresado en creencias, actitudes y conocimientos que permite que estos últimos adquieran desarrollo de un sentido de identidad y de pertenencia.



Los adultos responsables de los niños/as deben conocer las etapas de crecimiento y desarrollo por las que los niños/as atraviesan. Dentro de los elementos que se deben tener en cuenta para una adecuada Práctica de Crianza, vamos a centrarnos solo en los hábitos higiénicos, ya que representa el objetivo de la investigación.

La misma esta dirigida a los adultos responsables de estos niños/as, debido a que son quienes deben inculcar la adopción de hábitos saludables como es en este caso la higiene corporal.

En el momento del aseo personal, el individuo es cuando aprovecha a tener contacto con su propio cuerpo, como también un momento de unión, amor, comunicación e interacción, del niño/a con la persona encargada de realizar dicho aseo.

Es de suma importancia realizar esta investigación, ya que permite conocer si las prácticas de higiene corporal se realizan en forma adecuada a los niños/as. Las inadecuadas prácticas de higiene influyen de forma negativa en la salud de los individuos, provocando la aparición de diversas enfermedades, como por ej.: enfermedades gastrointestinales, conjuntivitis, infecciones de la piel, pediculosis, etc.

Las personas se sienten mejor estando en condiciones de higiene adecuadas y bien presentadas, además es un derecho que tienen para así mantener elevada su autoestima. Como en todo acto habitual reside la voluntad, el hábito es reformable, pero lo es gradualmente, siguiendo la misma marcha lenta que se emplea para crearlo.

Esta es una instancia en la que se hará énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades, lo cual caracteriza al Primer Nivel de Atención.



ANTECEDENTES

En abril del año 2011 se realizó un estudio en Venezuela, el cual tuvo como objetivo determinar el fortalecimiento de la higiene personal entre los escolares de 8 a 9 años de edad.

Si bien esta investigación está dirigida a un rango de edad diferente al que tiene como objetivo el presente trabajo, se considera importante citarlo como referencia.

Es una investigación descriptiva, con una población conformada por 28 escolares y una muestra de 18. El muestreo es de tipo probabilístico al azar simple. La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista.

A través de este estudio se obtuvo como resultado que existen muchos factores que influyen en cuanto al fortalecimiento de la higiene personal en los escolares. Entre los datos que se obtuvieron, los más relevantes son que el 10% de los escolares encuestados refirieron no bañarse diariamente; 30% no se lavan las manos antes de las comidas; 40% no se cambian la ropa interior diariamente.

Aportan como conclusión de dicho estudio que el bienestar escolar se encuentra afectado debido a la ausencia de los buenos hábitos en el hogar.

Entendiendo que es la familia y el entorno quienes deben trabajar para que los niños puedan adoptar adecuadas medidas de aseo personal.

“...el escolar es la base de la sociedad y el futuro del mismo, a través de ellos podemos llegar a las familias...”²

² Chire D., Chire M. Fortalecimiento de la higiene personal [tesis]. República Bolivariana de Venezuela: Escuela de Enfermería, Abril 2011.



Como segundo antecedente de la investigación, en el municipio Cabimas, estado de Zulia, Venezuela, durante el período comprendido entre el 30 de junio del año 2005 al 30 de junio del año 2006 se realizó un estudio con el fin de conocer “Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil”. Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.

El universo de estudio estuvo conformado por 403 pacientes con edades comprendidas entre un día de nacido y quince años, que asistieron a la consulta de medicina integral por lesiones en la piel. La muestra quedó conformada por 202 pacientes diagnosticados con escabiosis que asistieron a dicha consulta.

A través de este estudio los resultados más relevantes que se obtuvieron son que en su mayoría predominó el sexo masculino con edades de uno a cinco años, la mayor parte de los casos presentaron condiciones socioeconómicas e higiénicas sanitarias de la vivienda entre malas y regulares, y entre las lesiones cutáneas más frecuentes estuvo representada por dermatitis atópica.

Como conclusión se llegó a que la incidencia y prevalencia de enfermedades cutáneas transmisibles aumentan considerablemente particularmente en zonas urbanas marginales y que no tienen fácil acceso a servicios de salud y en donde las condiciones ambientales son precarias se dan en mayor cantidad.

Otro antecedente a destacar es un estudio realizado en el año 2009 acerca de las causas que conllevan a la falta de hábitos higiénicos en escolares de cuarto a sexto grado que concurren a una escuela del Municipio Santiago del Pinar. Dando como resultado la alteración de la salud del individuo.

Uno de los factores que influyen en la mala higiene es la falta de agua, lo cual se da en las zonas marginales y de extrema pobreza.



Es un estudio cuantitativo, no experimental de tipo transversal exploratorio, la población de estudio fueron los escolares que cursan cuarto a sexto grado en la escuela primaria "Emilio C. Rebsamen". La muestra quedo conformada por 200 escolares.

Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, mala higiene y enfermedades por la mala higiene.

Se concluyó que sobre el baño semanal solo el 55% se baña diariamente y el 45% lo hace menos de 4 días a la semana; manifestando la falta de recursos en el hogar. En cuanto a la higiene en el cambio de ropa el 50% solo lo realiza menos de 3 veces por semana, el 50% restante demuestra tener hábitos de cambio de ropa más frecuentes, de 4 a 7 veces en la semana. El 90% realiza en forma inadecuada el lavado de manos e higiene bucal.

Se concluye que solo el 9% presenta higiene regular y el 11% buena higiene, que debe existir mayor preocupación por parte de sus padres para inculcar buenos hábitos a sus hijos.



MARCO TEÓRICO

Este marco teórico ha sido definido con el objetivo de ser el sustento metodológico en el cual el grupo de investigadores se basa para hacer la fundamentación de la investigación, que como futuras Licenciadas en Enfermería se presenta, entendiendo por: **Enfermería** “... a la disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familia, grupos poblacionales. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención...”. (Facultad de Enfermería, 1993).

Actividades y Funciones de la Enfermería

Las actividades se clasifican en: Directas, Semidirectas e Indirectas.

- Directas: donde enfermería presta cuidados directos al individuo o conjuntamente con el individuo, familia, comunidad.
- Semidirectas: son aquellas que se dirigen a personas diferentes del propio individuo, pero relacionadas de forma más o menos próxima y/o inmediata con él.
- Indirectas: se centran en las mejoras del sistema sanitario y de acciones dirigidas al medio dentro del cual se presta una atención directa y semidirecta.

En referencia a las funciones éstas son de: Administración, Asistencia, Docencia e Investigación.

El objetivo principal de Enfermería es el proporcionar cuidados, donde el hombre es el objeto de estos cuidados, por lo que se considera pertinente definirlo: “**El Hombre es un ser bio-psico-social en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de**



la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y lo psico-biológico, aun cuando lo que piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre' (Facultad de Enfermería, 1993).

El desarrollo del ser humano presenta sucesivas etapas que tienen características muy especiales, cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente.

Se considera que las etapas del desarrollo humano son: prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad. Debido a que en la etapa de la Infancia es donde los seres humanos muestran especial vulnerabilidad y gran dependencia, es que necesitan de cuidados especiales y mayor protección. Debido a esto y al interés investigativo del grupo, se hará énfasis en la etapa de la **Infancia**, definiéndola como: el período comprendido entre el nacimiento y los siete años de edad aproximadamente. Es la primera etapa de la vida y como tal es fundamental en el desarrollo pues de ella va a depender la evolución posterior.

En este caso se destaca la etapa de la primera infancia la cual comprende desde el período prenatal hasta los 8 años de edad, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la fase más importante para el desarrollo general durante toda la vida. El preescolar comprende el período que abarca de los 3 a 5 años, constituye el final de la primera infancia. Nuestro trabajo de investigación pretende abarcar un rango de infantes de 0 a 4 años.

Es durante la etapa preescolar cuando el niño adquiere mayor autonomía, desarrollo de la iniciativa, así como otras destrezas, tales como mayor motricidad, pensamiento, comunicación verbal, gestual, y capacidad de compartir, todo esto acompañado del apoyo, afecto y estímulo familiar. Por tal motivo es que la Familia es uno de los pilares más importantes dentro de esta pirámide. **Familia** es una unidad básica de la sociedad, entorno a la cual giran, por decirlo de alguna manera, todos los individuos, de modo que la enfermera deberá tenerlo en cuenta en el proceso de los cuidados. Es fundamental



conocer la realidad de la familia para comprender todos los procesos familiares. Estas familias forman parte de una **Comunidad** por lo que es importante definirla, según Ander Egg (1986): *“una comunidad es una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local”*

Es fundamentalmente un modo de relación social, un modelo de acción Inter.-subjetiva, construida sobre el afecto, la comunidad de fines y valores, la lealtad y la reciprocidad. Constituye por lo tanto un ejemplo acabado de tipo ideal de acción social, en donde el territorio físico compartido favorece a una continua y estrecha interacción, de la que se desprende una realidad social común, definida por normas, valores, creencias, modelos de comportamiento y lenguajes comunes.

El trabajo de enfermería en la comunidad se basa en la atención a familias, grupos, e individuos mediante el desarrollo de programas de salud cuyo objetivo fundamental es la promoción del autocuidado. La Asociación Americana de Enfermeras (ANA, 1973) define la **Enfermería Comunitaria** como: *“...es una síntesis de la práctica de enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o a un diagnóstico determinado. Es continua y episódica...”*

Los cuidados de Enfermería en Salud Comunitaria están dirigidos a:

- Atender a los individuos, familia y comunidad a lo largo del ciclo vital.
- Vigilar el proceso de salud enfermedad de personas con patologías agudas o crónicas.
- Estimular a la población a asumir su responsabilidad en salud.



- Respetar y potenciar la independencia de los individuos.
- Estimular el trabajo interdisciplinario.
- Favorecer el desarrollo social de la comunidad.
- Planificar y evaluar programas locales de salud.
- Incidir en las políticas de salud del país.

Para Antón Nardiz (1989) *“La enfermera/o comunitaria es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee conocimientos, habilidades, técnicas, así como actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”*

Estas Comunidades están insertas en un **Barrio**, que se define como *una subdivisión de una ciudad o pueblo, que suele tener una identidad propia y cuyos habitantes cuentan con un sentido de pertenencia. Un barrio puede haber nacido por una decisión administrativa de las autoridades, por un desarrollo inmobiliario (por Ej., un barrio obrero creado alrededor de una fábrica), o por el simple devenir histórico* . En la comunidad se cuenta con **Redes de Soporte** que son modos de intervención en lo social, grupal e institucional que posibilita respuestas novedosas a problemas y necesidades.

Es preciso definir que es la salud, porque es el campo de trabajo de la Enfermería.

El concepto de salud ligado fuertemente a los momentos socio cultural, económico e histórico de las poblaciones, ha acompañado estas variaciones a lo largo del tiempo.



Hugo Villar ha definido el siguiente concepto de salud bien ajustado a nuestra realidad contemporánea: *“la salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condicionan niveles de bienestar físico, psicológico y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, y está condicionada por el modo de producción y el momento histórico del desarrollo de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un estimable bien social”*

La salud no es un estado abstracto; es la capacidad de los individuos y las comunidades de interactuar con el medio, de adaptarse a él y de poder transformarlo de forma positiva. No es un objetivo a alcanzar. Es un recurso de la vida cotidiana. A raíz de estas dos definiciones, se puede afirmar que la salud no implica solo factores biológicos, sino también sociales y mentales, en donde el medio es fundamental. La interacción con los demás, la satisfacción de las necesidades básicas, el continuo equilibrio con el entorno determinan, lo que los autores mencionaban como dialéctica salud-enfermedad. Por ello es necesaria una definición dinámica donde se considere a la salud y la enfermedad conjuntamente, y no solo a la salud; según Facultad de Enfermería, Plan de estudios 1993, **Proceso de Salud-Enfermedad (S-E)** *“proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra en este proceso el hombre puede tener diferentes grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre.*

La Salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por políticas eficaces con participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la auto gestión de los grupos”.

Se considera pertinente citar el modelo de Lalonde quien define los factores condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad, para el cual la salud



depende de la interacción dinámica entre dos universos ecológicos; el interno y el externo. Los más influyentes son:

Biológicos: incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración, y el envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo, etc.).

Estilo de Vida: son los comportamientos de los individuos y las colectividades, que ejercen influencia sobre el proceso salud-enfermedad. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo, conducción temeraria, etc.), tienen consecuencias nefastas para la salud. Depende de las relaciones familiares, el nivel de formación, comunicación, creencias, y de la ocupación laboral.

Entorno: el entorno incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud. Medio ambiente físico (calidad del aire, agua, suelos, contaminantes químicos, etc.). Medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo, etc.).

Servicios Sanitarios: estos incluyen la organización de los centros de salud, cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las necesidades.

Este trabajo está enfocado en el Primer Nivel de Atención, donde las actividades realizadas están enmarcadas en la estrategia de la **Atención Primaria en Salud**, definida como: *la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la Comunidad mediante su plena participación y a un costo que la Comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo,*



con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación. Atención Primaria en Salud le da gran importancia a aspectos como Promoción y Prevención en la Salud.

Cuando definimos promoción de salud nos basamos en la histórica carta de Ottawa (1986) que dice: “**la Promoción de Salud** consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Es decir, la promoción de salud es un proceso que le brinda a la población los medios necesarios para llevar a cabo una mejor calidad de vida sobre su salud.

Para que esto sea posible es necesaria la implementación de políticas públicas de salud, favorecer ambientes saludables, reforzar las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida e incorporar en los individuos habilidades personales a través de la educación sanitaria. Por lo tanto promoción de salud es una acción política, educativa y social, que a través del trabajo en conjunto entre individuos y gobiernos se logre fortalecer la conciencia pública en relación a hábitos y estilos de vidas saludables.

Además de la promoción de salud existe también lo que se conoce como prevención en salud. Tanto la promoción como prevención de salud tienen como objetivo fomentar y defender la salud de los individuos, evitando la enfermedad.

Etimológicamente la palabra **Prevención**, es proveniente del latín, significa efectuar acciones con el fin de evitar un evento antes de que este suceda; relacionando esto con la salud de los individuos sería llevar a cabo todas aquellas acciones que fomenten estilos de vida saludables, como medida para evitar la enfermedad.

Según Hernán San Martín (1985) la prevención “*consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y si en presencia de estas a evitar sus consecuencias o secuelas así como la eliminación de los factores de riesgo existentes en el medio*”.

La prevención de salud comprende tres niveles:



Prevención primaria: Implica un conjunto de actividades orientadas a disminuir o impedir la probabilidad de padecer una enfermedad, a través de acciones de fomento y educación en salud

Prevención secundaria: Comprende acciones de diagnóstico precoz y de tratamiento oportuno. Las personas han de someterse a un proceso de diagnóstico para confirmar o no la presencia de la enfermedad y en caso de que así fuera comenzar el tratamiento pertinente.

Prevención terciaria: Comprende acciones de limitación del daño y de la rehabilitación del enfermo. El objetivo de la prevención terciaria es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando ya existen.

Otro término que es importante definir es **Puericultura**: palabra proveniente del latín, que significa “cultivo o cuidado”, es la ciencia que trata el cuidado del niño/a en su aspecto físico, psicológico y social durante los primeros años de su vida.

La puericultura científica se encarga de analizar cuales son las prácticas de crianza mas apropiadas para la formación de los niños y niñas, de manera de lograr los mejores resultados. Estas prácticas van a depender de los conocimientos que los adultos posean, de las relaciones de crianzas en las que ellos mismos estuvieron involucrados, así como las referencias de otros padres de familia.

Cabe destacar que las prácticas de crianza dependerán también del momento histórico, de la cultura y del nivel social, económico y educativo de los adultos referentes, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

Si se enumeran todos los elementos que constituyen esta dialéctica se extendería ampliamente el trabajo, por lo tanto solo se hará énfasis al factor seleccionado como eje conductor de la investigación: la higiene corporal.



Higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. **Factor de Riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Cuando se habla de **Higiene Corporal** se está diciendo de alguna manera y como algo que lo engloba, higiene de la piel. Dado que toda la superficie del cuerpo está cubierta por piel, la cual constituye la primera defensa del cuerpo ante microorganismos, ésta debe mantenerse limpia, así como sana. Es decir sin lesiones que propicien la entrada al organismo de agentes patógenos.

La higiene corporal realizada adecuadamente, con los elementos apropiados, en el momento que sea necesario, es una medida básica para mantener una buena salud.

Existen una serie de enfermedades que se podrían relacionar directamente con las prácticas inadecuadas de higiene corporal, como ser: Dermatitis, Escabiosis, Pediculosis corporis, Impétigo, Enfermedad de Lyme o Borreliosis. Así como infecciones intestinales, las cuales son producidas más frecuentemente por las siguientes bacterias: *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae* y determinadas especies de *Salmonella*, *Shigella* y estreptococos anaerobios

Cuando existe una inadecuada higiene miles de microorganismos entre ellos huevos, parásitos oosferas, pasan de una persona contaminada a otra por medio de las uñas, manos sucias, elementos contaminados, y conlleva a contraer enfermedades ya sea infecciones intestinales o alteraciones cutáneas.

Como la mirada de la investigación es la higiene corporal en niños de 0 a 4 años, es fundamental la incorporación al estudio quienes son responsables de generar que los niños incorporen los hábitos de higiene en ellos.



Charles S. Peirce (1898), científico y filósofo consideraba al hombre como un *“... manajo de hábitos, los cuales son pautas de comportamiento que ayudan a los niños/as a estructurarse, orientarse y formarse mejor.”*

Así como a los niños/as se les enseña a leer, escribir, andar en bicicleta, entre otros, es también necesario la enseñanza de hábitos de higiene corporal al igual que otros hábitos. Es algo que debe hacerse de manera repetida, constantemente o periódicamente, teniendo los padres un papel fundamental en la enseñanza de los mismos.

Cuando el niño/a es muy pequeño serán los padres quienes fundamentalmente realicen las actividades relacionadas a la higiene corporal de esta forma es que el niño comienza a incorporar esos hábitos. Para eso es importante que el mismo se sienta limpio y que disfrute de estarlo, es importante hacer sentir al niño/a la necesidad de estar limpio, con mensajes como “que bien hueles”, “que limpio estás”, y progresivamente él va participando de dichas actividades, colaborando activamente en su higiene corporal.

Esto tiene que ver con la autonomía del niño/a, la cual se va adquiriendo de a poco con su desarrollo, y se relaciona con el vínculo que se genere con las personas que están a su cargo. Gradualmente van adquiriendo autonomía de acuerdo al apoyo y estímulo que reciban, e incorporando hábitos, los cuales deben ser de manera mecánica, sistémica y continua para que sea algo efectivo y logren aplicarlo.

La aplicación de hábitos de higiene, al igual que cualquier otro hábito que al niño/a se le enseñe, debe respetar los ritmos de maduración de cada uno, debiéndose hacer en forma constante, dado que las rutinas les proporcionan seguridad, confianza, para eso debe mantenerse un estímulo constante, estableciendo horarios y tiempos, brindando un modelo adecuado, alabar los éxitos y mantener una comunicación con el adulto, de manera de establecer un mismo lenguaje yendo tanto padres como maestros u otros referentes en la misma dirección en la enseñanza del niño/a.



En la educación formal, brindada por la escuela existen normas generales para todos los niños/as como ser horarios, actividades a realizar, etc. Sin embargo no todos logran adaptarse a dichas normas ya sea porque no todos son iguales pero fundamentalmente por la influencia familiar del entorno donde este niño convive y lo que han adquirido previo a la escolarización.

La ducha diaria con agua y jabón elimina todas las secreciones. Debe prestarse atención especial a axilas, ingles, alrededor del ano y zona genital, pies y manos.

El cabello debe lavarse con jabón o champú frecuentemente. Después de la ducha, la piel se secará cuidadosamente.

Las manos son fuente de contaminación de todo lo que toquemos, en ellas, sobre todo alrededor de las uñas, se acumulan múltiples gérmenes. Por ello es necesario que las lavemos frecuentemente con agua y jabón, utilizando el cepillo para la limpieza de las uñas, y siempre antes de comer y después de ir al baño.

Los pies deben lavarse diariamente, pues en ellos abundan las glándulas del sudor y el acúmulo de secreciones que producirán olores muy desagradables, además de grietas e infecciones.

La utilización de un cepillo dental para la limpieza después de las comidas es un factor imprescindible para prevenir la aparición de infecciones en encías y caries. Los alimentos y bebidas dejan residuos entre los dientes que, al fermentar, favorecen la aparición de estos procesos.

El cepillo de dientes es de uso exclusivamente personal y debe sustituirse con regularidad, aproximadamente cada tres meses.

Las orejas deben limpiarse diariamente para eliminar sus secreciones, pero evitando la introducción de palillos, cotonetes de algodón, en el conducto auditivo, ya que esto facilita



la formación de tapones de cera y puede dañar fácilmente el conducto, e incluso perforar el tímpano.

De manera que es muy importante el trabajo en conjunto entre padres y maestros para la adquisición de hábitos de higiene en los niños/as, favoreciendo su autonomía, desarrollo y adecuado relacionamiento con su entorno. Entendiéndose por **Hábito** al comportamiento repetido de una persona regularmente.

Como son los adultos los encargados de inculcar a estos niños/as los hábitos, de educarlos, se considera de gran importancia hacer referencia a **Prácticas de Crianza**, entendiéndose por el significado de crianza acción de criar en especial a los niños, con el objetivo de buena o mala educación.

Las Prácticas de Crianza son acciones llevadas a cabo por los adultos encargados de los niños/as, con el objetivo de favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, para lograr transformarlos en buenas personas. Dado que son muy vulnerables a diversos factores de riesgo como ser, los factores personales, familiares, biológicos y sociales es por eso que necesitan la contención de los de los adultos referentes y un medio social provisto de buenas posibilidades, de manera que puedan hacer frente a aquellas situaciones o factores negativos y logren así alcanzar una buena formación.

Por otro lado si frente a estas situaciones negativas o estresantes de su proceso de crianza no poseen factores protectores es que puede generarse un trastorno o desajuste. Por lo tanto, las prácticas de crianza implican fundamentalmente las relaciones familiares, donde el papel que juegan los padres o adultos responsables es un aspecto clave en la formación de los niños/as.

Esta relación familiar no se manifiesta en un solo sentido, es decir donde los adultos influyen sobre los niños/as, sino que más bien es una relación de ida y vuelta en la que los niños/as poseen cierta influencia sobre la conducta y acciones de sus padres y/o tutores.



Para que un preescolar logre la adaptación es necesario un proceso dinámico que permita ajustar el organismo a su medio (regular los comportamientos en función del entorno), a través de mecanismos de *asimilación* (personalización de las influencias externas) y *acomodación* (reorganización de las propias estructuras internas con base en la asimilación), con el objetivo de conseguir la homeostasis (armonía equilibrio, sintonía) en su crecimiento y desarrollo; para ello son necesarios los mecanismos de afrontamiento o procesos de control. Según el Modelo de Roy (1976): “son definidos como las formas de interactuar innatas y adquiridas que responden e influyen en un ambiente que está en continuo cambio”

Los procesos innatos de afrontamiento están genéticamente determinados, son comunes a todas las especies y actúan automáticamente, es decir, la persona no tiene que pensar en ellos, el subsistema regulador hace parte de estos procesos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores.

Los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje, ya que las experiencias en cada etapa de la vida contribuyen a dar respuestas definidas y esperadas ante un estímulo particular; el subsistema cognitivo forma parte de estos procesos y su desarrollo en la etapa preescolar será el objeto de este ensayo.

Con respecto a los mecanismos de afrontamiento en niños/as debe tenerse en cuenta que su capacidad de adaptación depende de las características naturales, del apoyo social y del afrontamiento familiar. A medida que el niño/a madura, va adquiriendo y ampliando sus técnicas o procesos adquiridos de afrontamiento.

Entre los 3 y 5 años, los pequeños hacen la transición de la edad de los primeros pasos a la niñez temprana, la etapa del preescolar o edad del juego. A partir de los tres años ya no es un bebé sino un gran aventurero, siente que su casa es el mundo y está ansioso por explorar todas sus capacidades en desarrollo de su cuerpo y su mente. Ha superado los riesgos de los primeros años para ingresar a la etapa preescolar en una forma más



saludable pero con nuevas amenazas. El crecimiento y el cambio en esta etapa son menos rápidos pero continúan entrelazándose el desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Sus cuerpos se tornan más delgados, sus habilidades motoras y mentales se agudizan, y su personalidad y relaciones interpersonales se vuelven más complejas.

Las destrezas que el niño ha adquirido le permiten desempeñar un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, es autosuficiente y busca ser independiente.

Las tareas principales en esta etapa se caracterizan por: dominio de habilidades neuromusculares, inicio de la socialización, logro de la autonomía temprana, desarrollo del sentimiento de iniciativa e inicio de la tipificación sexual. La creciente facilidad con que el preescolar va manejando el lenguaje (básicamente individualista: mío, dame, yo solo) y las ideas, le permiten formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que lo rodean. Va desarrollando su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y comienza a manejar conceptos como: tiempo, espacio, relación y clasificación, aspectos que van demostrando su desarrollo cognitivo.

El subsistema cognitivo mediado por la capacidad del sistema nervioso para percibir, asociar, interpretar y responder a la información que recibe constantemente del ambiente, a través de los sentidos, da significado a las experiencias humanas.

La cognición según Roy es la "*capacidad de pensar, sentir y actuar*", expresada a través de funciones motoras como el lenguaje, la expresión corporal y los movimientos en general; en este proceso se involucran también la conciencia y los estímulos, la emoción, la percepción, el juicio y el aprendizaje

El nivel de desarrollo cognitivo se manifiesta en la creciente facilidad que el preescolar adquiere para manejar el lenguaje y las ideas, permitiéndole formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que les rodean. Quedando estructurada su



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



personalidad de manera tal, que todos los fenómenos van siendo percibidos y comprendidos por el niño/a, expresados a través del lenguaje, del comportamiento así como de su relacionamiento con los demás. A medida que va adquiriendo el conocimiento del mundo externo y de sí mismo, por medio del juego y del aprendizaje sociocultural, condicionado por la herencia familiar y cultural.



MARCO REFERENCIAL

Para comenzar a interiorizarse en la investigación, se realizó la búsqueda exhaustiva tanto de material bibliográfico como de información acerca del lugar seleccionado para el estudio y desarrollo de la misma.

La **Villa del Cerro** (o coloquialmente, el Cerro) son las denominaciones por las cuales se refiere a una zona de la Ciudad de Montevideo, creado en 1834 como un poblado independiente de la capital uruguaya, y diseñado con la finalidad de albergar a los miles de inmigrantes que arribaron a Uruguay en sucesivas oleadas inmigratorias que perduraron hasta la década de 1950. Desde sus inicios, la Villa del Cerro fue considerada como un verdadero símbolo del peso de la industria cárnica en la economía e historia de Uruguay, debido a la proliferación de saladeros durante el siglo XIX, que posteriormente dieron paso a los frigoríficos del siglo XX.

En 1913 fue oficialmente anexada a Montevideo debido al avance urbanístico que sufrió la ciudad, por lo que perdió su estatus de poblado para convertirse en un barrio. Ubicada al Suroeste del Departamento de Montevideo, en las laderas Este y Norte del cerro homónimo, el cual según datos del Censo Nacional de 2004 del INE posee 35.498 habitantes.

Existe una interface villa/periferia conflictiva que complejiza y cambia la vida de los pobladores. Todas estas características hacen que el Cerro vaya perdiendo integración barrial y que la identidad local sea repensada ya que para los cerrenses se hace necesario marcar todavía, luego de varios años, la diferencia entre los pobladores del casco histórico y los de las zonas periféricas. Se constata que se tiende a ciertos prejuicios al interpretar bajo el nombre de "Cerro", adjudicándole el valor de zona roja.



Esta investigación fue realizada en un Centro Educativo preescolar del barrio Cerro Norte, integrado al programa “Nuestros niños” de la I.M.M.. Se trata de una Asociación Civil sin fines de lucro, con Personería Jurídica, que comenzó a funcionar en enero de 1989. Está conformada por un total de doce integrantes distribuidos de la siguiente manera: seis integrantes de Comisión Directiva, tres integrantes de Comisión Fiscal y tres suplentes.

El sustento económico proviene de la mensualidad abonada por los padres de los niños/as dependiendo de las horas que estos concurren al Centro y además por pertenecer al programa “Nuestros niños” la Intendencia les otorga veinte becas.

Los niños/as que asisten a dicho centro provienen de zona Curva de Grecia, Casabó, Santa Catalina, La Paloma y lugares aledaños (Maracaná, Centro Norte entre otros).



DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal.

La población de estudio son todos los adultos responsables de los niños/as de 0 a 4 años que concurren a un Centro Educativo del barrio Cerro Norte, en el período comprendido entre el 16 y 24 de agosto del año 2012.

El muestreo es no probabilístico, por conveniencia.

Los criterios de inclusión son:

Adultos responsables de los niños/as de 0 a 4 años de edad que acepten participar de la investigación.

Mayores de 18 años.

La unidad de análisis y observación son los referentes de los niños/as de 0 a 4 años que concurren al Centro Educativo en el horario de 8:30 a 16:30 hs., en el período del 16 al 24 de agosto del año 2012.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por el grupo investigador.

El mismo se divide en dos partes, una destinada a obtención de datos del adulto responsable entrevistado y otra destinada a obtención de datos sobre el niño/a.

Son un total de treinta y tres preguntas, de las cuales 19 son estructuradas y 14 no estructuradas. Una vez finalizado el instrumento se sometió a una prueba de campo dirigida a una población con las mismas características de la población objetivo de esta investigación.

Una vez recolectados los datos se realizó el procesamiento y tabulación de los mismos a través del sistema informático utilizando el programa Excel. Se elaboraron tablas univariadas y bivariadas, la tabulación se realizó mediante gráficos de barra y circulares.

Los recursos financieros fueron solventados por los cinco investigadores que participaron de la investigación, de manera voluntaria.

El presupuesto incluye gastos estimados en fotocopias e impresiones, materiales de papelería en general comprados en librerías, y gastos en transporte urbano e interdepartamental.

No se consideraron en este presupuesto aquellos gastos en relación a uso de Internet e impresiones en los domicilios particulares de los investigadores.

Recursos Materiales y Financieros

Cantidad	Descripción	Importe en pesos
200	Impresiones	450
200	Fotocopias	350
60	Transporte	7.500
50	Alimentos	1.000
2	Papel	50
3	Lápiz	30
2	Goma	15
4	Computadora	0
8	Libros	0
Total		9.395



Recursos Humanos

Cinco investigadoras, estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería.

Variables

A continuación se presentan las variables utilizadas para llevar a cabo el estudio. Las mismas son cualitativas y cuantitativas.

Sexo:

Definición Conceptual: Características bio-fisiológicas que diferencian a la mujer del hombre, aludiendo a las características de sus aparatos reproductores y sus caracteres sexuales secundarios.

Definición Operativa: por medio de los caracteres sexuales externos.

Categorización: Femenino, Masculino

Clasificación: cualitativa nominal

Edad:

Definición conceptual: cronológico medido en días y meses desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operativa: edad referida por el adulto responsable del niño/a.

Categorización: mayores de 18 años.

Clasificación: cuantitativa continúa



Grado de parentesco:

Definición conceptual: vínculo existente entre personas que pertenecen a la misma familia. El parentesco de una persona respecto a la otra se determina por el número de generaciones que las separan.

Definición operativa: lo que refiere el entrevistado.

Categorización: madre, padre, hermano/a, abuelo/a, otro.

Clasificación: cualitativa nominal.

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: Grado mas elevado de estudios sin tener en cuenta si se han terminado o están inconclusos.

Definición Operativa: Grado de estudio alcanzado por el encuestado, referido en la entrevista.

Categorización: primaria completa, primaria incompleta; secundaria completa, secundaria incompleta, UTU completa, UTU incompleta, estudios terciarios, Universitarios, otros, analfabeto.

Clasificación: Cualitativa Ordinal.



Situación laboral:

Definición Conceptual: Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

Definición Operacional: actividad a la que se dedica el encuestado, referida en la entrevista.

Categorización: ocupado/a, desocupado/a, jubilado/a, pensionista, otra situación.

Clasificación: cualitativa nominal.

Número de integrantes de la vivienda:

Definición conceptual: Es la cantidad de personas que viven en un determinado lugar.

Definición Operacional: Numero de personas que conviven en un mismo lugar, referido en la entrevista.

Categorización: menos de 3 personas, entre 3 y 5 personas, más de 5 pero menos de 8 personas, más de 8 personas.

Clasificación: cuantitativa discreta

Instalaciones de la vivienda:

Definición conceptual: Las instalaciones de una vivienda son todos los sistemas de distribución y recogida de energía o de fluidos que forman parte de la edificación, así como todas aquellas infraestructuras necesarias para dicho fin.

Definición Operacional: Instalaciones o servicios que se encuentran en la vivienda, referido por el encuestado.



Categorización: Luz eléctrica, cuarto de aseo con inodoro, ducha o bañera, agua corriente por abastecimiento público o privado, no tiene agua corriente, saneamiento, desagüe o alcantarillado.

Clasificación: cualitativa nominal

Pasos que se realizan para la higiene corporal:

Definición conceptual: Conjunto de cuidados que se realizan para logra una piel libre de gérmenes y mantener una buena salud.

Definición operativa: manifestado por el encuestado.

Categorización: higiene corporal, higiene de cabello, higiene perineal, higiene de manos, higiene bucal, higiene de pabellón auricular.

Clasificación: cualitativa nominal.

Lugar destinado para la higiene corporal:

Definición conceptual: Espacio físico destinado para realizar la higiene corporal.

Definición operacional: Espacio físico destinado para realizar la higiene corporal de los niños, referido por el entrevistado.

Clasificación: cualitativa nominal.

Materiales que utilizan para la higiene

Definición conceptual: Elementos que se utilizan para realizar la higiene corporal.

Definición operativa: Elementos que se utilizan en el momento de realizar la higiene corporal de los niños, referido por el encuestado.



Clasificación: cualitativa nominal.

Frecuencia con que se realiza la higiene corporal:

Definición conceptual: Número de veces en que se realiza la higiene corporal.

Definición operativa: Número de veces en que se realiza la higiene corporal a los niños, manifestado por el encuestado.

Categorización: frecuencia del baño, frecuencia de higiene perineal, frecuencia de higiene de cabello, frecuencia de la higiene bucal, frecuencia del higiene de pabellón auricular, frecuencia de lavado de manos.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Importancia de la higiene corporal:

Definición conceptual: importancia que implica la higiene corporal en los niños para el responsable de los mismos.

Definición operativa: importancia que implica la higiene corporal en los niños para el responsable de los mismos, referido en la entrevista.

Clasificación: cualitativa nominal

Presencia de alteraciones cutáneas:

Definición conceptual: alteración de la integridad de la piel.

Definición operativa: presencia de alteración en la integridad de la piel en los niños, manifestado por los adultos responsables.

Categorización: Si, No.



Clasificación: cualitativa nominal.

Consulta a otro individuo sobre alteración de la integridad de la piel:

Definición conceptual: acudir a otra persona con el motivo de obtener información sobre la aparición de alteraciones de la integridad de la piel.

Definición operacional: referido por el encuestado.

Categorización: si, no

Clasificación: cualitativa nominal

Persona a la que se acudió para consultar sobre alteraciones de la piel:

Definición conceptual: persona a la que se le realizó consulta para obtener información sobre alteraciones de la piel.

Definición operacional: persona a la que se acudió para obtener información de la alteración cutánea del niño/a, referido por el encuestado.

Categorización: médico, curandera, enfermera, maestra/o, vecina, otro.

Clasificación: cualitativa nominal

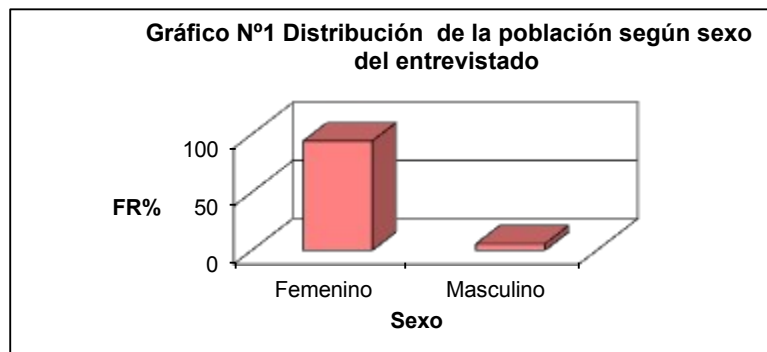
RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el estudio.

Tabla N°1 Distribución de la población según sexo del entrevistado.

Sexo	FA	FR%
Femenino	34	94,40
Masculino	2	5,60
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

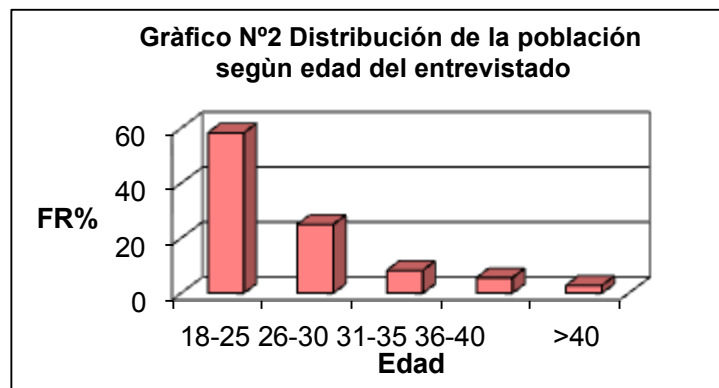


En la población entrevistada existe predominio del sexo femenino con el 94,4%

Tabla N°2 Distribución de la población según edad del entrevistado.

Edad	FA	FR%
18-25	21	58,30
26-30	9	25,00
31-35	3	8,30
36-40	2	5,60
>40	1	2,80
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

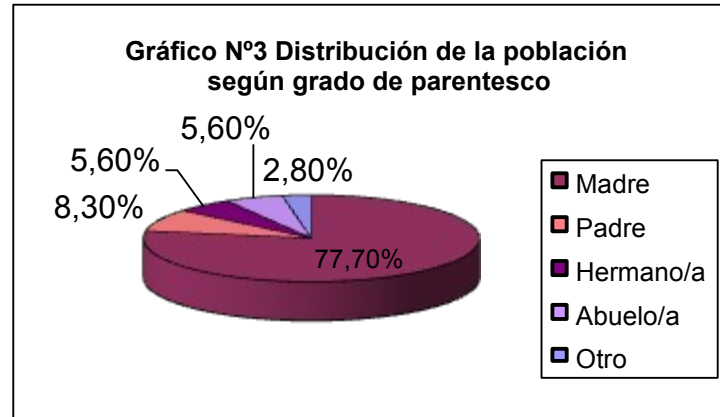


El 58,3% pertenecen a edades comprendidas entre 18 y 25 años; el 25% corresponde a edades de entre 26 y 30 años.

Tabla N°3 Distribución de la población según grado de parentesco con el niño/a.

Grado de parentesco	FA	FR%
Madre	28	77,70
Padre	3	8,30
Hermano/a	2	5,60
Abuelo/a	2	5,60
Otro	1	2,80
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

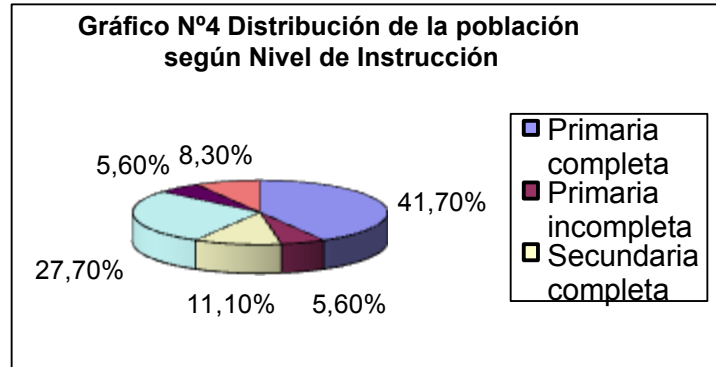


El 77,7% de los responsables entrevistados correspondían a las madres de los niños/as

Tabla N°4 Distribución de la población según nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria completa	15	41,70
Primaria incompleta	2	5,60
Secundaria completa	4	11,10
Secundaria incompleta	10	27,70
UTU incompleta	2	5,60
Estudios terciarios	3	8,30
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigado

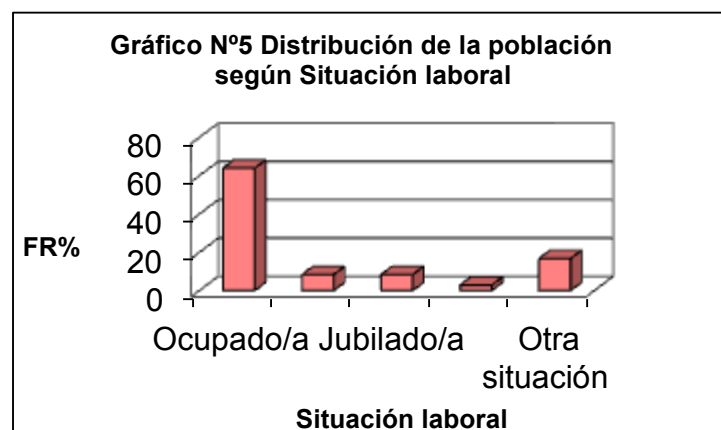


De la totalidad de los entrevistados el 41,7% cursó primaria completa

Tabla N°5 Distribución de la población según situación laboral.

Situación laboral	FA	FR%
Ocupado/a	23	63,90
Desocupado/a	3	8,30
Jubilado/a	3	8,30
Pensionista	1	2,80
Otra situación	6	16,70
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

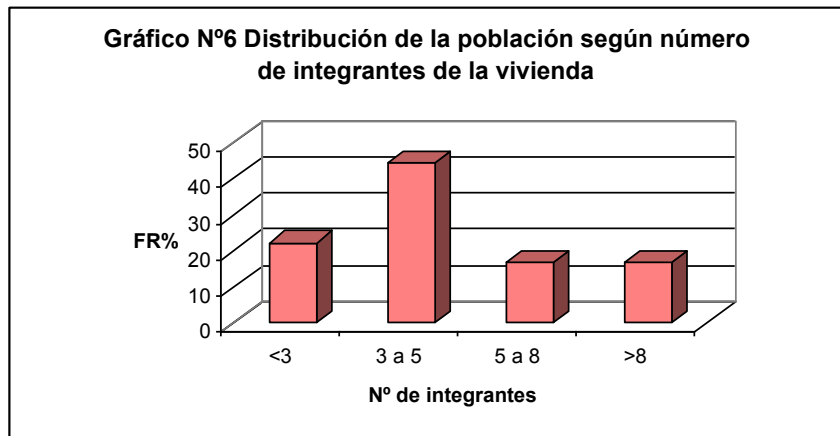


El 63.9 % de la población tiene ocupación, mientras que el 16,7 % corresponde a otros, como son: changas, zafrales.

Tabla N°6 Distribución de la población según número de integrantes de la vivienda.

Número de integrantes	FA	FR%
<3	8	22,20
3-5	16	44,40
5-8	6	16,70
>8	6	16,70
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.



En el 44,4% de las casas viven entre 3 y 5 personas.

Tabla N°7 Distribución de la población según instalaciones de la vivienda.

Instalaciones de la vivienda	FA	FR%
Luz eléctrica	36	100,00
Baño con inodoro	34	94,40
Ducha o bañera	33	91,60
Agua corriente por abastecimiento de OSE dentro de la casa	34	94,40
Agua corriente por abastecimiento de OSE fuera de la casa	2	5,50

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

La mayoría de las viviendas de las personas entrevistadas cuentan con las instalaciones básicas.

Tabla N°8 Distribución de la población según disposición final de excretas.

Disposición final de excretas	FA	FR%
Saneamiento	32	88,90
Caño que sale a la calle	1	2,80
Pozo negro	2	5,50
Pozo ciego	1	2,80
Total	36%	100,00

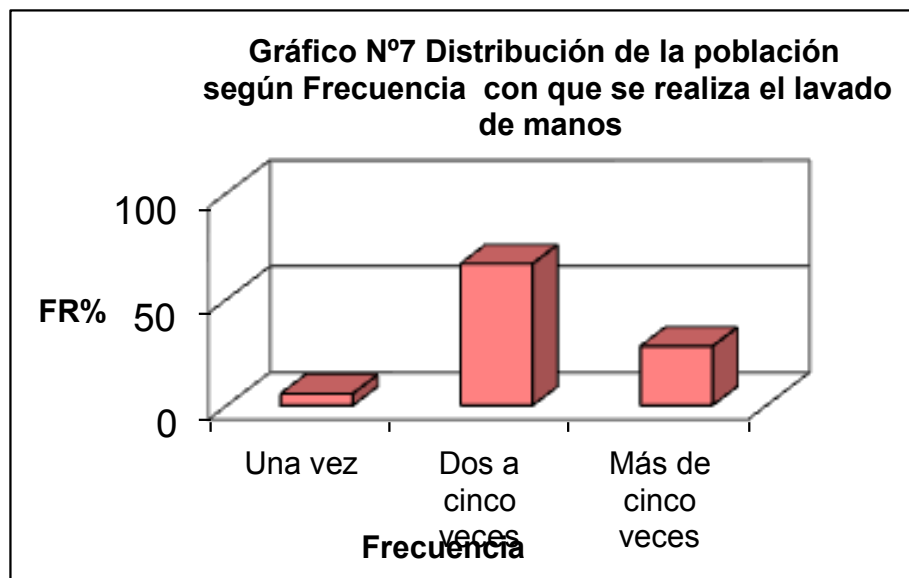
*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

Relacionado a disposición de excretas, el 88,9% posee saneamiento.

Tabla N°9 Distribución de la población según frecuencia de lavado de manos.

Frecuencia de lavado de manos	FA	FR%
Una vez	2	5,50
Dos a cinco veces	24	66,70
Más de cinco veces	10	27,80
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.



El 66,7 % de los entrevistados manifestó lavarse las manos de 2 a 5 veces en el día.

Tabla N°10 Distribución de la población según momentos en que realizan lavado de manos.

Momentos en que se lavan las manos	FA	FR%
Al levantarse	25	69,40
Antes de las comidas	22	61,10
Después de las comidas	12	33,30
Antes de preparar alimentos	35	97,20
Antes de alimentar a un niño	34	94,40
Después de cambiar a un niño	34	94,40
Después de ir al baño	34	94,40
Al llegar a casa de la calle	30	83,30

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

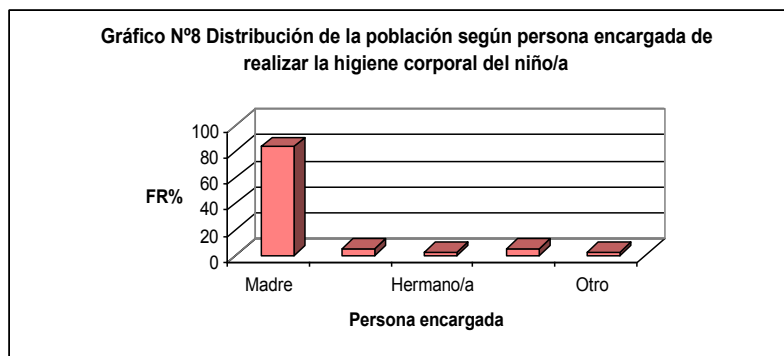
El 97,2% se lava las manos antes de preparar alimentos, el 83,3% se las lava al llegar de la calle.

Para realizar el lavado de manos la mayor cantidad de entrevistado refirió utilizar agua y jabón, hubieron quienes respondieron utilizar alcohol en gel, siendo éstos una pequeña minoría.

Tabla N°11 Distribución de la población según persona encargada de realizar la higiene corporal al niño/a.

Persona encargada	FA	FR%
Madre	30	83,40
Padre	2	5,50
Hermano/a	1	2,80
Abuelo/a	2	5,50
Otro	1	2,80
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.



La madre en 83,4% es quien realiza la higiene corporal del niño/a.

Tabla N°12 Bivariada. Distribución de la población según frecuencia con que realizan la higiene corporal al niño/ a.

Frecuencia	Baño		Cabello		Perineal		Bucal		Pabellón Auricular	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Más de una vez en el día	0	0	0	0	4 100	11,10	33 100	91,70	0 14,3	0
Una vez al día	8	22,20	4	11,10	9	25,00	3	8,30	8	22,20
Día por medio	9	25,00	8	22,20	0	0	0	0	9	25,00
Cada dos días	15	41,70	5	13,90	0	0	0	0	15	41,70
Una vez en la semana	4	11,10	15	41,70	0	0	0	0	4	11,10
Según necesidad	0	0	4	11,10	23	63,90	0	0	0	0
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	36	100,00	36	100,00	36	100,00	36	100,00	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

Gráfico N°15a Distribución de la población según frecuencia con que se realiza el baño

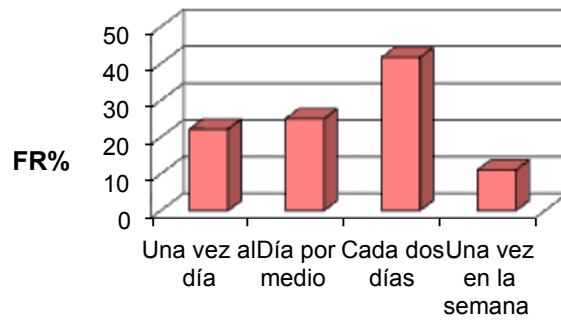


Gráfico N°15b Distribución de la población según frecuencia con que se realiza la higiene de cabello

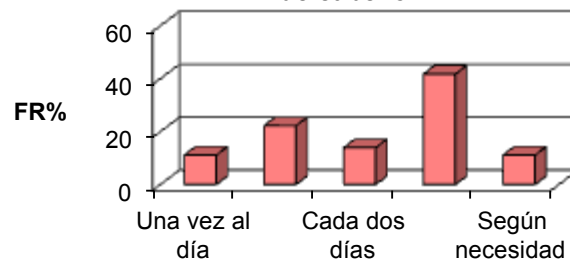


Gráfico N°15c Distribución de la población según frecuencia con que se realiza la higiene perineal

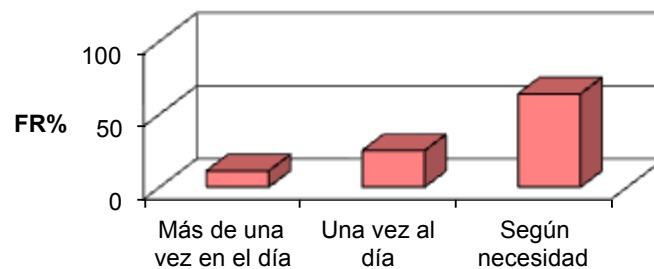


Gráfico N°15d Distribución de la población según frecuencia con que se realiza la higiene bucal

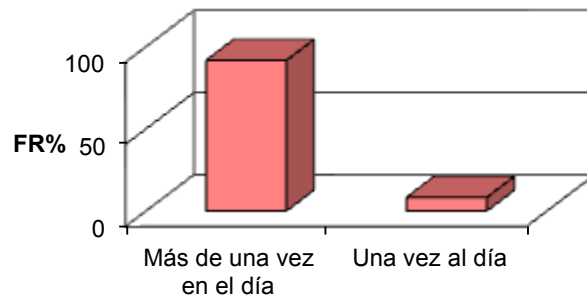


Gráfico N°15e Distribución de la población según frecuencia con que se realiza la higiene de pabellón auricular

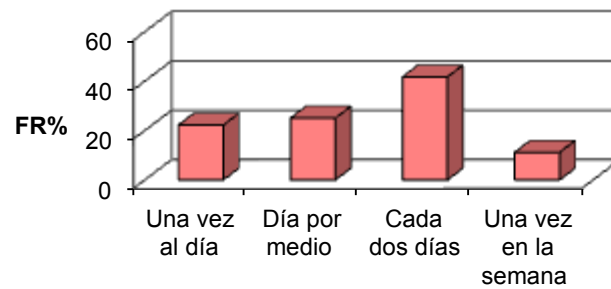
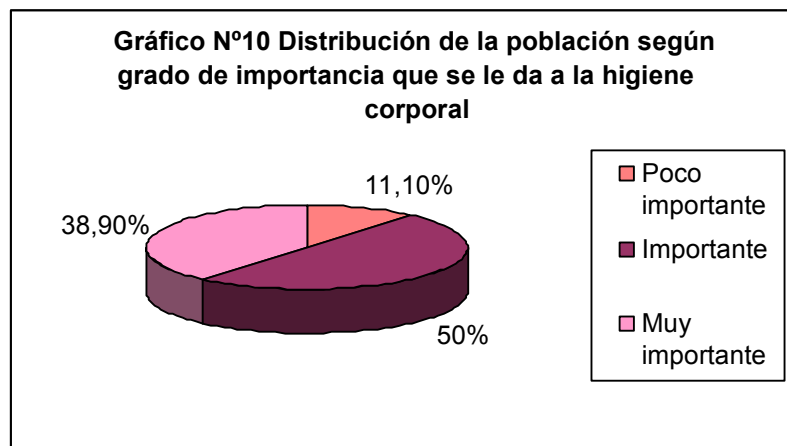


Tabla N°13 Distribución de la población según grado de importancia que se le da a la higiene corporal.

Grado de importancia que se le da a la higiene corporal	FA	FR%
Poco importante	4	11,10
Importante	18	50,00
Muy importante	14	38,90
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.



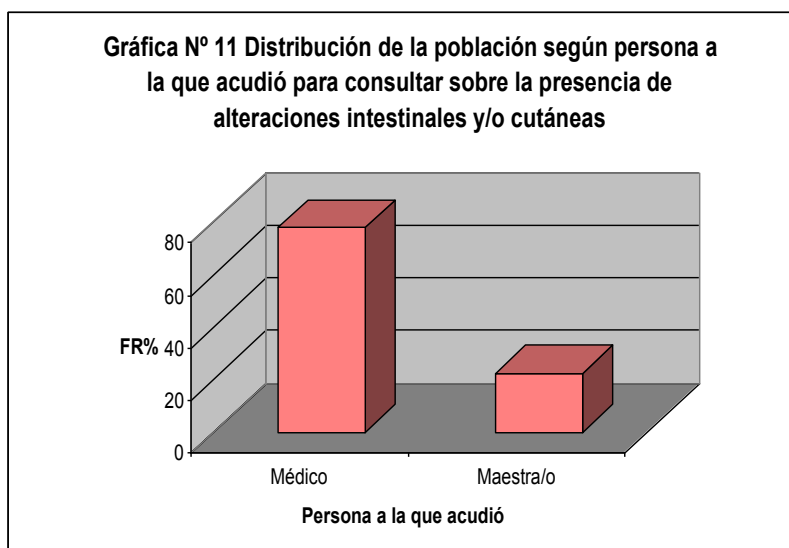
El 11,1% de la población considera que la higiene corporal es poco importante.

Según lo referido en la entrevista por los adultos responsables de los niños/as, se desprende que el 66,7% presentaron infecciones intestinales y un 52,8% alteraciones cutáneas en los últimos 3 meses.

Tabla N°14 Distribución de la población según persona a la que se acudió para consultar sobre la presencia de alteraciones intestinales y/o cutáneas.

Persona a la que se acudió	FA	FR%
Médico	28	77,8
Maestra/o	8	22,2
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

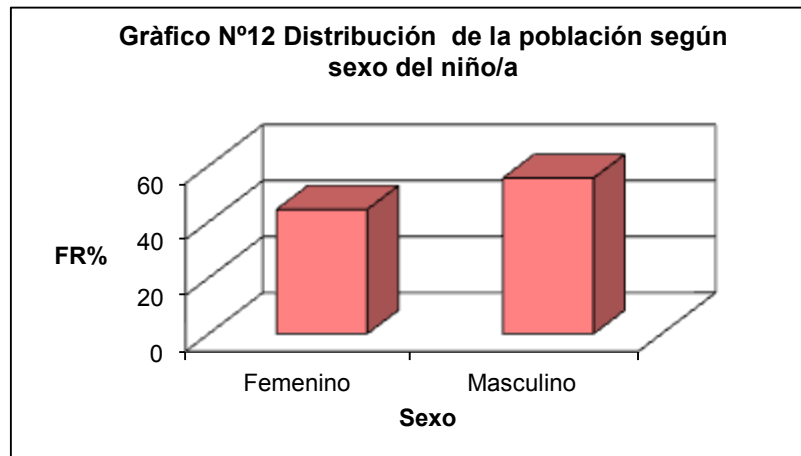


Ante la aparición de alteraciones el 77,8% consultó al médico.

Tabla N°15 Distribución de la población según sexo del niño.

Sexo	FA	FR%
Femenino	16	44,40
Masculino	20	55,60
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.

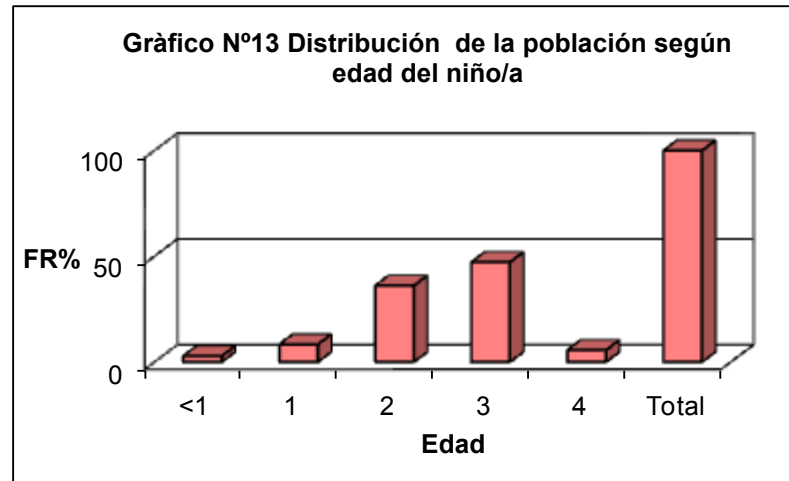


De los niños/as que concurren al Centro Educativo, el 55,6% son de sexo masculino.

Tabla N°16 Distribución de la población según edad del niño/a.

Edad	FA	FR%
<1	1	2,80
1	3	8,30
2	13	36,10
3	17	47,20
4	2	5,60
Total	36	100,00

*Fuente de datos elaborada por el grupo investigador.



Las edades son en mayor cantidad de 3 años representado por el 47,2%.



ANÁLISIS

El presente estudio se realizó con una muestra conformada por 36 niños/as de 0 a 4 años, pertenecientes a un Centro Educativo preescolar del barrio Cerro Norte. En el período comprendido entre el 16 y 24 de agosto del presente año. Las entrevistas fueron realizadas al representante de cada niño/a tanto a la entrada como a la salida del centro, a excepción de una entrevista que se realizó en domicilio a raíz de una invitación por parte de un referente.

Los niños/as que concurren al Centro son en mayor cantidad de sexo masculino con un 55,6% y el resto son de sexo femenino. Las edades de los mismos son de 0 a 4 años, pero en la distribución el mayor porcentaje representado por un 47,2% son niños/as de 3 años, el 36,1% de 2 años, y le sigue niños/as de 1 año representado con el 8,3%, el 5,6% son niños/as de 4 años y con el menor porcentaje de 2,8% son menores de 1 año.

Del total de los referentes adultos entrevistados el 94,4% fueron de sexo femenino y el 5,6% sexo masculino. Las edades en su mayoría estaban comprendidas entre 18 a 25 años siendo un 58,3%, con el 25% de 26 a 30 años, siguiendo con el 8,3% de 31 a 35 años, el 5,6% de 36 a 40 años, y con un menor porcentaje de 2,8% personas de más de 40 años.

La mayor parte de los referentes adultos entrevistados prevalecen las edades entre 18 y 25 años, lo que implica que son muy jóvenes.

Según el grado de parentesco, en su mayoría fueron entrevistadas las madres de los niños representando el 77,7%, siguiendo con el 8,3% los padres, el 5,5% hermano/a y abuelo/a, y con 1% otro, que corresponde en este caso a una niñera.

Se desprende de esta información que en cuanto al nivel de instrucción el 41,7% solo tienen primaria completa, el 5,6% primaria incompleta, el 11,1% tiene secundaria



completa y 27,7% incompleta, UTU incompleta con el 5,6%, el 8,3% tienen estudios terciarios.

El bajo nivel de estudios cursados, asociado a la joven edad de los referentes entrevistados, se cree que pueda ser un factor que influya negativamente en los hábitos de higiene de los niños, debido a que los hábitos de higiene no solo se adquieren en el hogar sino que también resulta del trabajo en conjunto con las Instituciones Educativas, como por ejemplo en la escuela (educación formal), que existen normas generales en cuanto a horarios, actividades a realizar, pero se sabe que no todos adquieren dichas normas o se adaptan a las mismas, ya sea porque no son iguales, o por la influencia familiar del entorno donde este niño vive. Si bien en el desarrollo como la vida del ser humano se desenvuelven a través de sucesivas etapas, en esta es donde los seres humanos muestran especial vulnerabilidad y gran dependencia, porque necesitan de cuidados especiales y mayor protección.

En cuanto a la distribución de la población según situación laboral, se puede decir que el mayor porcentaje tiene una buena inserción representado por un 63,9%, lo que evidencia la existencia de ingresos al hogar; un 8,3% de personas desocupadas y un 8,3% son jubilados o pensionistas; el 16,7% personas que se encuentran en otra situación, lo que corresponde en este caso a trabajos inestables como lo son (changas, zafrales, entre otros). Las ocupaciones son variadas y algunas de ellas son alternantes, por lo que el ingreso no es siempre el mismo. Esta puede ser una de las razones por la que los niños asisten al Centro Educativo.

La mayoría de las viviendas están constituidas entre 3 y 5 personas siendo representado por el 44,4%, un 22,2% viven menos de 3 personas, el 16,7% conviven entre 5 y 8 personas, y con un 16,7% conviven más de 8 personas con el niño en la vivienda.

Haciendo referencia a las instalaciones de la vivienda, el 100% cuenta con luz eléctrica, baño con inodoro, ducha y agua corriente de OSE; sin embargo hay casos que no tienen todos los elementos y que además no tienen abastecimiento de agua potable; estos



últimos representados por una minoría. En cuanto a la distribución de la población según sistema de disposición final de excretas se desprende que la mayoría de las viviendas cuenta con saneamiento representado por el 88,9%, el 5,5% posee pozo negro, el 2,8% posee pozo ciego y el mismo porcentaje presenta caño con salida hacia la calle.

Esto permite demostrar que la mayoría de las familias cuenta con los recursos necesarios, y tomando en cuenta a Lalonde se dan los factores condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad, en el cual la salud obedece a la interacción dinámica entre dos universos ecológicos; el interno y el externo.

Interiorizando en lo que es el tema higiene, cabe destacar que en cuanto a la distribución según frecuencia de lavado de manos hay un 66,7% que refiere realizarlo de dos a cinco veces durante el día, le sigue con un porcentaje menor de 27,8% que lo realiza más de cinco veces al día y se destaca que un mínimo porcentaje de 5,5% lo realiza una sola vez al día. Si bien este último valor es bajo, repercute significativamente en el momento de evaluar las prácticas de higiene.

En cuanto a los momentos en que realizan el lavado de manos, según lo referido es en forma recurrente, lo cual no se vio reflejado ante lo observado ya que habían niños/as que presentaban uñas largas y con suciedad.

Los elementos que se utilizan para realizarlo son agua y jabón representado con el 94,4%, y un menor porcentaje representado por el 5,6% refirió utilizar alcohol en gel.

Este dato no es menos importante dado que luego de utilizar reiteradamente el alcohol en gel sin el adecuado lavado de manos con agua y jabón, este no resulta eficaz a la hora de eliminar los gérmenes.

La persona encargada en realizar la higiene corporal del niño/a en casi todos los casos es la madre con un 83,4%. Se destaca en ello uno de los puntos a los que se refiere la



puericultura, que el niño y la madre compartan el momento del aseo corporal, lo que conlleva a lograr mayor unión, comunicación e interacción.

Si bien existe la conducta en cuanto a higiene corporal, esta no se realiza diariamente, sino que en su mayoría es cada dos días. Los resultados obtenidos son que el 41,7% realiza el baño cada dos días, un 25% día por medio y un 22,2% lo realiza diariamente; existe un porcentaje menor de 11,1% que refiere hacerlo más de una vez al día. Según lo referido por los encuestados en el momento de la entrevista esta situación se debe a la época del año en que se encuentran o sea el invierno. Justificado esto por las bajas temperaturas de dicha época y el temor a que los niños/as contraigan alguna enfermedad. Esto influye en forma negativa en los niños/as dado que la higiene corporal realizada adecuadamente, con los elementos apropiados y en el momento que sea necesario, es una medida básica para mantener una buena salud.

Debido a lo referido por los representantes en cuanto a la frecuencia con que se realiza la higiene corporal, no es la más apropiada. Esto se ve reflejado durante lo observado en el Centro Educativo ya que los niños/as no presentaban adecuada higiene de cabello, cara, manos y vestimenta.

En cuanto a la higiene de cabello de los niños/as, los responsables refirieron que lo realizan una vez por semana representado con el 41,7%, el 22,2% lo realiza día por medio, un 13,9% cada dos días y el resto una vez al día o según necesidad.

La higiene perineal se realiza en mayor cantidad según necesidad del niño/a representando un 63,9%, el 25% refirió realizarla una vez por día y un mínimo porcentaje de 11,1% lo realiza más de una vez en el día.

La higiene bucal se realiza más de una vez al día representado por el 91,7%, lo expresado por los entrevistados es que lo realizan más precisamente 2 veces al día. Ya que en el Centro lo hacen una vez, los niños en sus hogares por lo general se cepillan una vez los dientes. El 8,3% refirió realizarlo una vez al día, esto deja entrever que dichos



niños no se realizan higiene bucal en sus hogares sino que el único momento en realizarlo es en dicho Centro Educativo. Este último porcentaje pone en riesgo el contraer infecciones en encías y aumentar la presencia de caries. Los alimentos y bebidas dejan residuos entre los dientes que al fermentar favorecen la aparición de estos procesos.

Al referirse al grado de importancia que tiene la higiene corporal para el entrevistado, se destaca que para la mayoría es importante representado por el 50%, y con el 38,9% muy importante, fundamentando que: *“es una adecuada forma de prevenir enfermedades”, “para sentirse cómodo”, “para interactuar con mi hijo”*. Hubo un porcentaje de 11,1% que refirió que la higiene corporal es poco importante.

En cuanto a la presencia de infecciones intestinales y alteraciones cutáneas se observa que la mayoría de los niños/as las han presentado, inclusive se observó en el momento de la recolección de datos.

A su vez las familias argumentan que *“cuando uno comienza los demás integrantes de la familia también se enferman”*; lo que refleja el alto grado de contagio existente a causa de estas infecciones.

Los adultos responsables refirieron que los niños/as que presentaban dichas alteraciones y/o infecciones, a pesar de las recomendaciones médicas y de los representantes del Centro Educativo de permanecer en sus hogares para evitar contagios igualmente concurrían al mismo. En esta situación se ve claramente una alteración en la Promoción de Salud dada que la misma consiste *“en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*. Es decir, la promoción de salud es un proceso que le brinda a la población los medios necesarios para llevar a cabo una mejor calidad de vida sobre su salud.

Los resultados obtenidos fueron que el 66,7% de los niños presentaron alteraciones intestinales, de las cuales las mayormente nombradas fueron diarrea y vómitos; en cuanto



a alteraciones de la piel, un gran porcentaje presentó alguna erupción de importancia representado por el 52,8%.

Al consultar a quien acudió para resolver la situación, la mayoría respondió al médico en primer lugar y la maestra en segundo lugar, lo que destaca el correcto proceder de las familias en el momento de consultar ante la aparición de alguna alteración.

En este análisis se ve reflejado el modelo de Lalonde debido a que los factores condicionantes y determinantes influyen en el proceso salud-enfermedad de los individuos, en cuanto a la prevención y promoción de salud se encuentran afectados dado que los mismos tienen como objetivo fomentar y defender la salud de los individuos, evitando la enfermedad.



CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

Para dar cierre a esta investigación se concluye que se logró alcanzar el objetivo propuesto por el grupo investigador, el cual era conocer las prácticas de higiene corporal que realizan los adultos responsables de los niños/as de 0 a 4 años de edad, que concurren al Centro Educativo del barrio Cerro Norte, y detectar la presencia de alteraciones cutáneas y/o infecciones intestinales.

Partiendo del análisis se desprende que los hábitos de higiene no son del todo adecuados, en cuanto a la frecuencia y utilización de materiales para dicho procedimiento (si seguimos el orden de los objetivos me parece esta conclusión debe ir acá).

Se observó que algunos niños y niñas presentaron alteraciones cutáneas y/o infecciones intestinales, dentro de los cuales la diarrea fue la más nombrada.

A pesar de las recomendaciones médicas de que los mismos permanecieran en sus hogares continuaron concurriendo al Centro Educativo. Al no cumplir dichas recomendaciones se facilitó la propagación de las enfermedades entre ellos mismos.

Cabe destacar que para un determinado porcentaje de los entrevistados, si bien en menor número pero a su vez no deja de ser un dato relevante, las prácticas de higiene corporal no representan un hábito de gran importancia.

Como profesionales de la salud se debe abordar a esta población de manera integral ejerciendo las funciones de asistencia, docencia, administración e investigación por lo que se asume el compromiso de contribuir en el desarrollo de propuestas donde las familias se integren con un rol protagónico, con una participación activa, cotidiana y responsable, realizando actividades educativas, programadas y dirigidas hacia la promoción de salud, y de hábitos saludables como lo es la higiene corporal y prevención de enfermedades.



En el caso de las alteraciones cutáneas y/o infecciones intestinales se debería realizar un abordaje en el que la familia cumpla un rol preponderante durante el tratamiento de las mismas. Además estimular la participación activa de otros integrantes de la misma.

Sería muy enriquecedor programar actividades educativas sobre la importancia de la higiene corporal y pasos para realizarla en forma adecuada, dirigidas tanto a las familias de los niños/as como a los integrantes del Centro Educativo.

El rol de enfermería juega un papel fundamental como nexo para lograr un trabajo en equipo, involucrando a todos los que trabajan en el Centro Educativo, familias y su entorno.

Debido a que la etapa preescolar es una etapa muy importante dentro del desarrollo humano en la cual adquieren autonomía y desarrollo de iniciativa es que necesitan cuidados especiales y mayor protección, por lo que la familia es el pilar fundamental para ello.

Como puericultores se deben inculcar las prácticas de crianza más apropiadas para la formación de los niños/as de manera de lograr los mejores resultados.

Sería apropiado dar una continuidad a este estudio a través de una investigación cualitativa que permita conocer en mayor profundidad el porque no se realizan las prácticas de higiene corporal de manera adecuada y en forma frecuente a pesar de contar con los recursos necesarios para la misma.



BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Barrenechea C., Menoni T., Lacava E., Monge A., Acosta C., Crosa S., Gabrielzyk I., Carrillo R. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Comunitaria. Diciembre 2009.
- Comisión sectorial de educación permanente, Actualización en Salud Comunitaria: Herramientas metodológicas para el trabajo en Primer nivel de atención, 2009.
- Ketzoian C. Estadística Médica. Oficina del Libro FEFMUR: Montevideo - Uruguay 2004.
- Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. Cuarta edición en español de la obra original en inglés: Barcelona (España).
- Pérez C, Montano A. Rubio I. Atención Pediátrica. Oficina del libro FEFM 6ª edición. Julio 2007.
- Pineda E, Alvarado E. Metodología de la Investigación. Tercera edición: Oficina regional de la OMS 2008.
- Ramos Caleros. Enfermería Comunitaria: Bases teóricas. Editorial DAE. Madrid 2001.
- Villar, Hugo, Concepto de salud-enfermedad, Actualización en salud comunitaria y familiar, Facultad de Enfermería, 2009.
- UDELAR. Área Salud. Modelos de Atención en Salud. Cursos Niveles de Atención. Montevideo 2007



Fuentes electrónicas:

Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil en el municipio de Cabimas, estado de Venezuela. Revista Archivo Médico de Camagüey 2008. Disponible en: <http://www.medicina.udea.edu.com> [consulta: mayo 2011].

Chire D., Chire M., Hernández L., Fortalecimiento de la higiene personal en escolares, San Juan de los Moros, abril 2011. Disponible en: <http://www.joseantonio-hazmat.blogspot.com/2011/04/tesis-sobre-el-fortalecimiento-de-la.html> [consulta: mayo 2012].

Como evitar muchas enfermedades, Medicina preventiva, Cap. 12 pág. 131-150. Disponible en: <http://www.pandemicreferenceguide.com/pdfFiles/healthCare/Donde> [consulta: agosto 2011].

Crianza, concepto. Disponible en: <http://servicios.elpais.com/diccionarios/castellano/crianza> [consulta: junio 1011].

Desarrollo comunitario, apuntes. Disponible en: http://www.eumed.net/libros/2011/1046/concepto_comunidad.html [consulta: marzo 2012].

Fortalecimiento de la higiene personal. República Bolivariana de Venezuela Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. Disponible en: <http://www.pageinsider.com/joseantonio-hazmat.blogspot.com> [consulta: abril 2012].

Higiene, Enfermera Instituto Teletón. Disponible en: <http://www.hospitaljosefinamartinez.cl/html/documento/higiene> [consulta: febrero 2012].

Índices Mensuales, trimestrales y anuales, Instituto Nacional de Estadística; Estadísticas oficiales a nivel nacional - Uruguay. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/#> [consulta: marzo 2012].



Junta de Extremadura. Consejería de Educación Ciencia y Tecnología. Dirección Provincial de Badajoz. Disponible en: <http://www.soft.unex.es/ampap/higiene> [consulta: febrero 2012].

La crianza humanizada, Boletín del grupo de puericultura, Revista de Pediatría. Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia 2012. Disponible en: <http://www.encolombia/medicina/pediatrica/pedi36201-crianza.htm> [consulta: marzo 2011].

La higiene personal. Protocolo infantil. Disponible en: <http://www.protocolo.org/familia/buenosmodaleseducacioninfantil/lahigienepersonalprotocoloinfantil.html> [consulta: abril 2012].

La prevención en salud. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ciudad de la Habana. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com> [consulta: marzo 2012].

Los conceptos que se elaboraron en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978). Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definiciones/puericultura> [consulta: junio 2012].

Modelos de Atención en Salud. Cursos Niveles de Atención. Área Salud. UDELAR. Montevideo 2007. Disponible en: www.rau.edu.uy/fcs/dts/Ensenanza/seminariosalud [consulta: mayo 2011].

Niñez y Juventud. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Volumen 1 – Numero 1. Enero -Junio 2003. Disponible en: <http://www.umanizales.edu.com/revistacinde/index.html> [consulta: marzo 2011].

O.M.S conferencia Alma-Ata (1987). Disponible en: http://www.apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56sa5627.pdf [consulta: abril 2012].



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



Puericultura, concepto. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definiciones/puericultura> [concepto: junio 2011].









UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



ANEXOS

ANEXO N°1

CRONOGRAMA DE GANTT

Actividades	Marzo - Diciembre 2011	Enero - Febrero 2012	Marzo - Abril 2012	Mayo - Junio 2012	Julio - Agosto 2012	Setiembre- Octubre 2012	Noviembre- Diciembre 2012
<i>Reuniones Grupales</i>							
<i>Elección de tema a investigar</i>							
<i>Revisión de material bibliográfico</i>							
<i>Elaboración de protocolo de investigación</i>							
<i>Recolección y procesamiento de datos</i>							
<i>Análisis y conclusiones</i>							



ANEXO N°2

ALTERACIONES CUTÁNEAS MÁS PREVALENTES

Entre las patologías de piel se encuentran:

Dermatitis: “Trastorno inflamatorio de la piel, caracterizado por eritema, dolor o prurito. Las erupciones cutáneas son muy variables y pueden ser exclusivas de un alérgeno, enfermedad o infección en particular. Puede ser crónica o aguda y el tratamiento es específico de su causa. Entre los distintos tipos de esta afección se encuentran: Dermatitis actínica, dermatitis de contacto, y dermatitis seborreica.”

Escabiosis: “Enfermedad contagiosa producida por un acaro, *Sarcoptes scabiei*, caracterizada por intenso picor de piel y excoriaciones consecutivas por el rascado. El acaro se transmite por contacto directo o a través de utensilios contaminados con huevecitos. La sensibilización comienza a los dos o tres meses de la infección, apareciendo prurito y erupción popular entre los dedos de las manos, las superficies de flexión de las muñecas y muslos. Puede existir una infección bacteriana secundaria. El diagnóstico se hace por detección de los ácaros adultos, larvas o huevos en los surcos donde se alojan. Se trata con ungüento de azufre, benzilbenzoato u otros sarnicidas de uso tópico, los antihistamínicos orales disminuyen el prurito”.

Pediculosis: “Infestación por piojos, parásitos hematófagos. La pediculosis capitis es la infestación del cuero cabelludo por piojos. La pediculosis corporis supone la infestación de la piel del cuerpo y la pediculosis parpebrae la de los párpados y pestañas. Finalmente la pediculosis pubis es la infestación del vello púbico.



Impétigo: “Infección estreptocócica o estafilococia de la piel, que comienza por un eritema focal y progresa hasta producir vesículas pruriginosas, erosiones y costras melecericas. Las lesiones suelen localizarse en la cara y se extiende localmente. Las secreciones de las lesiones son altamente contagiosas por contacto.

Enfermedad de Lyme, o borreliosis Esta enfermedad es una zoonosis, o para que nos entendamos mejor, contagiosa para los humanos. Pero la enfermedad de Lyme no se puede transmitir directamente de tu perro a ti, solo te puedes contagiar, si una garrapatas infectada te pica a ti. Es causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi* que afecta la piel y se propaga hacia las articulaciones y sistema nervioso pudiendo afectar a otros órganos en su etapa más avanzada. Produce cuadros de fiebre, anorexia, poliartritis, miopatías y adenopatías.



ANEXO N°3

INFECCIONES INTESTINALES

Enfermedad relacionada con la presencia de gérmenes, virus, bacterias, en la esfera digestiva.

Son infecciones producidas por bacterias o virus que en conjunto se conocen como "virus entéricos".

Entre las bacterias más frecuentemente implicadas en las infecciones entéricas están *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae* y determinadas especies de *Salmonella*, *Shigella* y estreptococos anaerobios.

En los últimos 20 años se ha observado un aumento en la cantidad de estos virus a medida que en diferentes regiones del mundo se fueron encontrando diversas asociaciones de gran importancia entre dichos virus entéricos y la aparición de cuadros de gastroenteritis aguda.

Son cuatro los tipos de familia de virus que se han descrito como responsables de episodios de diarrea aguda, a saber:

- **Rotavirus:** es el más frecuente de los agentes responsables de los cuadros de diarrea aguda, sobre todo en los niños menores de 2 años.
- **Adenovirus:** Asociado sólo en el 2 al 10% de los casos y se acompaña de síntomas respiratorios.
- **Astrovirus:** produce gastroenteritis en niños y en ancianos, registrándose brotes en instituciones como escuelas, hogares para ancianos, salas de hospital.
- **Calcivirus humanos:** responsable de episodios de diarrea sobre todo en adultos y asociado con la ingestión de agua y alimentos contaminados.



Las infecciones intestinales, se producen principalmente a causa de alimentos, es decir, por alimentos contaminados, ya sean productos crudos o alimentos listos para consumir.

Las infecciones intestinales también pueden producirse por alimentos que no han sido cocidos adecuadamente y por tanto no alcanzan la cocción necesaria para eliminar los microbios que contienen por naturaleza. Por esto mismo es fundamental tener en cuenta, que los niños no deben comer nunca carne, pollo o pescado que tenga puntos o zonas rojas en su interior.

Cuadro clínico

Luego de un periodo de incubación variable, en promedio de tres días, aunque puede extenderse hasta diez días, aparece el cuadro clínico característico de una gastroenteritis aguda.

Las manifestaciones clínicas pueden ir desde un cuadro donde sólo se detecta la eliminación de los virus con las heces por métodos especiales sin que se observe ningún síntoma (habitual en recién nacidos), hasta una diarrea aguda severa que requiera de una internación, ya que de lo contrario puede tener un desenlace fatal.

Entre los síntomas más frecuentes se observan vómitos intensos, fiebre elevada (de 39 grados centígrados o más), malestar general similar a un cuadro gripal y dolor abdominal intenso con exacerbaciones periódicas.

La diarrea puede ir desde leve con escasa cantidad de deposiciones líquidas, hasta un cuadro grave con deposiciones intensas y explosivas.

La complicación más frecuente y temida a la que pueden llegar estos niños es la deshidratación, por lo que deben adoptarse todas las medidas necesarias para evitarla.



Tratamiento

En el tratamiento, el principal objetivo es evitar la deshidratación aunque todavía no se tenga identificado el agente responsable.

Las denominadas sales de rehidratación oral contienen todos los componentes necesarios para evitarla. Para que esta terapia no fracase, las sales deben administrarse en cantidades pequeñas y en forma reiterada, con el fin de evitar el vómito.

La restricción de los alimentos debe ser por el menor tiempo posible y en cuanto a la lactancia materna, ésta no debe ser suspendida ni disminuida.

Evitando la aparición de los brotes agudos puede prevenirse su aparición en ambientes cerrados (colegios, hogares, etc.) Las principales medidas a instaurar en todas las instituciones, fundamentalmente si concurren niños, consisten en el mantenimiento de todas las superficies limpias y promover el frecuente lavado de las manos. Estas medidas deben extenderse a todos los ámbitos, como así también el intenso lavado de las frutas y verduras que se consuman crudas.



ANEXO N°4

CARTA DIRIGIDA A LOS REFERENTES DE LOS NIÑOS/AS DEL CENTRO EDUCATIVO EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA ENTREVISTA.

Sres. padres.

A través de éstas líneas, quienes suscriben, cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, pretenden explicar el motivo y la finalidad de realizar el estudio en dicho centro.

Estando a poco tiempo de culminar la carrera y debiendo seleccionar un tema de investigación para llevar a cabo nuestra tesis, es que seleccionamos "La higiene corporal en niños", más aún, siendo necesario limitar la edad, elegimos trabajar con padres de niños de cero a cuatro años de edad. Se nos brindó la oportunidad de realizar dicha investigación en un Centro educativo y nos pareció una maravillosa idea.

Siendo que la higiene corporal, el desarrollo de hábitos de higiene y los conocimientos que los adultos responsables de esos niños posean son tan importantes, es que hemos elaborado un pequeño cuestionario, para ser respondido por los adultos.

Las preguntas de dicho cuestionario serán realizadas por las estudiantes, en forma individual y anónima. Los datos obtenidos nos aportarán información sobre conocimientos referente a higiene corporal, condiciones en que se lleva a cabo la misma, desarrollo de hábitos en los niños, así como aspectos generales como ser, estado civil, nivel de instrucción, empleo, vivienda, etc. Cabe destacar que la finalidad de las preguntas comprendidas en el cuestionario es simplemente a modo de información para nosotras, sin pretender juzgar ni criticar sus conocimientos u otros aspectos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



ANEXO N°5

Instrumento

Formulario de recolección de datos N° _____

Fecha:

1- Sexo del entrevistado: F M

2- Edad del entrevistado:

3- Grado de parentesco con el niño/a:

MADRE	
PADRE	
HERMANO/A	
ABUELO/A	
OTRO	Especificar: ¿cuál?

4- Nivel de instrucción del adulto entrevistado:

PRIMARIA COMPLETA	
PRIMARIA INCOMPLETA	
SECUNDARIA COMPLETA	
SECUNDARIA INCOMPLETA	
UTU COMPLETA	
UTU INCOMPLETA	
ESTUDIOS TERCARIOS	
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	
OTROS	
ANALFABETO	

5- Situación laboral:

Ocupado/a	
Desocupado	
Jubilado/a	
Pensionista	
Otra situación	

6- ¿Quién suministra el dinero para los gastos de la familia? _____

7- ¿Por medio de qué ocupación? _____

8- Personas que habitan en el hogar en forma permanente con el niño:

Menos de tres.	
Entre tres y cinco.	
Más de cinco pero menos que ocho.	
Más de ocho.	

9- Nº total de niños que habitan en el hogar en forma permanente con el niño:

< de 1 año	
1 - 4 a 11 m 29 d	
5 - 9 a 11 m 29 d	
> de 10 años	

10- VIVIENDA

Instalaciones que tiene la vivienda:

Luz eléctrica	
Baño con inodoro (WC)	
Ducha o bañera	
Agua corriente por abastecimiento OSE dentro de la casa	
Agua corriente por abastecimiento OSE fuera de la casa	
No tiene agua corriente	

Si no tiene agua corriente en la casa, preguntar cuál es la fuente del suministro (si acarrea, desde qué distancia, etc.)

Disposición de excretas humanas en la vivienda:

Inodoro con cisterna	
Inodoro sin cisterna (vertido de agua manual)	
Letrina seca	
Al aire libre	
otro	

Sistema de disposición final de excretas:

Saneamiento	
Caño que sale a la calle	
Pozo negro	
Pozo ciego	
Vertido a zanja	
Otro	
ninguno	

11- ¿Alguno de los miembros de la familia ha tenido diarrea en los últimos 30 días?

12- Si responde SI, preguntar ¿quién?

Menor de 1 año	
De 1 a 4 años	
De 5 a 14 años	
adulto	

13- ¿Qué se hizo para curar al enfermo de diarrea?

14- ¿Algún miembro de la familia ha tenido alguna infección intestinal SIN diarrea, en los últimos 3 meses? NO () SI ()

15- ¿Cuáles medidas considera usted importantes para prevenir la diarrea?

Lavado de las manos	Lavado de frutas y verduras	
Hervir el agua de tomar	Correcta eliminación de excretas	
No usar mamadera	Control y eliminación de la basura	
Higiene del hogar	Otro	
Higiene en la manipulación de alimentos	No sé	

16- ¿Con qué frecuencia se lava usted las manos en el día?

No me las lavo	
Una vez	
Dos a cinco veces	
Más de cinco veces	

17- ¿En qué momento se lava las manos?

Al levantarse		Después de cambiar a un niño	
Antes de las comidas		Después de ir al baño	
Después de las comidas		Al llegar a casa de la calle	
Antes de preparar alimentos		otro	
Antes de alimentar a un niño			

18- ¿Con qué se lava usted las manos?

Solo con agua	
Con agua y jabón	
Con desinfectante	
De otra manera	

19- ¿Cuál es el tipo de jabón que tiene actualmente en su casa? Especifique _____

20- ¿Qué usos le da al jabón?

Baño personal	
Lavado de ropa	
Lavado de manos	
Lavado de utensilios de cocina	
otro	

DATOS ESPECÍFICOS DEL NIÑO

1-Sexo: F M Edad:

2-En cuanto a la higiene corporal del niño/a:

2.1- ¿Quién realiza la higiene del niño/a?

2.2- ¿Cuáles son los pasos que se llevan adelante para realizar la higiene corporal del niño/a?

.....

.....

.....

.....

3-¿Cual es el lugar destinado para el baño del niño/a?

.....

4- Materiales que utiliza para realizar la higiene corporal:

.....

.....

.....

5- Frecuencia con que se realiza la higiene corporal:

Se deberá registrar en el casillero la respuesta del adulto

HIGIENE CORPORAL	
HIGIENE DEL CABELLO	
HIGIENE PERINEAL (genitales)	
HIGIENE DE MANOS	
HIGIENE BUCAL (cepillado dental)	
HIGIENE DE PABELLON AURICULAR (orejas)	

6- ¿Qué grado de importancia tiene para usted la higiene corporal del niño?

➔ Explicar porqué.

.....

.....

.....

7- ¿Ha presentado el niño/a algún tipo de alteración cutánea?

Si

No

Se explicará qué significa alteración cutánea.

8- ¿Consultó con alguien cómo solucionarlo?

Si

No

9- ¿A dónde acudió para solucionarlo?

Al médico		A la maestra/o	
A la curandera		A la vecina	
A la enfermera		Otros (especificar)	

10- ¿Por quién fue criado/a usted?

11- ¿Cómo describe usted la crianza recibida durante su infancia? Explique

12- ¿Cuándo usted no cumplía una orden, cómo se la hacían cumplir? Explique

13- ¿Considera usted que la crianza recibida en su hogar de origen influye en la crianza que le da a su hijo? ¿Por qué? (o puede ser nieto, sobrino, dependiendo de quién sea el adulto entrevistado)