UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA

HÁBITOS DE LOS JEFES DE FAMILIAS QUE INFLUYEN EN LA PRODUCCIÓN DE PARASITOSIS INTESTINAL

De familias con niños a cargo entre seis meses a doce años que asisten a una policlínica de sector público, en el período octubre 2012

Autores:
Br. Correa, Graciela
Br. Dominguez, Mariana
Br. Galvete, Ma. Del Pilar
Br. Rodríguez, Stephanie
Br. Rosas, Stefanie

Tutoras:
Prof. Adj. Lic. Enf. América Monge
Prof. Adj. Lic. Enf. Cecilia Acosta

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

Montevideo, 2013

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cinco bachilleres, perteneciente a la Facultad de Enfermería, correspondiente a la Universidad de la República, del plan de estudios 1993,cursando el modulo I, cuarto ciclo, Cátedra de Comunitaria, correspondiente a la elaboración del Trabajo Final de Investigación (TFI).

El tema central de nuestro TFI es 'Identificar los hábitos de los jefes de familia que influyen en la producción de parasitosis con niños a cargo entre seis meses a doce años, que se atienden en la policlínica del sector publico, en octubre del dos mil doce.

AREA TEMATICA

Enfermedades prevalentes en la niñez.

FORMULACION DEL PROBLEMA

Cuáles son los hábitos de los jefes de familia que influyen en la producción de parasitosis intestinal; de familias con niños a cargo entre seis meses a doce años que asisten a una policlinica de sector público, en el periodo Octubre 2012.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los hábitos de los jefes de familia que influyen en la producción de parasitosis intestinal; de familias con niños a cargo entre seis meses a doce años que asisten a una policlinica de sector público, en el periodo Octubre 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los hábitos de higiene de los jefes de familia
- Identificar los hábitos de los jefes de familia que influyen en la ocurrencia de parasitosis intestinal.
- Determinar qué información posee el jefe de familia en relación a la parasitosis.

FUNDAMENTACION

Según la OMS, la parasitosis infantil integra una de las seis enfermedades de mayor influencia, afectando la salud de un 85% de la población que habitan en sectores rurales y urbanos.
De acuerdo a las investigaciones de la OMS, la parasitosis intestinales tiene relación con el saneamiento ambiental, el control de las aguas negras y disposición de agua potable para el consumo[1]

Las parasitosis siempre son más graves en los niños muy pequeños, ya que el contagio de los mismos, es a través del ciclo ano-mano-boca como también el hábito de llevar las manos sucias a la boca, facilitan la introducción de huevos y larvas de los parásitos, y permite que se mantenga la vía de infestación.[2]

Las enfermedades parasitarias son responsables de una morbilidad considerable en el mundo entero; de esta manera se presentan frecuentemente con síntomas no específicos y altas tasas de prevalencia.[3]

En cuanto respecta a las tasas de prevalencia elevadas, la OPS-OMS realizó un estudio en Latinoamérica en el período 2008-2009 y arrojó que un 20–30 % de esa población están infectados por parásitos, mientras que las cifras en los barrios pobres alcanzan con frecuencia el 50% y hasta el 95% en algunas tribus indígenas[4]

En nuestro país el último estudio realizado sobre parasitosis en el año 2011 en Montevideo (se diagnosticaron parásitos en 161, de los 248 niños estudiados de las escuelas 5, 318, 327, 168, 367, 157, 348, 184 de los barrios Casabó y Cerro Oeste)[5]

---

1 http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200002&script=sci_arttext

2http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200002&script=sci_arttext

3http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200002&script=sci_arttext

4 http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/psit-program-page.htm

5 Universidad de la República-Facultad de Medicina, Instituto de Higiene "Prof. A. Berta". Departamento de Parasitología y micología"-Intendencia de Montevideo- ANEP. Proyecto "Prevención de Parásitos en escuelas de Montevideo" Informe de Parasitología. Diciembre 2011

En el 2009 según los resultados obtenidos la prevalencia de parásitos intestinales en niños de una escuela pública de Malvín Norte fue de un 80%[6]

Se realizaron estudios en 16 guarderías que forman parte del Programa Nuestros Niños de los barrios: Bella Italia, Casavalle, Capra, La Tablada y Valparaíso. Las que mostraron en el primer semestre del año 1997 mayor porcentaje de parasitismo fueron: Bella Italia (63,4%), Casavalle (54,9%) y La Tablada (52,9%), mientras que en el segundo semestre fueron: Casavalle (58,6%), Capra (45,8%) y Valparaíso (45%).[7]

Si bien es importante conocer las estadísticas epidemiológicas del mundo y sobre todo de nuestro país, consideramos de mayor relevancia la aplicación de modelos de protección y promoción de salud, así como de prevención de enfermedades que acercan a una integración holística de los problemas de salud.

Refiriéndonos acerca de la importancia sobre la promoción de salud y la prevención de la parasitosis intestinal, es uno de los problemas de salud de la población escolar de fácil prevención, si los individuos logran adquirir conocimientos, destrezas y aptitudes básicas de higiene que los llevaran a actuar con responsabilidad y contribuir notablemente a mejorar la salud individual y colectiva, lo cual permitirá prevenir las enfermedades y los problemas de salud en la comunidad.

El agravamiento sustantivo de la pobreza infantil que hubo en las últimas décadas ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Como lo demuestra el indicador Mortalidad Infantil en Uruguay, que el año pasado (2011) aumento de 7,7 (2010) a 8,9 por cada mil nacidos vivos; lo que evidencia que aun existen grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa.

Algunas de las causas que influyen en este fenómeno son el debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular la falta de cuidados y estímulos en la primera infancia que afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía.[8]

En cuanto a las causas más frecuentes de alteraciones del desarrollo en la niñez y/o alteraciones del proceso de aprendizaje, se destaca el aumento en la incidencia del número de casos de parasitosis en los niños, lo cual se evidencia en los últimos estudios realizados de zonas excluidas, dentro de las cuales se constata un amplio número de agentes contaminantes como basurales, falta de controles sanitarios de animales, corrientes fluviales contaminadas.

6http://www.elpais.com.uy/100811/pciuda-507569/ciudades/La-prevalencia-de-parasitos/

7http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art4.pdf

8Base al Programa Nacional de la Niñez. MSP año2006

Otro de los elementos que favorecen el aumento de casos de parasitosis, son los estilos de vida inadecuados, ya sea por la implementación de hábitos nocivos para la salud o por falta de conocimientos; como: hábitos de higiene, desinfección de frutas y verduras, cocción de alimentos, higiene de utensilios de cocina, higiene de ropa corporal y de cama; como así también el consumo de agua contaminada, hacinamiento y además de no contar con un adecuado sistema de eliminación de excretas.[9]

El comportamiento humano tiene importancia en la transmisión por parásitos, por lo que la concurrencia a los controles pediátricos y la implementación de hábitos de promoción de salud contribuirían a disminuir la incidencia de parasitosis intestinales.

Debido a que la parasitosis es una enfermedad prevenible, he aquí la importancia de la inserción de la Licenciada en Enfermería en la promoción y prevención de la misma, ya que una vez realizado el diagnóstico de parasitosis no basta con la aplicación de un tratamiento farmacológico si no va acompañado de una adecuada educación sanitaria a los jefes de familia (responsables del cuidado de los niños) para que posean hábitos de higiene que le permitan prevenir la re-infección de parásitos.

9Proyecto "Prevención de parasitosis en las escuelas de Montevideo" Año 2011

MARCO CONCEPTUAL

Concepto de salud:
Según la OMS: "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad[10].

El derecho al mayor nivel de salud posible: es uno de los principales valores de la APS. Por lo tanto para lograr alcanzarla toda persona tiene "derecho a gozar de un mayor nivel de salud posible, sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social"- cita la OMS. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, con el fin de "crear en los individuos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de la comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente para solucionar problemas específicos"- cita la OPS. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades y problemas de la población.

Concepto de promoción y prevención:
Promoción en salud: Se define según la carta de Ottawa como el ***proceso de facultar a las personas*** para que aumenten el control que tienen sobre su salud y así mejorarla. Este proceso de facultar se logra a través de la Educación para la salud cuyo objetivo es fomentar la autorresponsabilidad individual y colectiva. Para crear la participación activa de la población, es necesario ampliar sus conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, que adquieran determinado hábitos y prácticas saludables, logren promover la salud de su medio, que utilicen los servicios de salud de la mejor forma posible conociendo sus derechos y sus deberes en salud.
Prevención: "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998)[11].

Según Castello (2005) los comportamientos o conductas son la consecuencia de la actitud y por lo tanto son determinantes decisivos de la salud física y mental, estando fuertemente vinculados al bienestar. "Aproximadamente un tercio de las enfermedades en el mundo se podrían prevenir mediante cambios en el comportamiento"-cita.
Según el -Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia- hace referencia que los hábitos se deben a las actitudes de las personas. Éstas son la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social. Las actitudes no son estables, sino que son susceptibles de modificarse a través del aprendizaje y la experiencia. Por lo tanto actuar sobre las actitudes es la forma de lograr un cambio duradero en el sujeto.[12]

10 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 1978.
11 Idem. 10.
12 Acosta, C; Guerra A. "Material del curso de Enfermería Comunitaria. Año 2011". Depto. Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad de la República, Uruguay por las Prof. Adj. Cecilia Acosta y Prof. Adj. (S)Alicia Guerra año 2011

Generalmente, "adoptar comportamientos y hábitos saludables depende en gran medida del nivel socioeconómico-educativo de la persona, ya que aquellas con un nivel económico y educativo medio y alto tienen la facultad de elegir en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben". (Catello-2005)[13].

Atención Primaria en Salud:

Según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en el año 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. En todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autor-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad." (Ver anexo-..Principios de la APS)

Enfermería Comunitaria

"La Enfermería Comunitaria es una síntesis de la práctica de la Enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la Enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos, contribuye a la salud de la población total. La promoción y el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan en un enfoque integral de las familias, del grupo y de comunidad. La actuación de la Enfermera confirma la necesidad de una planificación general de la salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio[10]"

Funciones de la Enfermera Comunitaria

- Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad-incluidos los hábitos, creencias y formas de vida que inciden en su problemática de salud, involucrando a los usuarios en el proceso de diagnóstico y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y cómo deben abordarse.
- Dar atención directa integral de salud al individuo, familia, otros grupos de la comunidad y a la comunidad como un todo
- Iniciar el tratamiento y otras acciones que entren en el ámbito de su competencia o referirlos a otro nivel.
- Vigilar el proceso de salud-enfermedad de personas con condiciones estabilizadas o de larga duración y llevar a cabo el plan de atención apropiado.
- Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomar las medadas pertinentes y mantener informados tanto a la comunidad como al sistema de salud.
- Establecer y mantener las medadas apropiadas de atención primaria.

13 Idem. 12.

- ⇧ Capacitar e incorporar al individuo, núcleo familiar y comunidad para que puedan identificar y satisfacer necesidades propias y específicas de salud.
- ⇧ Propiciar el mejoramiento del ambiente, el estado de salud de la población, el de la comunidad en general y el núcleo familiar en particular, con la participación de los usuarios y coordinado sus actividades con las de los trabajadores de otros sectores del desarrollo a nivel local.
- ⇧ Incorporar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la provisión y evaluación de los servicios de atención primaria de salud.
- ⇧ Evaluar permanentemente los resultados de atención primaria para que puede realizase el proceso de retroinformación.

Programa Prioritario de Salud de la Niñez:

El programa de Atención a niños y niñas busca contribuir a una adecuada atención de salud de los mismos, que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, la accesibilidad y continuidad en la atención. Priorizar una mejora en las condiciones de vida de la población infantil-adolescente en situación de pobreza a través de políticas sociales integrales, desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis en ***prevención ,promoción*** y mayores niveles de accesibilidad, con promoción de derechos y participación ciudadana, donde espacios como la escuela y la familia se contituirán en objetivos a fortalecer (anexo 1)

Un informe publicado en abril de 2000 por la Organización de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) titulado School Sanitation and Hyfiene Education revela que una tercera parte de la población mundial-2.400 millones de personas- tienen dificultades para el acceso a la satisfacción de la higiene básica. Según la entidad, los niños son los más vulnerables a esta situación, factor que ha impedido detener el avance de algunas enfermedades relacionadas con la ausencia de la limpieza. Los problemas más graves relacionados con la higiene son las enfermedades que pueden adquirirse. Más de la mitad de todas las enfermedades y las muertes en la primera infancia tienen como causa los gérmenes que se transmiten por vía bucal a través de la ingestión de alimentos o de agua o debido a manos sucias. Muchos de estos gérmenes provienen de la materia fecal de seres humanos y animales" (Catello-2005).

Parasitosis intestinal:

La parasitosis es una enfermedad infecto contagiosa prevenible que padecen muchas personas. Según la Organización Mundial de la Salud -OMS- estima que más de dos millones de personas en todo el mundo, están infectadas por parásitos intestinales siendo uno de los problemas más persistentes en salud. Dicha enfermedad prevalece especialmente en la población infantil, trayendo grandes consecuencias en el proceso salud-enfermedad del niño, como ser bajo peso, malnutrición, crecimiento retrasado, alteraciones cognitivas y de conducta. Esta enfermedad se caracteriza por organismos parasitarios que ingresan al huésped infectándolo y alimentándose de él hasta el punto de enfermarlo. La principal vía de ingreso de los parásitos intestinales es a través de la ingesta de alimentos contaminados o del agua que bebemos. Otros parásitos ingresan a través de la piel, especialmente por las manos y los pies. Por lo tanto el principal factor de transmisión son los hábitos de higiene insanos.

La OMS sostiene que la parasitosis es patológica con un alto componente social. Ésta podría ser controlada, pero difícilmente eliminada. Las medidas de prevención contra la parasitosis están vinculadas a la modificación de los hábitos, la educación y el bienestar de la población.

Los **síntomas** son generalmente específicos y de intensidad y duración variable.
Puede haber malestar general.
- Dolor abdominal de localización variable.
- El paciente puede referir anorexia, nauseas y flatulencia.
- Puede haber fiebre dolor de cabeza, intranquilidad o excitación
- Insomnio y síntomas de anemia.
- Fatiga, debilidad, mareos y pérdida de peso.

Medidas preventivas contra la parasitosis intestinal:

El principal vector de transmisión son las manos, debido a que en ellas se alojan un gran número de microorganismos los cuales muchos de ellos son patógenos (causan enfermedades).El lavado de manos diario en cada actividad cotidiana representa una barrera de defensa en cuanto a la prevención de la parasitosis. El lavado de manos debe realizarse con agua y jabón, los cuales logran arrastrar dichos microorganismos presentes en las manos y debe realizarse en todas las actividades pero principalmente, antes de consumir alimentos, después de ir al baño, después de estar en contacto con animales o la tierra, antes de manipular alimentos, etc.
Otro factor de riesgo son la ingesta de carnes o verduras crudas y frutas sin lavar. Los alimentos que necesiten ser cocidos (papa, choclo, boniato, remolacha, etc.) deben lavarse previamente y lo mismo ocurre en aquellos alimentos que se ingieren de forma inmediata (frutas, verduras, etc.
Otro vector de transmisión es el agua. El agua es un disolvente orgánico y que por lo tanto puede contener millones de microorganismos. El agua apta para consumo humano es aquella que se conoce como agua potable y ésta debe respetar su condición según las normas internacionales. El agua apta para consumo humano reúne un gran numero de requisitos entre ellos son, el proceso de potabilización (El estado es el responsable de realizarlo teniendo en cuenta las normas internacionales de potabilización), la forma de trasladarla, normas de higiene y durabilidad. El agua potable debe de trasladarse por un sistema de cañerías, para que el agua no entre en contacto con otros elementos.

Los recipientes para uso del agua potable deben estar en higiene continua y deben permanecer cerrados. El agua potable no puede manipularse, extremar los cuidados representa una de las principales medidas preventivas para la transmisión de muchas enfermedades. En nuestro país según el INE la población obtiene agua por medio de red de OSE (93.4%), de pozo surgente protegido (5.2%) y por otros medios (1.4%).

Otro factor causante de parasitosis intestinal ésta relacionada con la eliminación de excretas. Contar con un sistema de eliminación a través de un red cloacal permite que las personas no estén en contacto con las excretas y que éstas a su vez no logren contaminar la tierra y por lo tanto el agua cerca del lugar de residencia. Para el total del país (según INE 2010) el 91,6 % de los hogares posee baño con cisterna, el 7,5 % baño sin cisterna y el 0,9 % no tiene baño.
Otro vector de trasmisión son los animales (principalmente los perros). Los animales deben tener un control en relación a la higiene. El aseo frecuente, una alimentación especial (no dar carnes crudas o verduras), que residan fuera del hogar donde eliminen sus excretas lejos de la misma y cuenten con la endo-desparacitación constituyen las medidas preventivas para la parasitosis intestinal

Infancia:
Es el preríodo comprendido entre el nacimiento y los doce años de edad aproximadamente. Es la primera etapa de la vida y como tal es fundamnetal en el desarrollo pues de ella va a depender la evolución posterior.
A continuación realizaremos una breve reseña del desarrollo del niño en las diferentes etapas:

Periodo de lactancia: Comprende los primeros 6 meses y los segundos 6 meses.
De los 6 meses al año, el cambio principal de los hábitos alimentarios lo constituye la adición de alimentos sólidos en la dieta. El tracto gastrointestinal ha madurado lo suficiente para procesar nutrientes más complejos. La alimentación es brindaba por sus cuidadores y por lo tanto no es una tarea fácil, debido a que se comienzan a incorporar de forma lenta y gradual diferentes alimentos. La manipulación de los mismos debe ser totalmente higiénica y cumplir con las cantidades necesarias y adecuadas para el bebe.

Desarrollo de la confianza básica (Erikson)
En ésta etapa el niño confía en que sus necesidades de alimentación, estímulo y atención serán satisfechas. La relación con sus padres es íntimamente estrecha, por lo cual él niño es dependiente de sus padres y todavía no a adquirido el sentido de autonomía.

Primera Infancia: Comprende dos procesos el primero que va desde los 12 meses hasta los 3 años periodo en el cual *comienza a andar* y la etapa *preescolar* el cual comprende desde los 4 años a 5 años

Desarrollo del sentido de autonomía (Erikson).
En ésta etapa de la infancia el niño adquiere el sentido de autonomía, la superación de la duda y del sentimiento de culpa. El desarrollo del super-yo o conciencia empieza hacia el final de la etapa en que empiezan a andar. El desarrollo de la conciencia supone aprender costumbres sociales y culturales de la herencia familiar. Según el tipo de actitudes transmitidas, los niños aprenderán, además de la conducta apropiada, valores. Todavía es dependiente de sus padres, por lo cual se mueve siempre bajo un mismo

entorno que le da seguridad, debido a que todavía no se encuentra apto para explorar el mundo exterior. Los modelos conductuales no provienen de sí mismos, sino que las reglas son establecidas por otros. Durante los años preescolares, adoptan e interiorizan los valores y actitudes de sus padres.

Segunda Infancia: Comprende desde 6 años hasta los 12 años. Por lo general, se denomina a estos años intermedios edad escolar. Comienza con la entrada en la esfera de mayor influencia para los niños, el entorno del colegio, que tiene un impacto importante en el desarrollo y en las relaciones. Durante los 5 o 6 años precedentes, el niño ha progresado de ser un lactante indefenso, hasta convertirse en un enérgico y complicado individuo con capacidad para comunicarse, conceptualizar de forma limitada y desarrollar conductas psicomotrices y sociales complejas.

Desarrollo del sentido de logro (Erikson)
El niño adquiere un sentido de confianza básica en el seno de la unidad familiar estable y amorosa, que ha preparado al niño para enfrentarse a experiencias más allá de su grupo íntimo. Los intereses infantiles aumentan en esta etapa y el niño, con un sentimiento creciente de independencia, quiere emprender tareas que pueda llevar hasta su finalización. Éste es el tiempo en que los niños reciben la instrucción sistemática prescrita por sus culturas respectivas y desarrollan las capacidades necesarias para convertirse en miembros útiles y participativos de sus comunidades sociales.
Los padres siguen siendo los que más influyen en la formación de la personalidad del niño y en el establecimiento de los modelos de conducta y del sistema de valores. Con una base segura en una familia que se quiere, los niños son capaces de desarrollar un sentimiento de seguridad en si mismos y la madurez necesaria para separarse del grupo y ser independientes[14].

En la infancia podemos hablar de tres contextos fundamentales donde se desenvuelve el niño y que por lo tanto le dan seguraidad al mismo: l**a familia, la escuela y los contactos con los servicios de salud.** A continuación nos centraremos en la familia.

La familia
"Es la unidad básica de la sociedad. Es el primer contacto en el que el niño se desarrolla y cumple un papel socializador muy importante. Por lo tanto dentro de este marco los padres son los primeros responsables en transmitir a su hijo hábitos saludables que le sirvan en un futuro para desenvolverse en otro entorno. La adquisición de hábitos correctos de ocio, alimentación, higiene personal y ambiental, etc, es la responsabilidad inicial de los padres. La creación de un ambiente de seguridad requiere de conocimientos, experiencias y recursos económicos suficientes. El ser miembro de una familia tiene una gran influencia en el individuo en el desarrollo de valores personales, sociales, morales y culturales. Las familias socializan a los niños mediante ejemplo y acción, o dicho en términos más técnicos mediante modelos de rol y control social. [15]

14 WHALEY & WONG. Enfermería Pediatrica. Cuarta edición, Harcourt España, 1993.

15 KOZIER. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4 ta edición. Tomo I. Ed Interamericana.

El estilo de vida de la familia no sólo influye en la salud de sus miembros, sino que también afecta, directamente al desarrollo de actitudes saludables y de estilos de vida apropiados en los niños. La adquisición de buenos hábitos higiénicos ayuda a los niños en su proceso de inserción social entre iguales y les brinda una sensación de independencia que les ayuda a reafirmar su autonomía. Este primer aprendizaje juega un papel decisivo en el desarrollo de las actitudes de los niños en lo refererente a la familia, la educación, la salud, el trabajo y el ocio. Estas actitudes persistirán durante toda la vida". [16]

La familia en la sociedad Actual:

"Es dificil describir a la familia actual excepto como una diversidad única. Las mejoras de la atención sanitaria han provocado que las personas vivan más tiempo y tengan vidas más productivas. El desarrollo de los métodos anticonceptivos han provocado el mayor control de la planificación familiar. Las realidades económicas, junto a una ideología más liberal, han logrado que la mujer se haya introducido en el mundo laboral, cambiando sus roles tradicionales. El aumento del porcentaje de divorcios y el número de niños nacidos de madres solteras han incrementado el número de familias monoparentales. Los individuos también se agrupan para formar nuevas familias según las preferencias sexuales o las necesidades económicas"[17]

En nuestro país existe una relación en cuanto a la prevalencia de sexo. Según datos del INE (2010) un alto porcentaje de la población corresponde al sexo femenino. Por lo cual se ha podido observar que las mujeres son generalmente las jefas de hogar. Dentro de cada grupo etario las mujeres perciben en promedio menores ingresos por trabajo que los hombres.(INE 2010), el desempleo continúa siendo mayoritariamente juvenil y femenino.

Los ingresos del jefe de hogar tienen una relación sustancial entre en nivel educativo del mismo, se destaca que el ingreso per cápita mensual de los hogares con jefes que alcanzaron el nivel educativo terciario es cerca del triple respecto al ingreso de aquellos hogares cuyos jefes tienen como máximo educación primaria, y alrededor del doble respecto al promedio per cápita del total del país. (INE 2010)

Las familias tradicionales:

"En la familia moderna, se producen ciertos cambios en los modelos tradicionales. Los padres de hoy están más implicados en la vida familiar. Pueden participar en las clases prenatales y hacerse más responsables del nacimiento de sus hijos. Además, participan más en las tareas de las casa, demostrando que los estereotipos han cambiado, incluso aunque las esposas continúen haciendo la mayor parte de estos trabajos"[18]

16 MENDEZ CARRILLO. Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. Editorial Pirámide.2003

17 KOZIER. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4 ta edición. Tomo I. Ed Interamericana.

18 Idem. 17

Familias formadas por padres solteros:

"Estas familias viven en un hogar dirigido por un solo padre. Para ello hay múltiples razones, tales como la muerte de unos de los cónyuges, la separación del matrimonio, el divorcio, un hijo de una mujer soltera o de un hombre en la misma circunstancia.

A estos padres les preocupa normalmente, el cuidado de sus hijos, los recursos financieros de que disponen, el aislamiento social y la falta de compañía de una persona adulta"[19]

Casi el 90% de las familias de este tipo están dirigidas por una mujer. Debido a que estas mujeres suelen ser jóvenes y están poco preparadas para el mercado laboral.

Familias Pobres:

"La mayoría de éstas familias disponen de escasos recursos. Sus integrantes poseen conocimientos y destrezas laborales específicas lo cual se relaciona con un nivel educativo bajo. Pero algunos aspectos de su organización, como la falta de uno de los cónyuges, la inestabilidad de la pareja o rigideces de la estructura familiar, afectan la capacidad de las familias para transmitir una posición segura y protectora a los hijos. Asimismo, hay modelos de relaciones de género y modelos de relaciones entre padres e hijos que los niños absorben a través de su experiencia familiar de todos los días, la escasa valoración de la educación como vía de movilidad, la ausencia de rutinas y disciplinas, la presencia de una concepción tradicional de la mujer vinculada a las tareas domésticas así como las actitudes de resignación con respecto a un destino subordinado. Los niños no se alimentan solo del clima familiar ni es responsabilidad única de los padres, pero tampoco cabe duda que las actitudes se transfieren de padres a hijos en las primeras etapas del ciclo de vida dejan un sello permanente en la estructura de la personalidad" [20]

Los roles masculinos suelen estar mejor valorados y recompensados que los femeninos, en casi todas las culturas las mujeres sobrellevan la responsabilidad principal del cuidado de los niños y del trabajo domestico, mientras que lo tradicional ha sido que los hombres se hicieran cargo de proporcionar el sustento de la familia (Guidens 2004).

Según Alicia Oiberman (2007) el hombre moderno se identifica y se compromete con su rol paterno, debido a un cambio en la sociedad moderna, que le ha dado un lugar a la mujer en cuanto al ámbito laboral y de la educación. Aún existe actualmente una inequidad de género, que promueve la postura tradicional entre las responsabilidades de la mujer y el hombre.[21]

19 Idem 18.
20 Idem 18.

21 Enfermería Comunitaria. Atención primaria de salud(APS).Capítulo I.Frías Osuna.Ed.Masson.España 2000

DISEÑO METODOLOGICO

En cuanto a la aplicabilidad de este trabajo de investigación fue seleccionada una policlínica de sector público. Nuestra población de estudio fueron jefes de familia que asisten a un sector público de salud, para control médico pediátrico con menores a cargo entre 6 meses a 12 años de edad. Se realizó una entrevista a los jefes de hogar que reunían las condiciones mencionadas en el mismo lugar donde asisten a control pediátrico y consintieron en realizar la entrevista, aplicando preguntas cerradas y dos abiertas. Se implementó una prueba piloto, donde se puso a prueba el formulario especialmente elaborado para esta investigación, con el objetivo de realizar un ajuste del instrumento.

Tipo de diseño: cuantitativo.

Tipo de estudio es un estudio descriptivo, de corte transversal.

Universo estudio: todos los jefes de familia que poseen niños de 6 meses a 12 años, que concurran a la policlínica de sector público; en el período octubre 2012.

Técnica muestreo: no probabilístico.

Selección y tamaño de la muestra: los jefes de familia o tutores responsables con niños de 6 meses a 12 años de una policlínica de sector público, que concurran en el mes de octubre 2012 y que acepten ser encuestados.

Método de recolección de datos: entrevista semi-estructurada.

Tiempo: Octubre 2012.

Criterios de inclusión: jefes de familia o tutores responsables que poseen niños de edades comprendidas entre los 6 meses a 12 años, que concurran a un servicio del sector publico para control pediátrico y que acepten a ser entrevistados en el período de Octubre 2012.

Criterios de exclusión: jefes de familia que no poseen niños de edades comprendidas entre los 6 meses a 12 años, o que si bien tengan hijos entre el rango de edad establecida pero que no asisten para control pediátrico. También se excluirán aquellos jefes de hogar que no acepten ser entrevistados en el período de Octubre 2012.

Procedimiento de recolección de datos:

- En primera instancia se les informó a los jefes o tutores responsables de familia el objetivo de esta investigación solicitando su participación en la misma, garantizando la confidencialidad de los datos proporcionados.
- Se aplicó una entrevista semi-estructurada, por medio de un instrumento (formulario) elaborado específicamente diseñado para esta investigación. Ver anexo 4.

Plan de análisis de datos: para la tabulación y análisis de los datos se aplicó la base de datos electrónica mediante el programa Microsoft Excel.

La información fue sistematizada en tablas univariadas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual, como también tablas bivariadas. En donde se estudiaron cada una de las variables correspondientes a la investigación.

Los datos obtenidos de dichas tablas fueron graficadas y los mismos representan la síntesis de haber aplicado la entrevista semi-estructurada en el estudio.

VARIABLES

Variable: Edad de los Integrantes de la Familia

Definición Conceptual: tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.
Definición Operativa: Cantidad de años cumplidos al momento de ser encuestado.
Naturaleza: cuantitativa continúa
Categorías: edad productiva (mayores de 17 años), edad no productiva (menores de 17 años).

Variable: Edad de los Niños

Definición Conceptual: tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.
Definición Operativa: preguntando al jefe de familia si tiene niños a su cargo, de la franja etárea entre seis meses a doce años.
Naturaleza: cuantitativa continúa
Categorías: ≥6m-12m; ≥1años-3años; 4años-8años; 9años-12años.

Variable: sexo de los jefes de familia

Definición conceptual: el *sexo* es un concepto biológico basado en las características biológicas que permiten la reproducción sexual. En los seres humanos, el sexo biológico se asigna teniendo en cuenta los caracteres sexuales secundarios, las gónadas o los cromosomas sexuales; las categorías son: sexo masculino, sexo femenino.
Definición operativa: sexo biológico del encuestado.
Naturaleza: cualitativa nominal.
Categorías: Mujer y Hombre.

Variable: nivel de instrucción

Definición Conceptual: es el grado más elevado de estudios realizados aprobados en el momento de la entrevista.
Definición Operativa: último año cursado de estudios al momento de la entrevista del jefe de familia.
Naturaleza: cualitativa nominal
Categorías: CEP (Consejo de educación inicial y primaria) completa, CEP incompleta, CEMB (Consejo de educación media básica) completa, CEMB incompleta, CEBS (consejo de Educación Básica Superior) completa, CEBS incompleta, CETP (Consejo de educación técnico profesional) completo, CETP incompleto, estudios terciarios completos o incompletos.

Variable: ocupación de los jefes de familia

Definición Conceptual: empleo, es decir trabajo asalariado al servicio de un empleador.
Definición Operativa: Se le preguntarán al entrevistado en relación a los integrantes del núcleo familiar que se encuentran en edad productiva si trabaja o ha trabajado en estos últimos 15 días incluyendo también al entrevistado.
Naturaleza: cualitativa nominal
Categorías: desempleado, empleado, changas.

Variable: baño

Definición conceptual: Habitación destinada a las evacuaciones de sus necesidades fisiológicas, como ser orinar y defecar.
Definición operativa: posesión de un cuarto de baño.
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: baño interno o baño externo.

Variable: eliminación de excretas

Definición conceptual: Es el proceso de eliminación de las heces, y las aguas servidas como residual de lavados.
Definición operativa: sistema de eliminación de excretas en su hogar.
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: red cloacal, pozo negro, otros.

Variable: animales (compleja)

Presencia de animales en el hogar

Definición Conceptual: Son aquellos seres vivientes que poseen movimiento, que se diferencian de los seres humanos por la falta de razón. Cumplen el ciclo vital de nacer, crecer, reproducirse y morir, sienten. Se alimentan de sustancias orgánicas, presentes en el mundo exterior, que les proporcionan energía.
Definición Operativa: presencia de animales en el hogar.
Naturaleza: cualitativa nominal, compleja.
Categorías: SI / NO

Lugar donde habita el animal

Definición conceptual: lugar físico donde vive y duerme la mascota.
Definición operativa: lugar donde el animal está la mayor parte del día
Categorías: Dentro del hogar / Fuera del hogar / Adentro y afuera

Tipo de Cuidados que se le brinda al animal

Definición conceptual: tipo de cuidados que le realiza a su mascota relacionada con su salud.
Definición operativa: cuidados que se les brindan al animal relacionados con su salud.
Categorías: Aseo / Alimentos específicos / Desparasitación interna /

Variable: agua potable (compleja)

Consumo de agua potable

Definición conceptual: Se denomina agua potable o agua para consumo humano. Al agua que puede ser consumida sin restricción debido a su proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. Debe de cumplir con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales dentro del hogar.
Definición operativa: Consumo de agua potable diariamente en el hogar
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: si/no

Lugar donde obtiene el agua potable

Definición conceptual: lugar físico donde la familia se provee de agua potable.
Definición operativa: lugar de donde se obtiene el agua potable para consumo de la familia.
Categoría: Dentro de la casa / Fuera de la casa.

Elementos de traslado del agua potable

Definición conceptual: elemento o dispositivo con el que cuenta para el transporte del agua potable al hogar.
Definición operativa: elemento o dispositivo con el que cuenta para el transporte del agua potable al hogar aquellos entrevistados que refieran obtener agua potable fuera del hogar.
Categorías: Recipiente de plástico abierto / Recipiente de plástico cerrado /Otros

Cuidados del recipiente de traslado del agua

Definición conceptual: cuidados que se realizan al recipiente con que se traslada el agua para consumo al hogar relacionados a la higiene, con el fin de evitar la contaminación del agua potable transportada.
Definición operativa: cuidados que se realizan al recipiente con que se traslada el agua para consumo al hogar. Variable valida para aquellos encuestados que refieran obtener agua potable fuera del hogar.
Categorías: Lavado diario con jabón / Lavado diario con jabón y cepillo / Ninguno.

Variable: lavado de manos

Definición conceptual: Remover agentes microbianos de las manos a través del uso de agua, y jabón.
Definición operativa: Realiza el lavado de manos. Se validarán la variable si el encuestado afirma responder a las cuatro categorías establecidas (ver instrumento de recolección-forma de realizar la pregunta): Antes de comer, Antes de cocinar, después de ir al baño y después de tocar los animales. No se dará como valida la variable en aquellos casos que el entrevistado responda a una sola categoría, dos o tres. La validación se dará a la respuesta afirmativa a las cuatro categorías.
Naturaleza: Cualitativa nominal.

Categorías: Después de tocar los animales.
Después la eliminación de excretas.
Antes de comer.
Antes de cocinar.

Variable: higiene de alimentos previo a la cocción e ingesta.

Definición conceptual: lavado previo de los alimentos antes de consumirlos y/o prepararlos.
Definición operativa: Se le preguntará al entrevistado si realiza la higiene de los alimentos previos a la cocción o la ingesta. Se validará la variable si el entrevistado responde con la frase "ambas" o que responde con la frase "previo a la cocción y la ingesta" o que detalle algunos alimentos y explique como los higieniza. No se validará la respuesta a una sola categoría (que responda sólo previo a la ingesta o que afirme sólo previo a la cocción).
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: Lo realiza previo a la ingesta y la cocción (SI)
No lo realiza previo a la ingesta y la cocción. (NO)

Variable: antecedentes de niños entre 6 meses y 12 años en la familia que han padecido parasitosis intestinales.

Definición conceptual: existencia de antecedentes en los niños de la familia de parasitosis intestinales.
Definición operativa: refiere poseer niños de 6 meses y 12 años en la familia y con antecedentes de parasitosis intestinales.
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: si, no, no sabe.

Variable: control médico periódico pediátrico

Definición conceptual: Es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así como la promoción de la salud física, mental, emocional y social. Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la familia para pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones.
Definición operativa: concurrencia al control médico periódico pediátrico. Se validará la variable al corroborar con el carné del niño los controles pertinentes a su edad.
Naturaleza: Cualitativa nominal.
Categorías: sí o no.

Variable: información sobre parasitosis intestinal

Definición conceptual: Es el conjunto organizado de datos procesados que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto.
Definición operativa: Se le preguntara al entrevistado si posee información sobre parasitosis intestinal. Se dará valida la variable en caso que el entrevistado responda sobre que es la parasitosis y como se previene.
Naturaleza: Cualitativa nominal
Categorías: Si, no.

Variable interés de recibir información

Definición conceptual: Inclinación de una persona hacia algo que le atrae, comueve, intriga, inquieta, etc.
Definición operativa: Se le preguntara al entrevistado sobre si quisiera recibir información acerca de la parasitosis intestinal.
Naturaleza: Cualitativa nominal
Categorías: Si, No.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS

El total de la población entrevistada corresponde a 20 encuestados. (N=20).

Tabla-1: Distribución de la población según edad de núcleo familiar

Edad de los integrantes del nucleo familiar	FA	FR%
Edad Productiva	34*	60%
Edad no Productiva	23	40%
Total	57	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a los jefes de familia en Octubre del 2012

Comentario*: de los 34 en edad productiva, están incluidos los jefes de familia (N:20/36%)

Grafico N°1: Relación de variable con respecto a tabla 1

Tabla-2: Distribución de la población según edad de los niños.

Edad de los niños	FA	FR%
6 meses a 12 meses	6	24%
1 año a 3 años	12	48%
4 años a 8 años	7	28%
Total	25	100%

Grafica N°2 correspondiente a tabla-2

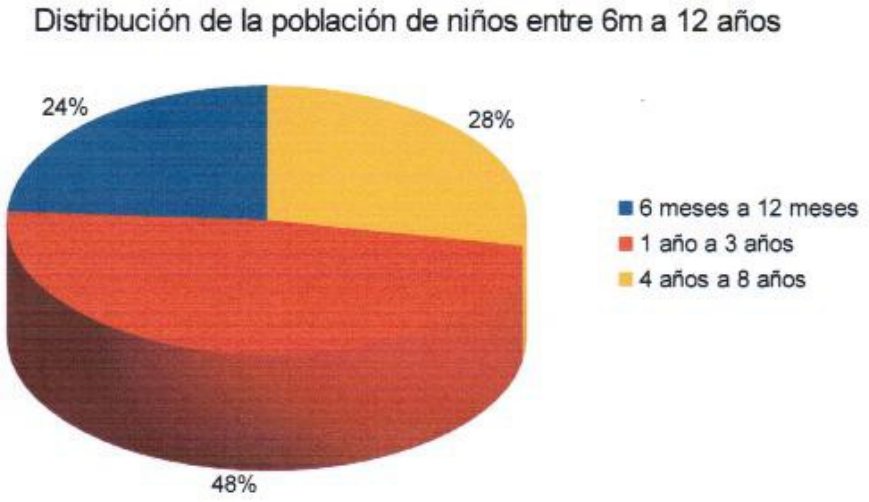


Tabla-3: Distribución de la población según sexo jefes de familia

Sexo de los jefes de familia	FA	FR%
Femenino	16	80%
Masculino	4	20%
Total	20	100%

Gráfico N°3 correspondiente a tabla-3

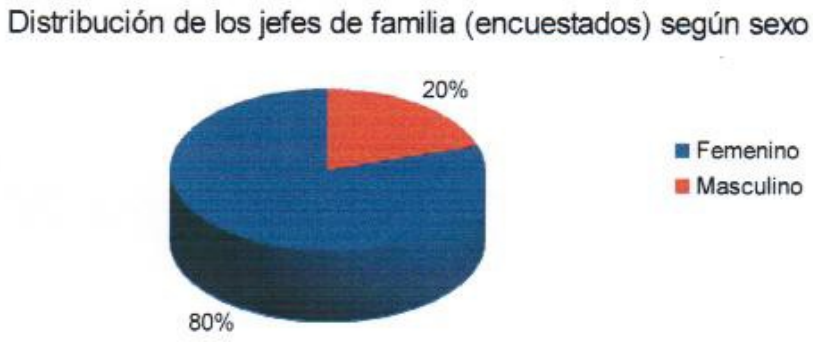


Tabla-4: Distribución de los jefes del hogar según su nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	FA	FR%
CEIP completa	5	25%
CEMB incompleta	6	30%
CEMB completa	3	15%
CEBS incompleta	2	10%
CETP incompleta	4	20%
Total	20	100%

Comentario: no se tabularon los valores 0

Gráfico N°4 correspondiente a tabla 4

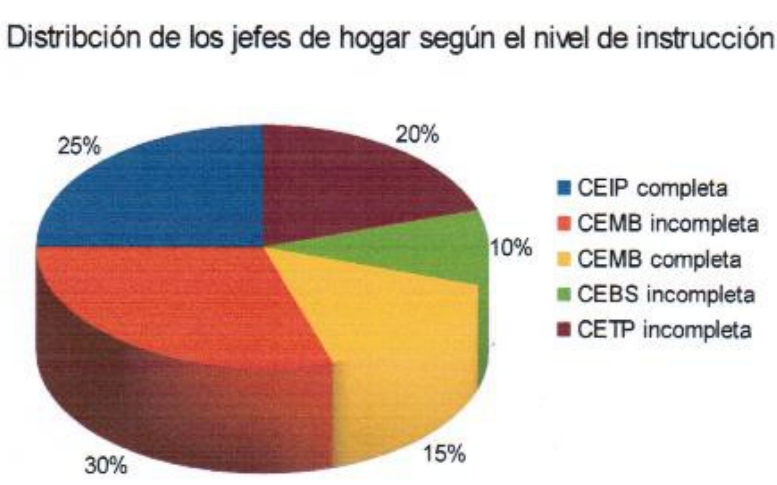


Tabla-5A: Distribución de los integrantes del núcleo familiar que se encuentran en edad productiva según ocupación

Ocupación	FA	FR%
Desempleado	16	47%
Empleado	12	35%
Changas	6	18%
Total	34	100%

Gráfico N° 5 A en relación a tabla 5 A

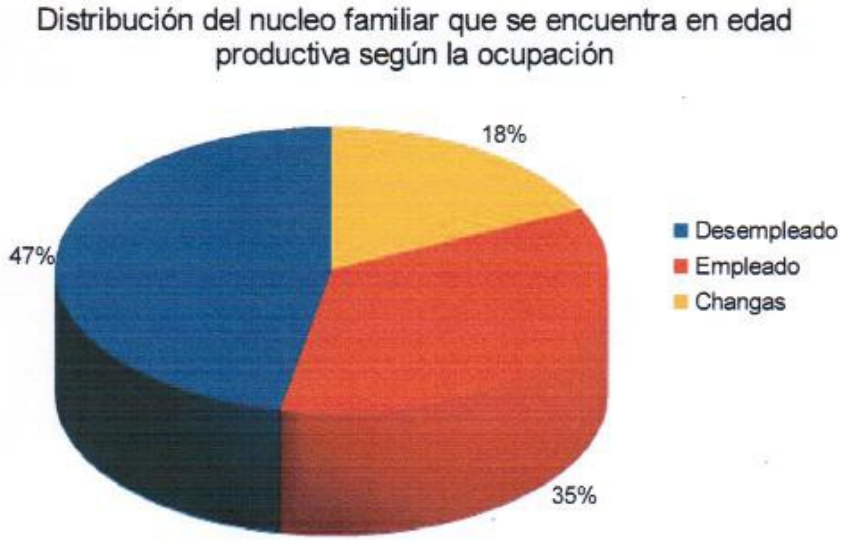


Tabla-5B: Distribucion de los jefes de familia según los jefes del hogar.

Ocupación de los jefes de familia	FA	FR%
Desempleado	12	60%
Empleado	4	20%
Changas	4	20%
Total	20	100%

Grafico 5B: en relación a la tabla 5B

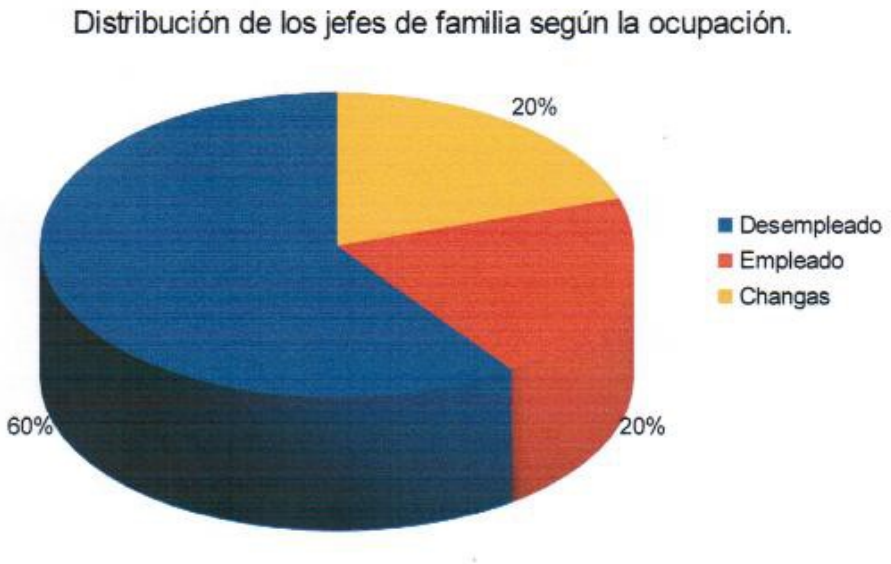


Tabla-6: Distribución de la ubica el baño según la referencia de los jefes de hogar

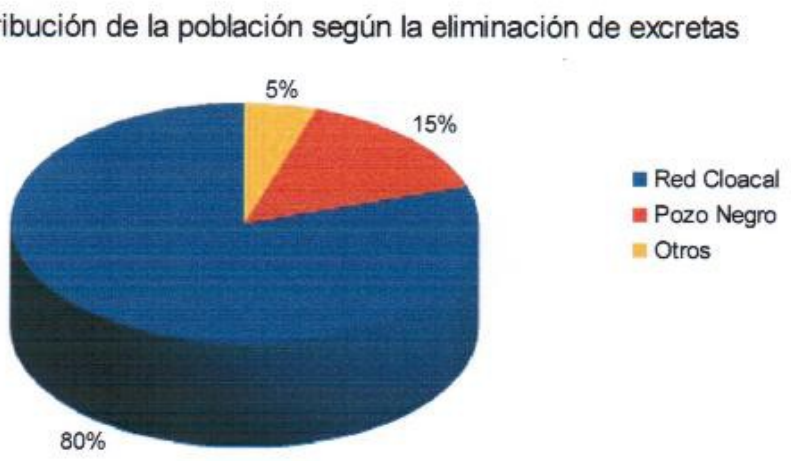
Ubicación del baño	FA	FR%
Interno	18	90%
Externo	2	10%
total	20	100%

Gráfica N° 6 en relación a tabla 6

Tabla-7: Distribución del tipo de eliminación de excretas en el hogar

Eliminación de excretas	FA	FR%
Red Cloacal	16	80%
Pozo Negro	3	15%
Otros	1	5%
Total	20	100%

Gráfica N°7: en relación a la tabla 7



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

Tabla-8-A: Distribución de la población que poseen animales en el hogar

Presencia de animales	FA	FR%
SI	16	80%
NO	4	20%
Total	20	100%

Gráfico N°8 en relación a tabla 8-A

Comentario: De los 20 encuestados, 16 poseen animales:

Tabla-8 B: Distribución de la que poseen animales en relación a los cuidados correspondientes de los mismos

N=5 se corresponde a aquellos individuos que refieren realizar los cuidados

Cuidados que se les realizan a los animales	FA	FR%
Aseo	1	20%
Alimentación especifica	3	60%
Endo-Desparasitación	1	20%
Total	5	100%

Comentario: El total de los encuestados que refirieron realizan los cuidados correspondientes a los animales corresponden a los 16 jefes de familia que poseen animales a cargo.

Tabla-8 B1: Distribución de la población que poseen animales en relación a los cuidados que no se les realiza a los animales.

N= 11 no realizan los cuidados

Cuidados que no se les realiza a los animales	FA	FR%
No Aseo	5	46%
No Alimentación especifica	2	18%
No Endo-Desparasitación	4	36%
Total	11	100%

Comentario: El total de los encuestados que refirieron no realizar los cuidados correspondientes a los animales corresponden a los 16 jefes de familia que poseen animales a cargo.

Tabla-8C: Distribución de la población que poseen animales en relación a los cuidados de los mismos

Cuidado del animal	FA	FR%
Se les realiza	5	31%
No se les realiza	11	69%
Total	16	100%

Gráfico N° 8 C correspondiente a tabla 8C.

Tabla-8 D: Distribución de la población con animales a cargo en relación al lugar donde habita el animal.

Lugar donde habita el animal	FA	FR%
Fuera del hogar	5	31%
Dentro y fuera del hogar	7	44%
Dento del hogar	4	25%
Total	16	100%

Gráfico N° 8 D correspondiente a tabla 8D.

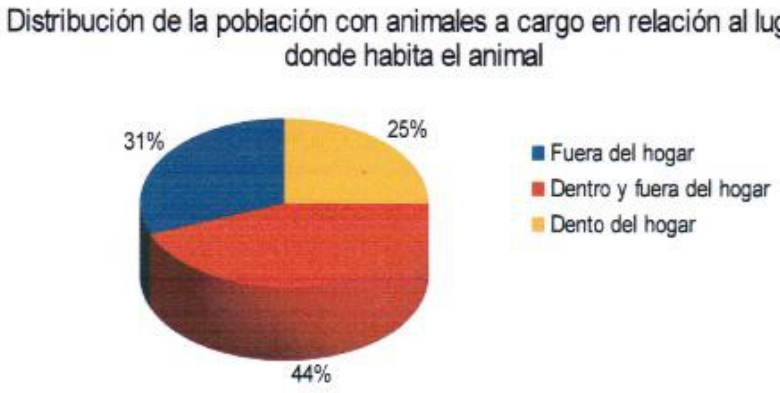


Tabla-9-A: Distribución de la población según el lugar de obtención del agua potable

Lugar de obtención del agua potable	FA	FR%
Dentro del hogar	17	85%
Fuera del hogar	3	15%
Total	20	100%

Gráfico N° 9 en relación a tabla 9A

Tabla-9B: Distribución de la población según el traslado de agua potable en relación a los encuestados que poseen agua potable fuera del hogar.

Traslado del agua potable	FA	FR%
Recipiente abierto	3	100%
Total	3	100%

Tabla-9C: Distribución de la población según el cuidado que se les brinda a los recipientes para el traslado del agua potable

Cuidados de los recipientes para el traslado de agua potable	FA	FR%
Ninguno	3	100%
Total	3	100%

Tabla-10: Distribución de la población en relación al lavado de manos

Lavado de Manos	FA	FR%
Si lo realizan	5	25%
No lo realizan	15	75%
Total	20	100%

Comentarios: La variable presenta cuatro categorías para su validez o rechazo (ver diseño metodológico-variables).

Grafico N° 10 correspondiente a tabla 10.

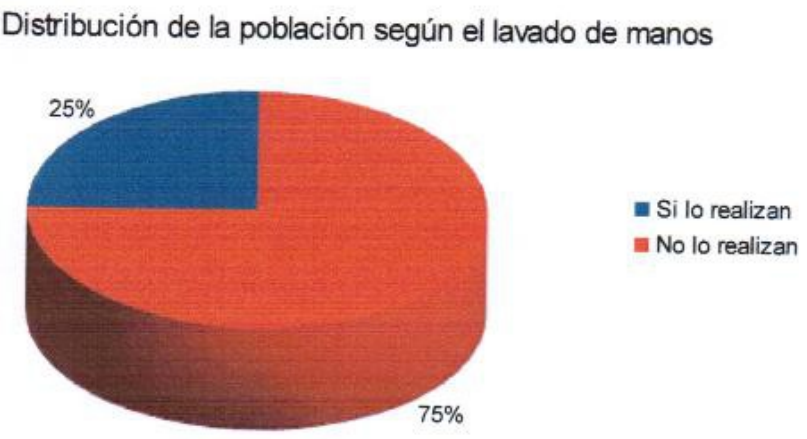


Tabla-11: Distribución de la población que realiza la higiene de los alimentos previo a la cocción e ingesta

Higiene de alimentos	FA	FR%
Lo realiza previo a la cocción y la ingesta	9	45%
No lo realiza previo a la cocción y la ingesta	11	55%
Total	20	100%

Comentarios: La variable presenta dos categorías para su validez o rechazo (ver diseño metodológico – variables)

Gráfica 11: en relación a la tabla 11

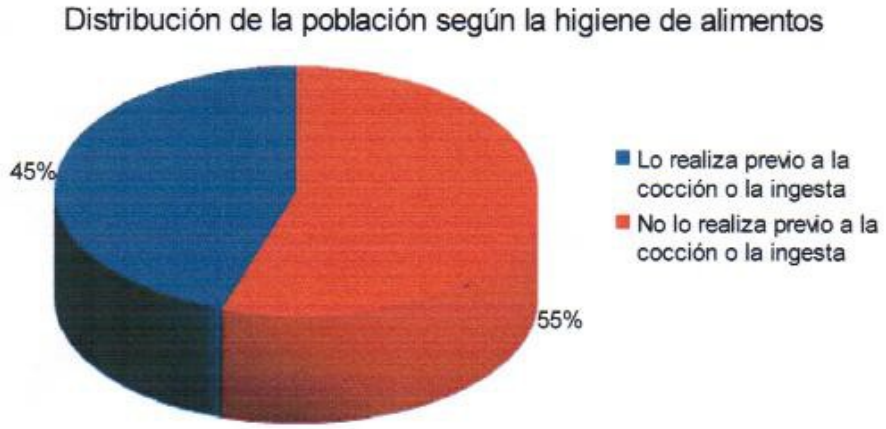


Tabla-13: Distribución de la población sobre el conocimiento de la parasitosis intestinal.

Conocimiento de parasitosis intestinal por parte de los jefes de familia	FA	FR%
Refieren tener conocimiento	6	30%
No refieren tener conocimiento	14	70%
Total	20	100%

Gráfica N° 13 correspondiente a tabla 13

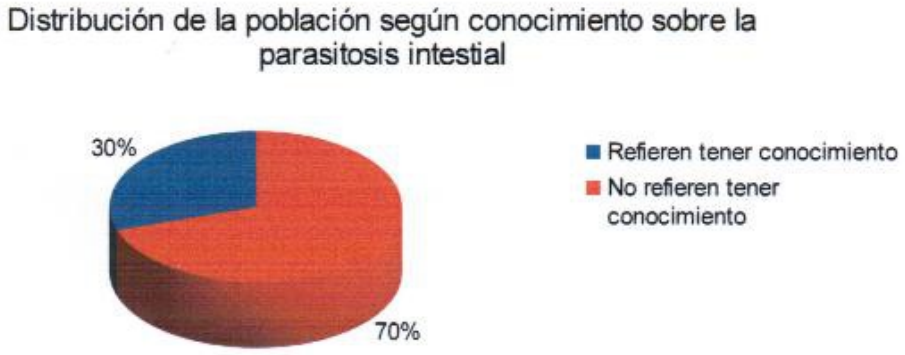


Tabla-14: Distribución de la población que refirieron recibir información sobre la parasitosis intestinal

Dist. J.F. Segun interes de recibir inform.parasitosis	FA	FR%
SI	16	80%
NO	4	20%
Total	20	100%

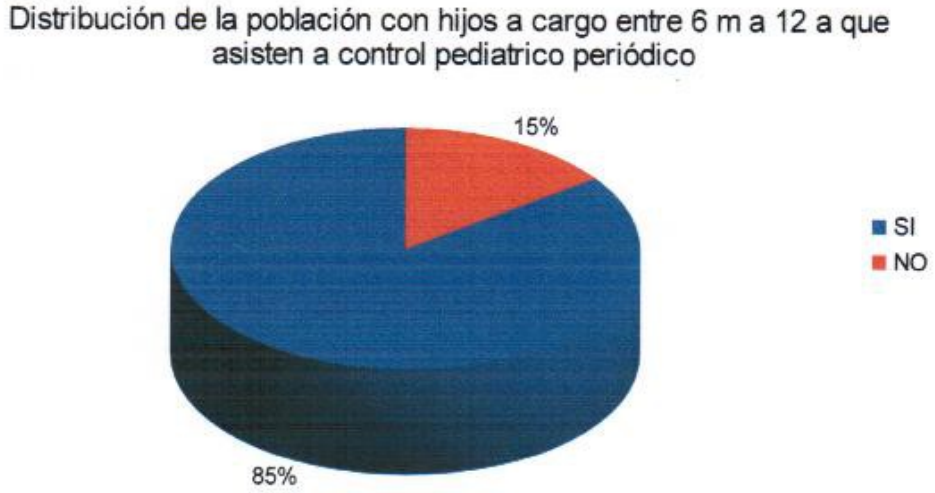
Grafico N° 14 en relación a tabla 14

Tabla-15: Distribución de la población que asisten a control pediátrico

Control pediatrico periódico	FA	FR%
SI	17	85%
NO	3	15%
Total	20	100%

Comentario: Jefes de familia con niños a cargo de 6 meses a 12 que asisten en el momento de la entrevista al control pediátrico. Se indaga controles médicos (poner en anexo control médico periódico-dentro del marco teórico especificar).

Grafico N° 15: con respecto a tabla 15.



Fuente: Observación de la asistencia a los controles pediátricos de forma periódica según el registro en el carné de salud del niño en relación a la edad de los mismos

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos el sexo que predomina de los jefes de familia es el femenino representado por un 80%, éste dato responde al perfil actual de la familia moderna según Kozier, donde los jefes de hogar son especialmente las mujeres y por lo tanto se encargan del cuidado de los niños como hace referencia Alicia Oiberman.

En cuanto los Jefes de Familia el 60% de los mismos se encuentran desempleados, mientras que el resto son empleados o realizan changas informales; lo cual se vincula con los bajos niveles de escolarización ya que el 25% de los mismos solo cuentan con primaria completa, y un 50% con estudios secundarios básicos incompletos (tanto a nivel del CEMB como el CETP).
En relación a la totalidad de los integrantes del núcleo familiar que se encuentran en edad productiva un 47% se encuentran desempleados, un 35% empleados y un 18% realiza changas.
Esta información nos permite observar que existe una inestabilidad económica en éstos hogares. De nuestras entrevistas las jefas de hogar responden en su mayoría a amas de casas desempleadas (tabla 5-B) dato que se correlaciona con las estadísticas a nivel nacional de nuestro país, donde el desempleo predomina en el sector femenino con hijos a cargo (Estimaciones en base a ECH 2010 – INE).

En la población entrevistada, los niveles de instrucción que priman son CEMB incompleto con un 30% y 25% con CEIP completo, siendo estos niveles educativos bajos, por lo tanto podemos destacar que los aspectos socioeconómicos y educativos influyen de forma negativa en los hábitos saludables, como hace referencia Castello que para "adoptar comportamientos y hábitos saludables depende en gran medida del nivel socio-económico-educativo de la persona, ya que aquellas con un nivel económico y educativo medio y alto tienen la facultad de elegir en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben".

Según el rango etáreo, con un 24% son niños de 6 a 12 meses, con 1 a 3 años un 48%, de 4 a 8 años un 28% y con un 5% niños de entre 9 a 12 años. En nuestro estudio, los datos reflejan que la franja etárea predominante en la infancia es de 1 a 3 años, éste rango etáreo es el más susceptible a contraer una parasitosis intestinal, debido a que comienzan a incorporarse diferentes elementos del exterior y el cuidado es dependiente de sus padres en todas las tareas referentes a la higiene, porque aun el niño no posee la capacidad de ser autónomo en sus cuidados. Esto quiere decir que las familias de esta investigacion tienen una función sustancial respecto al cuidado y la generación de hábitos en los niños.

Según los datos obtenidos el 60% refiere que sus hijos entre 6m a 12 años no presentaron parasitosis intestinal y el 20% refieren haber presentado. En cuanto a los conocimientos que poseen los jefes de hogar ante dicha enfermedad, se obtuvo que un 70% de los jefes de familia refirieron no tener conocimientos suficientes (que es la parasitosis, como se contrae la enfermedad y como se trata). En relación al interés de recibir información se obtuvo que un 80% manifestaran querer tener información sobre esta temática.

En cuanto a los controles pediátricos periódicos el 85% asisten a los controles mientras que el 15% no lo hace. Consideramos que dichos controles son de gran importancia para la prevención de esta y otras patologías y la promoción de la salud del niño.

En cuanto al lavado de manos, un 75% de los encuestados no realizan el lavado de manos, mientras que un 25% si lo realiza. En relación a la higiene de los alimentos se obtuvo que un 55% de los jefes de familia no realiza la higiene de los mismos previos a la cocción y la ingesta, en cambio un 45% afirmo si realizarlo.

En relación a la ubicación del baño un 90% refiere contar con baño interno (dentro del hogar) y un 10% refiere tener baño externo. La eliminación de excretas se realiza por red cloacal con un 80%, pozo negro 15% y otro 5%. Esta última variable se correlaciona con los datos nacionales de nuestro país, en el cual todavía existen un porcentaje de la población que no cuenta con una adecuada eliminación de excretas, lo cual trae aparejado problemas de higiene pública, como las enfermedades parasitarias, que muchas veces se deben a la contaminación de las fuentes de agua.

En lo que hace referencia a la presencia de animales en el hogar, un 80% posee animales y un 20% refiere no tener animales. Un 44% de los encuestados refieren que los animales habitan dentro y fuera del hogar, mientras que un 25% habitan dentro del hogar. En relación al cuidado que se les brinda a los animales se obtuvo que un 69% no les realizan los cuidados correspondientes (alimentación especial, endo-desparasitación, asco) y un 31% afirmo si realizarlos. Esta última variable nos permite valorar que un alto porcentaje de los encuestados no les realiza los cuidados básicos a los animales, el cual incrementa el riesgo de contraer la enfermedad para la familia y repercute negativamente en la salud del animal.

En relación al consumo de agua potable la totalidad de la población encuestada refiere acceder al agua potable. En relación al lugar de obtención del agua potable un 85 % refiere obtenerla dentro del hogar y un 15% la obtiene fuera del hogar. En cuanto al 15% que manifiesta traslada el agua potable lo realiza en recipientes abiertos y en cuanto al cuidado que le brinda al mismo, no realizan el lavado diario con jabón y cepillo. Dado que está comprobado que es en la red domiciliaria donde se producen la mayoría de las contaminaciones, utilizar los depósitos de almacenamiento de agua abiertos permiten la entrada a agentes patógenos y esto sumado a que los mismos no son desinfectados de forma correcta, los convierte en focos potenciales de contaminación hídrica, siendo de gran riesgo para la salud.

CONCLUSION

Existe una variedad de determinantes socio-culturales y económicos fuertemente ligados a la parasitosis intestinal. Principalmente el factor social y cultural son los que promueven actitudes y por ende comportamientos vinculados a la prevención de la parasitosis.

Por los datos obtenidos observamos que el núcleo familiar corresponden a un contexto económico deficitario en relación al nivel de desocupación y presenta un nivel educativo bajo, variables que se relacionan debido que el nivel educativo se asocia con la estabilidad laboral. También afirmamos al igual que cita Kozier en relación a que estos factores representan una gran influencia en cuanto a los modelos de relaciones entre padres e hijos.
En relaciona con la eliminación de excretas, si bien un alto porcentaje de los jefes de familia cuenta con red cloacal o pozo negro, todavía continúa un bajo porcentaje de familias que eliminan las excretas por otros medios.

Logramos concluir en base a nuestro análisis que aún existe una conducta no favorable a la salud, en cuanto a otra de las principales fuentes de transmisión de la parasitosis representada por la presencia de animales dentro del hogar. En relación a éste dato, se desprende que los jefes de hogar no les realizan los cuidados correspondientes al animal. Probablemente éstas familias no poseen conocimientos suficientes en relación al cuidado que se les debe brindar. Por lo tanto, sí éstas se encontrarán informadas lograrían asumir los cuidados de forma responsable, favoreciendo a la salud del núcleo familiar y también del animal.

Otra fuente de transmisión de la parasitosis intestinal, es el consumo de agua no potable. De nuestro análisis logramos observar que si bien un alto porcentaje obtiene agua potable dentro de su hogar, aún existen familias que la obtienen fuera del mismo. Afirmamos que ésta familias tienen a su alcance el acceso al agua potable, pero no basta como para afirmar que disminuye la fuente de transmisión de parásitos y/o otras enfermedades, si esta no se traslada bajo condiciones de higiene. De nuestras entrevistas, se obtuvieron que los jefes de hogar trasladan el agua potable en recipientes abiertos y a estos no les realizan una desinfección correspondiente, por lo tanto este comportamiento aumenta el riesgo de infección. Como enfermeras comprendemos que esta conducta se debe a una falta de conocimiento por parte de los jefes de hogar, por lo tanto nuestro objetivo es lograr concientizar a éstas familias de la importancia de disminuir todas las posibles contaminaciones del agua potable como uno de los factores fundamentales de prevención.

Los hábitos de higiene que refirieron los jefes de familia, aumentan el riesgo de contraer la enfermedad por parasitosis intestinal así como de la reinfección. Afirmamos lo mencionado por lo datos obtenidos en nuestro análisis, ya que en materia de higiene se observa que el comportamiento referido de los encuestados no es favorable como medida preventiva de la parasitosis. Un alto porcentaje no realiza el lavado de manos frente a cuatro actividades básicas y un alto porcentaje de jefes de hogar no realizar la higiene de alimentos previo a la cocción y la ingesta factores que aumentan el riesgo de infección. Por lo tanto afirmamos que este comportamiento manifestado por los jefes de

hogar juega un papel desfavorable en el desarrollo de actitudes en el niño, debido a que los hábitos higiénicos ayudan a los niños en su proceso de inserción social y les brinda sensación de independencia. Conocer éste factor negativo nos permite como Enfermeras comunitarias lograr hacer hincapié, en la educación del lavado de manos e higiene de alimentos en la población como principal medida preventiva de las infecciones.

De la familia depende la implementación de hábitos de higiene, alimentación, entre otros. Por lo que hay que enfatizar en la promoción de la salud y prevención de la parasitosis, ya que los mismos pueden llevar a consecuencias negativas, como retrasos en el desarrollo físico y cognitivo. La mayoría de los parásitos intestinales son transmitidos por vía fecal-oral, especialmente ingestión de agua y/o alimentos contaminados. Esta contaminación puede ocurrir directamente por deficientes prácticas higiénicas desde manipulación de alimentos infectados o indirectamente a través de la ingestión de agua contaminada u otras vías de contaminación.

Creemos que el porcentaje de niños que no concurren en forma periódica a control pediátrico es un porcentaje por demás significativo, pudiendo este comportamiento incidir en forma negativa sobre el crecimiento y desarrollo de esta población. Por lo tanto como enfermeras creemos que afianzar nuestro rol en el primer nivel de salud en coordinación con otros servicios con una atención centrada a nivel familiar contribuirá a mejorar la calidad de vida de la población. Por lo tanto reforzar la salud familiar es la piedra angular para lograr el mayor nivel de salud posible de la población.

Los encuestados se encuentran desinformados en lo referente a la parasitosis intestinal. Esta falta de información conlleva a que los jefes de familia no logren desarrollar medidas preventivas frente a la parasitosis intestinal, dificultando la correcta toma de decisiones que le permita ser responsable de su salud. Según la definición de salud de la OMS para lograr el mayor nivel de salud posible se debe crear en el individuo el sentido de responsabilidad, y ésta se logra en base al conocimiento que le sirve al individuo para afirmar su pensar y por lo tanto su forma de actuar, es decir influye en sus actitudes y en consecuencia en sus comportamientos.
Lograr hacer responsable a las personas en lo referente a su salud es la forma de cambiar ciertas actitudes y comportamientos, es decir lograr hábitos saludables.
Por lo tanto educar a los padres es la forma de darles herramientas para que logren actuar de forma consiente y consecuente en lo referente a la salud y la de sus hijos.

Concluimos que nuestro trabajo de investigación nos permitió conocer que la parasitosis intestinal engloba un fuerte contenido socio-cultural. Los jefes de hogar presentan comportamientos que no promueven la prevención de la enfermedad parasitaria el cual se correlaciona con la falta de conocimiento de la misma. Esta enfermedad debe de abordarse por el ámbito educativo en la población, como la medida principal de prevención. Como enfermeras comunitarias éste trabajo fue enriquecedor en lo referente a nuestro rol en la comunidad, nos permitió identificar los riesgos para así lograr desarrollar estrategias enfocadas a la prevención y la promoción, trabajando en conjunto con otros servicios y la comunidad.

SUGERENCIAS

Nuestro trabajo de investigación final logro identificar que los jefes de hogar se encuentran desinformados ante la temática, por lo tanto el eje central es la prevención y para lograr ésta se debe educar a la comunidad para que logren realizar comportamientos preventivos. Por lo tanto creemos que se debe reforzar el conocimiento que posee la población sobre esta patología para que se traduzca en prácticas permanentes y efectivas de prevención y control de la parasitosis

Según la revisión bibliográfica que se realizó para este trabajo, obtuvimos que solo existan estudios de parasitosis que se centran en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Si bien es importante los mismos como una de las formas de prevención, creemos que la medida principal debe centrarse en promoción como el principal medio para lograr un cambio de actitudes y comportamientos.

El rol de la Lic. En Enfermería en la comunidad es el principal nexo para brindar una atención integral con un enfoque familiar, que permitan a los individuos utilizar las herramientas en lo referente al autocuidado.

Para llevar a cabo la implementación de actividades educativas relacionadas a esta temática, se debe trabajar en forma conjunta con la población, grupos organizados, autoridades locales, para que todos los involucrados participen de forma activa y constante en la implementación de estrategias y actividades, que estén encaminadas a disminuir la incidencia de esta enfermedad.

Como Licenciadas en Enfermeria, educar a la población en lo referente a medidas preventivas para evitar adquirir esta patologia, contribuirá a que las familias logren actuar de forma conciente y favorable hacia su salud, la de su familia y por lo tanto en la comunidad.

ANEXOS

ANEXO 1

OMS alerta sobre infección de parásitos intestinales en países en desarrollo **15 de agosto, 2008.** La mayoría de los niños en países en desarrollados están infectados de gusanos intestinales, informó la Organización Mundial de la Salud.

La helmintiasis intestinal, también conocida como infección por gusanos intestinales, afecta a un mínimo de 2.000 millones de personas en todo el mundo y supone una importante amenaza a la salud pública en las regiones donde el saneamiento y la higiene son inadecuados.

Los parásitos intestinales pueden causar malnutrición en los niños y disminuir sus posibilidades de crecer, desarrollarse y aprender.

En 2001, este organismo de la ONU fijó la meta de proporcionar tratamiento sistemático mundial a un 75% de los menores en edad escolar, como objetivo para 2010. Asimismo, la OMS señaló que los niños infectados que reciben tratamiento muestran un aumento espectacular de la memoria a corto y largo plazo, así como de su capacidad de razonamiento y de comprensión de lectura.

ANEXO 2

Enfermedades parasíticas y desatendidas: El Programa Regional de la OPS

Misión: Reducir la repercusión negativa de las enfermedades transmisibles desatendidas sobre la salud y el bienestar social y económico de todos los pueblos en las Américas.

Áreas de trabajo

¿Cuáles son las enfermedades desatendidas? ¿Cómo va la situación en las Américas?

Las enfermedades desatendidas son un grupo de enfermedades parasitarias y otras enfermedades infecciosas que generalmente se caracterizan por la inversión históricamente baja del sector farmacéutico y que principalmente afectan a los grupos más desprivilegiadas de la sociedad. Entre estas enfermedades desatendidas se incluyen la filariosis linfática, la oncocercosis, la helmintiasis intestinal, la esquistosomiosis y la leishmaniosis:

- La OPS/OMS calcula que 20–30% de todos los latinoamericanos están infectados por **helmintos intestinales** (parásitos intestinales), mientras que las cifras en los barrios pobres alcanzan con frecuencia el 50% y hasta el 95% en algunas tribus indígenas.
- La **esquistosomiosis** (Schistoma mansoni) todavía afecta por lo menos a ocho países de la Región; el Brasil lleva la mayor carga, donde se estima que al menos 2,5 millones de personas están infectadas y 6 millones están en riesgo.
- La **filariosis linfática** (elephantitis filárica) afecta a más de medio millón de personas en la Región, donde se estima que en términos mínimos 6–8 millones de personas están en riesgo, principalmente en Haití pero también en Guyana, la República Dominicana y la parte del nordeste del Brasil.
- La **oncocercosis** pone en riesgo a cerca de medio millón de personas en la Región. Su enfoque más problemático abarca una región extensa de comunidades remotas en la zona fronteriza Venezuela-Brasil.
- Ambos tipos de **leishmaniosis** constituyen un problema creciente en las zonas rurales y periurbanas en muchos países de la Región, con casi 35.000 casos notificados en el Brasil sólo en 2003; sin embargo, la notificación insuficiente o la falta de información es común en las zonas marginales rurales y periurbanas de la Región donde estas enfermedades generalmente se encuentran.

Programas de prevención, control y/o eliminación: Existen programas mundiales de eliminación o de control para los geohelmintos, la esquistosomiosis, la oncocercosis y la filariosis linfática; pero los recursos mundiales son escasos. Hay resoluciones de la OMS y de la OPS para la eliminación de la oncocercosis y de la filariosis linfática como problemas de salud pública; y una iniciativa está en marcha para abordar estas enfermedades de una manera integrada como "enfermedades desatendidas", junto con los geohelmintos y la esquistosomiosis, entre otras enfermedades tropicales. Para interrumpir la transmisión de la oncocercosis, se debe mantener una cobertura de tratamiento de no menos de 85% durante 12 a 14 años, mientras una cobertura de tratamiento por encima de un 80% durante cinco años es fundamental para la interrupción de la transmisión de la filariosis linfática en los países endémicos. Ha habido progreso constante al alcanzar estas metas; sin embargo, la sostenibilidad de los programas depende de la voluntad política y requiere esfuerzos significantes en términos de abogacía. La geohelmintiosis y la esquistosomiosis son problemas de salud

pública serios que afectan principalmente a la población en edad escolar y a las mujeres en edad fecunda, así como los adolescentes y los jóvenes adultos de edad de trabajar. Para abordar esta carga de morbilidad, por lo menos 75% de niños en edad escolar que viven en las áreas de riesgo para geohelmintos y esquistosomiosis van a necesitar acceso a la quimioterapia regular para 2010, según lo identificado por la Asamblea Mundial de la Salud en la Resolución 54, 19 (2001); donde se superponen las dos enfermedades, las normas de la OMS recomiendan el tratamiento combinado junto con mejor agua y saneamiento y educación sanitaria. La investigación en vigilancia y en brotes, así como los programas de prevención y control de leishmaniosis, requieren fortalecimiento en algunos países. Se recomienda un método basado en un enfoque multi-enfermedad e integrado para el manejo de estas enfermedades desatendidas, debido a las sinergias, las eficiencias logísticas, y la reducción de costos potenciales que se podrá realizar en actividades de prevención tanto como en el manejo de casos (atención a los pacientes). Se deben desarrollar datos de eficacia en función de costos para las intervenciones basadas en el enfoque tanto de multi-enfermedad como de enfermedades individuales, para asesorar en la toma de decisiones basada en la evidencia.

Formulación de estrategias y cooperación técnica: Este programa está formulando estrategias de prevención, control y eliminación de enfermedades basadas en un enfoque integrado, interprogramático e intersectorial y que incorporan el análisis de eficacia en función de costos—todo a base de evidencia y con una visión clara hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM/**MDGs**) y acompañada por el desarrollo de un programa de enfermedades desatendidas. El Programa **promueve activamente** la formulación de planes, políticas y estrategias nacionales para la prevención, el control y/o la eliminación de las enfermedades transmisibles desatendidas; brinda cooperación técnica a países, con énfasis en el fortalecimiento de capacidades de instituciones nacionales; y promueve la cooperación entre los países de la Región

ANEXO 3

PROGRAMA PRIORITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ

2006

Dirección General de la Salud

División Salud de la Población

Programa Nacional de Salud de la Niñez

AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dra. María Julia Muñoz

Ministra de Salud

Dr. Miguel Fernández Galeano

Sub-secretario

Dr. Jorge Basso

Director General de la Salud

Dra. Liliana Etchebarne

Directora de la División Salud de la Población

Dr. Jorge Quian

Director del Programa Nacional de Salud de la Niñez

Redactado por un Grupo técnico convocado por el Programa Nacional de Salud de la Niñez participando:

Grupo responsable: Programa Nacional de Salud de la Niñez

Red Atención Primaria (RAP / ASSE)

IMM- División Salud

Colaboraron

Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (ADASU)

Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)

Facultad de Medicina: Cátedras de Pediatría neuro pediatría
Psiquiatría infantil
FEMI
Instituciones Publicas y Privadas consultadas en el ámbito del Consejo Consultivo MSP.

PROGRAMA PRIORITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ

Introducción

El Uruguay presenta una estructura demográfica caracterizada por el envejecimiento progresivo de su población. La Tasa de natalidad ha descendido en forma sostenida a nivel nacional, concentrándose en los estratos mas pobres del país. Más del 50% de la población infantil está bajo la línea de pobreza, comprometiendo su desarrollo físico e intelectual. La salud de la población infantil es un derecho humano esencial violentado en la realidad actual del país. El sistema de salud brinda una respuesta insuficiente y no coordinada. Las políticas sociales referidas a esta población han sido fragmentadas y discontinuas. Hay una postergación de la niñez y la adolescencia en las políticas sociales. Los montos invertidos en políticas sociales para la infancia lo demuestran. Datos recientes de UNICEF confirman que mientras los niños y adolescentes son el 30% de la población total y el 46 % de la población en situación de pobreza, reciben solo el 19,6% de los gastos sociales del Estado. Las consecuencias de estos hechos para el futuro del país son extremadamente graves y requieren un accionar inmediato de los poderes públicos y del conjunto de actores institucionales y comunitarios para revertir esta situación.

Identificación del problema

El agravamiento sustantivo de la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Si bien el indicador Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en nuestro país en los últimos años - al igual que en muchos países de América Latina - las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación. Dado que en los hogares pobres se encuentran más del 50% de los niños/as menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir son francamente superiores. La desnutrición ha aumentado en los niños menores de 2 años de las zonas más excluidas, en muchas de las cuales hay cifras importantes de parasitosis vinculadas al déficit de saneamiento. El debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular los cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños y niñas que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía. En la adolescencia, la ausencia de referentes claros a nivel de la familia y la deserción escolar, entre otros factores, promueven conductas de riesgo y consumos problemáticos. Las cifras de muerte por accidentes reafirman una tendencia que afecta profundamente la salud infantil y adolescente.

La salud bucal se encuentra muy afectada en la población más excluida, existiendo estrategias de abordaje institucional en escuelas, cuya extensión está procesándose, que significarían reducción de patologías prevenibles y dignificación de los individuos.

Desde el ámbito de la prestación de servicios se verifican distintos grados de inadecuación, desde debilidades estructurales y de accesibilidad, así como de calidad en los distintos niveles, con desarticulaciones y falta de normativa que asegure los derechos de los usuarios en general, favoreciendo la inaccesibilidad en los estratos más desfavorecidos y la disconformidad general tanto de prestadores como de usuarios.

Antecedentes

En el país hace años funcionan distintos programas que apuntan a atender las necesidades de salud de la población infantil con mayor o menor nivel de compromiso según la época en que se formuló o la administración que estuviera a cargo. Entre ellos existe el Programa Materno Infantil, Programa Aduana, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa Setiembre.En el ámbito de la Intendencia de Montevideo se ha desarrollado, además de los anteriores, el Programa de Atención a la Salud Bucal en escuelas públicas, y como experiencia zonal el Programa de Atención Integral al Adolescente. Algunos de estos programas se han mantenido con fortalezas y debilidades dispares, según la necesidad emergente del momento, sin un compromiso real de continuidad, sin tener en cuenta la promoción y la prevención como objetivos principales. Han sido sostenidos, la mayoría de las veces, por el esfuerzo cotidiano de los equipos de base. Este Programa Prioritario de Atención a niños y niñas busca contribuir a una adecuada atención a la salud de los mismos que comprenda y reubique las pautas y programas anteriores, extendiendo sus competencias para asegurar, entre otras, la accesibilidad y continuidad en la atención, y facilitando una integración entre este ámbito programático que se define longitudinal, con ámbitos programáticas transversales que recorren las diferentes etapas del control y desarrollo, brindándole integralidad: salud bucal, salud mental, inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros. *(ver Anexo "Modelo de Abordaje por Programas ")*

Estrategia

La atención a la salud de toda la población infantil y adolescente de nuestro país busca constituirse en un elemento central de las propuestas programáticas a través de un accionar coordinado de todos los efectores, en la implementación de políticas, pautas y criterios comunes. A partir de dicha normatización y conjunción de esfuerzos se obtendrán resultados de mayor impacto, y una utilización más eficiente de los recursos disponibles, que deben ser incrementados en función de la grave situación a encarar.
El diseño de políticas de atención a adolescentes se encuentra en etapa de estudio en este momento, hacia un modelo que conjugue acciones longitudinales en atención a la salud con actividades transversales con otros sectores que vinculan con dicha atención (educación, recreación), y que contribuya con el Programa de Atención a la Niñez, a abordar la etapa de transición prepuberal tan variable

La estrategia se define bajo el marco general de acción señalado por las autoridades gubernamentales, de priorizar una mejora en las condiciones de vida de la población infantil- adolescente en situación de pobreza a través de políticas sociales integrales, desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis preventivo y de promoción y mayores niveles de accesibilidad, con promoción de derechos y participación ciudadana, donde espacios como la escuela y la familia se constituirán en objetivos a fortalecer.
Se señalan las principales líneas estratégicas a encarar desde el sector salud:

- Fortalecer la cobertura de salud en las áreas priorizadas en función del riesgo social y sanitario, con énfasis en la población infantil- adolescente.
- Obtener un diagnóstico precoz de enfermedades y asegurar una adecuada información epidemiológica y colectivización de la información relevada.
- Modificar el modelo asistencialista hacia un modelo apoyado en el concepto de integralidad, prevención, educación y promoción de salud con enfoque de riesgo social, de género y de reducción de daños.. La implementación efectiva

de una estrategia de Atención Primaria en Salud es un lineamiento programático fundamental. Para ello se establece la priorización de las acciones en el Primer Nivel de Atención, coordinadas en forma de red por parte de todos los efectores de salud, con adecuado vínculo de referencia y contra-referencia con otros niveles, correctamente sostenidos en infraestructura y capacidad técnica.

- Promover la participación activa de tipo intersectorial entre efectores de salud, sistema educativo, seguridad social y organizaciones comunitarias en un accionar sostenido sobre los factores del entorno y hábitos que afectan la salud infantil.
- Generar espacios de participación ciudadana en el diagnóstico, gestión y evaluación de actividades, con un enfoque de construcción de ciudadanía y de derechos humanos. La creación de una cultura de responsabilidad e involucramiento del conjunto de la sociedad en relación con la situación de los niños/as, es un elemento esencial para crear las condiciones de la acción conjunta y con impacto.

Por lo antes expuesto, dado que la atención integral a la infancia y adolescencia incluye componentes familiares, comunitarios, recreativos, culturales, educativos, entre otros, deberían ser articulados en un Plan Nacional de Atención a la Infancia, del cual este Programa de Atención a la Salud de Niños y Niñas será ser un componente más.

Propósito

Contribuir al desarrollo ciudadano del país desde el cuidado adecuado de la salud de la infancia.

Objetivo general

Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia de APS, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población

Objetivos específicos

1 – Realizar un diagnóstico integral interdisciplinario de la situación de salud de niños /as y adolescentes en su entorno familiar y comunitario, en ámbitos territoriales específicos con participación de distintos efectores de salud, y en conjunto con las instituciones sociales y las organizaciones comunitarias, que favorezca el conocimiento de las principales problemáticas y necesidades de niños y niñas de la zona, de modo de encarar posteriormente y en conjunto acciones de promoción en salud hacia los colectivos locales - barrios, escuelas, organizaciones sociales -, con participación activa de las comunidades y otros ámbitos sectoriales, así como la incorporación de dichas temáticas en la consulta individual.

2 - Brindar acciones de control en salud a niños/as desde el nacimiento hasta los 14 años, por parte de actores interdisciplinarios según pauta anexa, con promoción y apoyo a la madre y a la familia, jerarquizando la cultura del autocuidado, las pautas preventivas y la asistencia oportuna.

Se definen los siguientes componentes longitudinales en base a los cuales se adjunta una pauta de controles: (Anexo "Control periódico del niño/a hasta los 14 años")

- Ø Control del niño /a de 0 a 24 meses
- Ø Control del niño/a de 2 a 4 años
- Ø Control del niño/a de 5 a 9 años
- Ø Control del niño / a de 10 a 14 años

3 - Brindar consulta por patología de forma oportuna, sobre la base de protocolos de atención que aseguren la calidad (incluyendo destreza técnica, adecuado vínculo equipo-familia, acceso a medicamentos y paraclínica según requerimientos), asegurando la continuidad de la atención en los niveles correspondientes (acceso a interconsulta, internación y rehabilitación) con adecuados niveles de equidad

4 - Contribuir al análisis de las causas de muerte en menores de 15 años a través de la creación e implementación de los Comités de Auditoria de Muerte, estableciendo recomendaciones y mejoras en la calidad de atención en función del resultado de dicho monitoreo

5- Desarrollar un Programa de evaluación de la calidad de atención y de satisfacción de usuarios.

Actividades

Objetivo específico 1:

1.1 - Realización de actividades de encuentro local entre actores de salud, sociales y comunitarios, para caracterizar los principales problemas conocidos de la población infantil, y sentidos por actores locales, incluyendo un diagnóstico ambiental.

1.2 – Definición y priorización de dichas necesidades entre el conjunto de actores locales.

1.3 – Implementación de acciones de promoción de salud hacia dichas temáticas priorizadas, en forma conjunta con organizaciones locales y actores comunitarios, favoreciendo posibles soluciones a las necesidades detectadas

1.4 - Articulación con las redes sociales formales e informales en el área de influencia del servicio, con planes de promoción de salud a la infancia y mejora de la coordinación intersectorial.

1.5 – Desarrollo de espacios de escucha y diálogo desde los servicios de salud con la población y los usuarios, promoviendo su conocimiento y opinión en el proceso de la atención de la salud de

niños/as y adolescentes.

1.6 – Realización de actividades de educación y promoción comunitaria sobre patologías prevalentes y promoción de hábitos saludable, involucrando a las fuerzas vivas locales

Objetivo específico 2:

Controles de salud según componentes:

2.1 – Captación y Control del Recién Nacido y del niño /a hasta los 24 meses de vida según la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, integración a redes e instituciones.

2.1.1- Captación del Recién Nacido - Fortalecer Programa Aduana a nivel público a través del liderazgo y control del efector definido como cabecera sanitaria de la zona de responsabilidad programática con definición y evaluación de indicadores de proceso y resultado.
2.1.2 - Implementación de Programa Aduana a nivel privado, asegurando la llegada de todos los recién nacidos a técnicos /equipos de referencia, y estableciendo niveles de información que posibiliten una adecuada evaluación.
2.1.3 – Establecimiento de consultas programadas accesibles desde el primer control del RN que incluyan adecuado control del crecimiento, actividades educativas y de promoción según normas.
2.1.4 - Aplicación de pautas de control de desarrollo según edades, con promoción materna y familiar de los estímulos adecuados, con posible participación en grupos / proyectos sociales de apoyo (CAIF y otras organizaciones) y derivación a equipos especializados si correspondiera.
2.1.5 - Desarrollo de un mecanismo eficaz de seguimiento de los controles en salud hasta los 24 meses, con visitas de recaptación si hay faltas a las citas y evaluación de cumplimiento.
2.1.6 - Apoyo, fomento y evaluación de la lactancia materna a través de acciones organizadas por el equipo de salud y actores comunitarios, con consulta individual y grupal. Integración r las acciones a las campañas nacionales de promoción de lactancia materna. Acreditación de las maternidades y servicios de Primer Nivel en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño con el apoyo de la cooperación técnica de UNICEF y PNUD.
2.1.7 – Implementación de las actividades de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el niño pequeño elaborada por OMS/UNICEF teniendo en cuenta las pautas de alimentación consensuadas del Programa de Nutrición MSP y del Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría
2.1.8 - Evaluación nutricional del niño definiendo situaciones de riesgo, priorizando su

seguimiento y control de su evolución.

2.1.9.- Acciones de educación nutricional de forma sistemática, tanto en promoción de lactancia como en alimentación complementaria, en consulta como en instancias grupales, con participación del equipo de salud y agentes comunitarios con adecuación de mensajes a la realidad zonal.

2.1.10 – Aplicación y evaluación del Programa Ampliado de Inmunización con seguimiento sistemático analizando posible incorporación de nuevas vacunas.

2.1.11 - Monitoreo por parte del equipo técnico del vínculo madre/padre/familia en forma sistemática con el niño en base a pautas preestablecidas, desde la perspectiva del respeto a los valores de crianza de cada familia, en tanto ellos no colisionen con los derechos humanos consensuados en nuestra sociedad procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales, en el marco de la acreditación de maternidades y centros trabajando por las Buenas Practicas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.1.12 –Incorporación al control la participación de madre / padre / familia en grupos de familia (grupos de promoción) con metodología participativa en función de sus propios intereses, incorporando los temas priorizados en el diagnóstico.

2.1.13 – Incorporar la visita domiciliaria sistemática por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud, en toda situación de riesgo, según pautas, habilitando el conocimiento de las condiciones de la vida cotidiana. Observación de prácticas de crianza, en especial, posición supina al dormir, colchón firme, hábitos de tabaquismo en el ambiente familiar y condiciones de abrigo(no calor excesivo) Promoción de la visita domiciliaria en general en toda situación de control infantil, como modalidad de acercamiento a la realidad socio-familiar

2.1.14 – Derivación oportuna según pauta de atención de salud bucal, apoyando las recomendaciones de dicho equipo de atención.

2.1.15- Recomendaciones para disminuir los factores de riesgo de síndrome de muerte súbita que incluye posición supina, evitar el excesivo abrigo, el hacinamiento y el tabaquismo pasivo.

2.2 - Control del niño /a de 2 a 4 años de acuerdo a la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza e integración a redes.

2.2.1 - Establecer consultas programadas accesibles desde el 2° año en adelante, bajo la responsabilidad del mismo equipo de salud, que incluyan control del crecimiento y evaluación sistemática del desarrollo, actividades educativas y de promoción según la norma adjunta.

2.2.2 - Realizar la evaluación nutricional definiendo situaciones de riesgo, su seguimiento y evaluación en forma sistemática, incorporando los apoyos nutricionales de acuerdo a las pautas del Comité de Nutrición de la SUP. Fortalecer la educación nutricional de forma sistemática, tanto en consulta como en instancias grupales, con participación de agentes comunitarios y adecuación de mensajes a la realidad zonal.

2.2.3 - Evaluar en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso

sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.2.4 - Incorporar al control la participación de madre /padre/ familia en grupos de promoción con metodología participativa que tenga en cuenta sus propios intereses, a los que se sumen aquellos tópicos priorizados por el diagnóstico.

2.2.5 - Fortalecimiento sustantivo de los mecanismos de captación para el control de niños y niñas a través de la vinculación con el plan de emergencia (compromiso ciudadano), con las prestaciones de seguridad social (Asignación Familiar), con el sistema educativo y las redes comunitarias, y promoción de la incorporación temprana a centros de educación inicial.

2.2.6 Integrar la vigilancia de los tóxicos ambientales en especial plomo para identificar situaciones de riesgo e implementar medidas de prevención y tratamiento.

2.3 – Control del niño /a de 5 a 9 años de acuerdo a la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza y recreación, e integración a redes.

2.3.1 – Favorecer las consultas programadas de control en salud de acuerdo a la pauta, con evaluación sistemática del desarrollo, fortaleciendo el vínculo del niño /a con el equipo de salud.

2.3.2 - Aplicar y evaluar el Programa Ampliado de Inmunización utilizando el ingreso escolar como mecanismo de captación.

2.3.3 – Evaluar la adecuación de las pautas alimentarias, y de los ámbitos destinados a esta actividad en la familia, promoviendo la incorporación de hábitos saludables y buenas prácticas, en la consulta y en conjunto con la actuación comunitaria.

2.3.4 - Evaluar en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales. Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

2.3.5 – Promover el autocuidado y el respeto al propio cuerpo, insistiendo en aspectos de higiene, alimentación, hábitos saludables.

2.3.6 – Promover acciones conjuntas con los equipos docentes de escuelas y jardines hacia diagnósticos oportunos y temáticas promocionales surgidas en el diagnóstico o de interés emergente, para trabajar conjuntamente en la consulta, en la escuela y en la comunidad a partir de familias y vecinos participantes.

2.4– Control del niño /a y adolescentes de 10 a 14 años: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, coordinación con instituciones de enseñanza y recreación, e integración a redes.

2.4.1 - Consultas programadas de control en salud de acuerdo a la pauta, fortaleciendo el vínculo del niño /a con el equipo de salud.

2.4.2 – Cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización utilizando el ingreso liceal como mecanismo de captación y vigilancia.

2.4.3 - Acciones de adecuación de las pautas alimentarias, y de los ámbitos destinados a esta actividad en la familia, promoviendo la incorporación de hábitos saludables y buenas prácticas, detectando precozmente trastornos de la alimentación.

2.4.4 –Evaluación en forma sistemática el vínculo madre/padre/familia/Instituciones

educativas con el niño desde la perspectiva de respeto a las pautas familiares de crianza, procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales.
2.4.5 - Indagar sobre el conocimiento del niño / a con relación a los cambios en la pubertad, incluida la menarca, dando espacio para dudas e interrogantes a este respecto, con jerarquización de derechos sexuales y reproductivos. Fortalecer en la familia el conocimiento de los cambios para brindar apoyo. Derivación en caso necesario.
2.4.6 – Promoción del autocuidado y el respeto al propio cuerpo, insistiendo en aspectos de higiene, alimentación, hábitos saludables. Detección de consumos de sustancias.
2.4.7 – Fomento de acciones conjuntas con los equipos docentes de liceos y centros juveniles en diagnósticos oportunos y hacia temáticas promocionales surgidas en el diagnóstico o de interés emergente, para trabajar conjuntamente en la consulta, en la escuela y en la comunidad a partir de familias y vecinos participantes.

Objetivo especifico 3:

3.1 - Asegurar la accesibilidad de los niños /as y adolescentes enfermos al equipo de salud de referencia, desde el primer nivel de atención, mediante la asignación de números para consultas tanto espontáneas como programadas,asegurando la continuidad de su atención en los siguientes niveles,
3.2 - Dotar a los distintos niveles de atención, y en particular al primer nivel, de la paraclínica y de la medicación necesaria para incrementar su capacidad de resolución. Adecuación del Vademécum por niveles de atención, en particular en el Primer Nivel, regido por las pautas de atención pediátrica, con incorporación de controles periódicos sobre uso racional y adecuado de la medicación.
3.3 - Fortalecer los mecanismos de referencia y contra-referencia con criterios de riesgo, asegurando la llegada oportuna de los usuarios enfermos en cada subsistema a los niveles correspondientes, a través de mecanismos que incluyan un traslado digno y oportuno, registros evaluables e información pertinente, así como apoyo a la familia para asegurar un vínculo adecuado.
3.4 - Definir la mejoras necesarias en la vigilancia epidemiológica en cada nivel de atención, optimizando el manejo local de la información generada y adecuando las estrategias en función de las mismas.
3.5 - Profundizar la aplicación de la Estrategia AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia) apuntando a constituirla como Estrategia Nacional de Atención del Primer Nivel (incluye atención de niños hasta los 5 años). Realizar actividades de capacitación con todos los efectores del primer nivel. Actividades de evaluación y seguimiento de dicha estrategia.
3.6 - Definir pautas de atención normatizadas para otras patologías prevalentes, incorporando mecanismos de evaluación epidemiológica, de procesos y de resultados, en los niveles que correspondan. Incluir el análisis de patologías complejas vinculados al campo social, como el abuso y el maltrato, aún no visibilizadas en la información epidemiológica e insuficientemente pautadas.
3.7 - Aplicar criterios de riesgo socio-sanitario y establecer normas de seguimiento en aquellas patologías cuyo control se priorice, en particular las vinculadas a los déficits nutricionales y los desvíos en las alteraciones del desarrollo.
3.8 - Definir a nivel local, con otros actores institucionales del sector y extra sector salud, así

como con actores comunitarios, las prioridades en el diagnóstico zonal de déficit de salud en la infancia y adolescencia, incorporando sus propuestas e intervenciones a los planes locales de trabajo vinculados a prevención primaria y secundaria
3.9 Integrar la vigilancia de los tóxicos ambientales en especial plomo para identificar situaciones de riesgo e implementar medidas de prevención y tratamiento.

Objetivo especifico 4:

4.1 - Instalación de los Comités de Auditoría de Muerte por Departamento y Comité Central, bajo la responsabilidad de la Dirección General de la Salud (DIGESA) Programa Nacional de de Salud de la Niñez
4.2 - Funcionamiento de los mismos en coordinación con todos los servicios de salud públicos y privados del país. Visitas, contactos, auditorías conjuntas, elaboración de informes periódicos y recomendaciones.
4.3 - Elaboración de propuestas / planes por parte de DIGESA orientadores de la capacitación permanente a los Servicios de Salud Públicos y Privados, en función de las prioridades que surjan de la aplicación y evaluación del Programa
4.4 - Análisis y difusión, por parte de DIGESA, de los datos estadísticos y epidemiológicos periódicos, y promoción de Talleres / Encuentros de Divulgación y análisis
4.5 – Creación de espacios de coordinación entre instituciones y referentes de atención a la infancia para diseños conjuntos de campañas promocionales.

Objetivo especifico 5

5.1.- Formación de grupos de trabajo institucionales para el desarrollo de Programa de Mejora Continua de la Calidad de atención de la infancia.
5.2.- Definición de los indicadores de calidad de atención del niño y mecanismos de monitoreo y control de los mismos.
5.3.- Desarrollo de encuestas de opinión periódicas en salas de espera.

RECURSOS

Recursos humanos

Interdisciplina – trabajo en equipo

La atención a la salud de niños / niñas y adolescentes exige particularmente un abordaje integral, en etapas evolutivas de crecimiento y desarrollo que deben ser contempladas en todas sus potencialidades. Por esto es que se define, en estas áreas, la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario, que posibilite miradas y saberes múltiples, y favorezca su integración en campos de trabajo con mayor o menor planificación, según los niveles de atención y los niveles de prevención de que se trate.
En particular, las intervenciones en promoción de salud exigirán la participación interdisciplinaria, o la mirada interdisciplinaria de los abordajes, constituyéndose este proceso a través de construcciones colectivas según cada ámbito institucional o local
El trabajo en equipo en los distintos niveles de atención, planificando tareas que involucren distintos actores técnicos según requerimiento y facilitando evaluaciones conjuntas que mejoren el actuar y transversalicen los saberes, será posible, entre otras formas, a través de instancias de reuniones periódicas acordadas a nivel institucional

(ejemplo: reunión del área de atención al niño en el primer nivel, reunión del equipo de atención al niño en un centro hospitalario)

La formación de equipos interdisciplinarios es una construcción colectiva que exige una democratización del poder entre los distintos actores, desde el / la pediatra hasta el administrativo, pasando por el personal de enfermería, de nutrición, y otros. El reconocimiento de los roles de cada cual y de su aporte hacia la integralidad de los mensajes e intervenciones es el primer paso hacia la escucha respetuosa y la construcción conjunta.

Integración de los equipos de atención:

Equipo de atención integral: Eje longitudinal: pediatra, enfermero/a, administrativo/a, (eventualmente médico/a de familia) con eje transversal de apoyo: odontólogo, nutricionista, psicólogo/a, trabajador/a social.

La integración de ambos equipos en el tiempo y el espacio será requisito necesario para el actuar interdisciplinario y el abordaje integral.

Otras especialidades: de acuerdo a las patologías prevalentes y a las prioridades planteadas, la intervención de técnicos de distintas disciplinas para fortalecer la integralidad y atender precozmente los desvíos de la normalidad deberán estar ubicados en el primer nivel de atención. (ejemplo: psicomotricistas y fonoaudiólogos, oftalmólogos y otorrinolaringólogos, neuropediatras, psiquiatras infantiles)

Recursos materiales / instalaciones físicas

Este programa prevee la evaluación de las instalaciones donde se brinda atención a la infancia y adolescencia, en base a la aplicación de las pautas de habilitación vigentes en el MSP, estándose asimismo en función de las siguientes recomendaciones generales, en particular para el primer nivel de atención:

- Espacios de consulta adecuados en higiene, confidencialidad y confort
- Adecuación técnica para acciones de medición y diagnóstico
- Existencia de instrumentos de medición antropométrica para niños y adolescentes hasta los 14 años de edad, con acceso a las tablas adecuadas por parte del equipo de salud.
- Existencia de insumos diagnósticos elementales de acuerdo a la pauta (incorporación del esfingomanómetro para niños y adolescentes en todos los niveles de atención, otoscopio, cartilla de agudeza visual en el primer nivel)

Espacio informativo y promocional adecuado:

✔ Carteleras informativas claras con los servicios, sus horarios y formas de acceso.

✔ Carteleras promocionales atractivas con renovación de mensajes sencillos y evaluados.

✔ Aplicación de otros instrumentos de promoción: juegos, videos, grabaciones, etc.

✔ Espacios de entretenimiento para niños en sala de espera, incorporando espejos y materiales didácticos.

✔ Salón de Uso Múltiple: Espacio de reunión para madres / padres y familia que se convierta en un elemento más del control de salud, con participación técnica múltiple y también de actores comunitarios.

· Acceso facilitado a interconsultas básicas: odontólogo, inmunización, psicólogo, ginecólogo, trabajador social.

REGISTROS

HISTORIA CLINICA: Historia Clínica del Niño/a que facilite el seguimiento longitudinal y transversal, (de forma óptima integrada a un Sistema de Información).

CARNÉ DE SALUD: Utilización a nivel nacional de un Carné de Salud del Niño único que facilite el monitoreo familiar del control y los riesgos.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Desarrollo de sistemas de información que incluyan las acciones preventivas, de promoción y que posibiliten el seguimiento. Contar con un adecuado sistema de seguimiento acorde a cada nivel de complejidad (tarjeta de seguimiento de controles, o planilla electrónica de concurrencia)

SISTEMA DE VIGILANCIA: Integrar activamente desde cada servicio la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en patologías prevalentes. Brindar información en tiempo y forma, y definir los mecanismos de devolución de información para su análisis local.

INDICADORES.

Se enumeran indicadores por objetivo específico.

Objetivos específico 1:

Diagnóstico de salud de la infancia según territorio, con participación de efectores y actores comunitarios

- Plan de acción diseñado
- Plan de acción evaluado

Objetivos específicos 2 y 3

Programa aduana: captación de RN y perfil de población:

= *N° de RN captados sobre el total de RN referidos*

= N° de captaciones espontáneas (fuera de la referencia desde la maternidad)

= *Perfil global de población RN a controlar: peso al nacer (Bajo peso y MBP), madre adolescente (10 a 14 y 15 a 19), Escolaridad materna (menor de 6 años / mayor de 6)*

= Visitas domiciliarias de captación

Control del niño/a de 0 a 24 meses:

= Porcentaje de controles sobre el total de consultas

= *Promedio de controles al 6 mes, al 12 mes, al 24 mes*

= *Evaluación nutricional 6°, al 12° y al 24° mes*

= *Prevalencia de lactancia exclusiva y general..*

= *Evaluación del desarrollo según edades*

= *Inmunizaciones al control 12° mes*

= Participación en grupos de promoción de salud

= *Observatorio de patologías: prevalencia de IRA, EDA, otras.*

- Control del niño/a de 2 a 4 años:

= Porcentaje de controles sobre consultas en niños de 2 a 4 años

= *Intensidad de uso en 2 años, en 3 años, en 4 años*

= *Evaluación del estado nutricional a 2 años, en 3 años, en 4 años*

= *Evaluación del desarrollo en control en 2 años, en 3 años, 4 años*

= *Observatorio de patologías (respiratorias, parasitarias, etc)*

Control del niño/a de 5 a 9 años

= Porcentaje de controles sobre consultas

= *Intensidad de uso en controles de 5 a 9 años*

= *Evaluación del estado nutricional*

= *Observatorio de patologías*

Control del niño/a de 10 a 14 años

= Porcentaje de controles sobre consultas

= *Intensidad de uso en controles de 10 a 14 años*

= *Evaluación Nutriciona*

= *Observatorio de patologías*

Objetivo específico 4

= *Instalación de los Comités de Auditorías Central y por departamento*

= *Descenso de la mortalidad infantil y de niños hasta 15 años*

Objetivo específico 5

Protocolos de control de calidad y satisfacción de usuarios generados

Proporción de adecuación al control de calidad esperado.

Evaluación de satisfacción de trabajadores y usuarios.

ANEXO 4

RELEVAMIENTO JEFES DE FAMILIA: SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS PREVENCION PARASITOSIS			
NUCLEO FAMILIAR	*EDAD/SEXO*	*OCUPACION*	*NIVEL DE INTRUCCION*
VIVIENDA			
CONSUMO DE AGUA POTABLE SI NO		Lugar de obtencion del agua potable	Dentro del hogar
			Fuera del hogar
		Traslado del agua	Env. De plastico abierto
			Env. De plastico cerrado
			Otros:
		Cuidado del recipiente	Lavado diario con Jabon
			Lavado diario con Jabon y cepillo
			Otros: /Ninguno
BAÑO		*SI*	Externo
		NO	Interno
ELIMINACION DE EXCRETAS		Red Cloacal	
		Pozo negro	
		Otros	
ANIMALES		*SI:* perros:	Dentro del hogar
		gato:	Fuera del hogar
		otros:	Desparacitacion perlodica
			Alimentacion especial: SI NO
			Aseo:
		NO	
HABITOS DE HIGIENE			
LAVADO DE MANOS		Antes de cocinar	SI NO
		Antes de comer	SI NO
		Despues de ir al baño	SI NO
		Despues de tocar los animales	SI NO
LAVADO DE ALIMENTOS		Previo: coccion	SI NO
		ingerir	SI NO
CONTROL MEDICO		Periodico:	SI NO
Refiere poseer niños de 6 meses y 12 años en la familia con antecedentes de parasitosis intestinales			SI NO
El tutor refiere poseer conocimientos sobre parasitosis intestinal:			SI NO
El tutor refiere interes en recibir inform. sobre la parasitosis intestinal:			SI NO

GASTOS TESIS FINAL DE INVESTIGACION

CANTIDAD	RUBROS	COSTO ($)
560	FOTOCOPIAS	800
250	BOLETOS TRANSPORTE URBANOS Y SUB-URBANOS	4200
X	IMPRESIONES	2600
X	CONECCION A INTERNET	800
X	LLAMADAS TELEFONICAS	1500
X	ALIMENTOS	3000
5	ENCUADERNACIONES	400
3	COPIAS EN FORMATO DIGITAL	50
X	MATERIAL DE PAPELERIA	250
X	GASTOS EXTRA	1200
	TOTAL APROX.	14790

BIBLIOGRAFIA

- GARCIA SUSO. A. Et Al "Enfermería Comunitaria. Bases conceptuales". Cap 5 primera edición. Ediciones DAE. Madrid. España. Año 2001.
- FRIAS OSUNA, A.," Enfermería Comunitaria,", Editorial Masson, Barcelona 2000
- RAMOS CALERO, E., " Enfermería Comunitaria: Bases teóricas",Editorial DAE, Madrid 2001
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 1997.
- WHALEY & WONG. Enfermería Pediatrica. Cuarta edición, Harcourt España, 1993.
- UNIVERSIDAD J.D CASTELLO. Niños y Jovenes en el norte de Nicaragua: Análisis epidemiológico de las prioridades psico-sanitarias para una intervención comunitaria. España,2005. Cap 4.
- KOZIER. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4 ta edición. Tomo I. Ed Interamericana.
- OIBERMAN.A. Historia sobre paternidad. Bs Aires. 2007.
- MENDEZ.C. Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. Editorial Pirámide. 2003

Fuentes Internet:

- ✓ Portal de la Organización Mundial de la Salud [en línea].2012.[fecha de acceso 02 de febrero 2012].URL disponible en :http://new.paho.org/hq/.

- ✓ Centro de noticias ONU [en línea]15 de agosto del 2008.[fecha de acceso 03 de marzo 2012].URL disponible en: http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=13222.

- ✓ Organización panamericana de la salud.Enfermedades parasíticas y desatendidas: El Programa Regional de la OPS[en línea]2009[fecha de acceso 24 marzo].URL disponible en :http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/psit-program-page.htm.

- ✓ María Eugenia Lima.Escolares con parásitos por falta de saneamiento,El País[en línea]11 de agosto 2010[fecha de acceso 7 de abril].URL disponible en:http://www.elpais.com.uy/100811/pciuda-507569/ciudades/La-prevalencia-de-parasitos/.

- ✓ Dra. Ana María Acuña , Bres. Daniel Da Rosa , Horacio Colombo , Salomón Saúl , Adriana Alfonso , Tecs. Ana Combo, Raquel Custelló , Dra. Elena Zunettu.Parasitosis intestinales en guarderías comunitarias de Montevideo.[en línea]1999. Rev Med Uruguay 15: 24-33.[fecha de acceso 01 de mayo 2012].URL disponible en :http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art4.pdf

- ✓ Scielo Costa Rica.Las parasitosis intestinales más frecuentes en la población infantil del área de salud de San Ramón de Alajuela[en línea].2010.[fecha de acceso 17 de junio 2012].URL disponible en :http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-00220010003000004&script=sci_arttext.

- ✓ Scielo Cuba.Características del parasitismo intestinal en niños de dos comunidades del policlínico "XX Aniversario".Niño en edad escolar. [en línea] 2006.[fecha de acceso 14 de julio].URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt -.

- ✓ Ivette Revollo,médico cirujano PhD Univalle,Celia Gutiérrez,directora del Departamento de Bioquímica,Univalle,Pamela Rojas Docente de Parasitología,Departamento de Medicina,Univalle,Cecilia Revollo,Docente de Hematología,Departamento de Bioquímica,Univalle.Prevalencia de parasitosis intestinal en niños en edad escolar en los distritos4,5 y 6 del municipio de Tiquipaya-Tercera

- ✓ Sección provincia Quillacollo[en línea]2005.[fecha de acceso 21 agosto].Url disponible en http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista03/pagina04.htm

- ✓ Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. [en línea]2005.[fecha de acceso 14 enero 2013].URL disponible en: http://www.pronino.pe/centrodoc/31156491doc.pdf