



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Diseño de Trabajo Final

Tema: “El nivel de participación de la familia en los cuidados de la salud de niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socio-económica”.

Grupo: 23

Año de cursada: 2018

Equipo docente:

Dra. Mariela Nabergoi

Lic.TO Luisa Rossi

Esp. Andrea Albino

Lic.TO Florencia Itovich

Lic.TO Macarena López

Alumnas:

María Belén Durigón- DNI: 31916024

Lucía Schenone- DNI: 38303160

Camila Tonel- DNI: 38371268

Fecha de entrega: 10/12/2019

AGRADECIMIENTOS

Al equipo docente, y en especial a nuestra supervisora la Licenciada Andrea Albino, que nos acompañó y alentó en todo momento, como también así, a Macarena López por sus valiosos aportes.

A Violeta Erviti, quien nos abrió las puertas de la Institución y colaboró significativamente en esta investigación.

A Carlota Vega, quien nos brindó gentilmente información.

A nuestras familias, que siempre nos alentaron a seguir adelante con nuestro sueño.

Y muy en especial a Sara Daneri, quien nos asesoró desde un inicio, siempre estuvo predispuesta a ayudarnos y colaborar con nosotras.

Por último, a la Universidad Pública, que nos dio las herramientas para que hoy podamos decir que somos parte de esta hermosa profesión.

INDICE

ÁREA Y TEMA.....	3
PALABRAS CLAVES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO.....	4
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
HIPÓTESIS.....	28
OBJETIVOS.....	28
METODOLOGÍA.....	29
TIPO DE DISEÑO.....	29
UNIVERSO.....	29
MUESTRA.....	30
DEFINICIONES OPERACIONALES.....	32
FUENTES DE DATOS.....	43
INSTRUMENTOS.....	43
ANÁLISIS DE DATOS.....	45
RESULTADOS.....	50
CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	76
ANEXO.....	80

ÁREA Y TEMA

Terapia Ocupacional Comunitaria

“El nivel de participación de la familia en los cuidados de la salud de niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socio-económica”.

PALABRAS CLAVES

Primera Infancia, Familia, Cuidados de salud, Vulnerabilidad socio-económica, Terapia ocupacional social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La Conferencia de Alma-Ata (1978), en Vega (2010), define a *la salud como un derecho humano fundamental e inalienable que debe ser garantizado para todos y, es a su vez, una responsabilidad y un deber que debe ser asumido por todos: organismos públicos, empresas privadas, organizaciones de la comunidad y ciudadanos.*

Consideramos a la salud como un proceso de carácter multidimensional, y por lo tanto sumamente complejo. Adquiere valor especialmente en función de la cultura en que se intente comprender. La salud resulta, entonces, un componente necesario de la vida social, productiva y económica, es un resultado social que se manifiesta por medio de un estilo de vida, propio de cada comunidad (Vega, 2010).

En la infancia, este carácter multidimensional se acentúa, interrelacionándose los sistemas físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (Vega, 2008).

Según investigaciones realizadas por Vega, C. afirma que *en la salud de los niños es fundamental fortalecer el continuo de atención en los diferentes entornos y momentos vitales y, debe abarcar, a la mujer, su familia, la comunidad como así también a los integrantes de los equipos y los servicios de salud* (Vega, 2010).

El Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el 2010, 6 millones de personas, de las 40 que conforman la población residente en la Argentina, tienen entre 0 y 8 años. Este grupo poblacional representa el 15% del total (UNICEF, 2012).

Por otra parte, de acuerdo con el INDEC durante el primer semestre de 2017 se encontraban por debajo de la Línea de Pobreza (LP) el 15,9% de hogares, los cuales incluyen 7.838.005 personas.

Un informe de UNICEF, basado en datos del INDEC de 2016 en Argentina el 29,7% de las personas está en situación de pobreza. Sin embargo, cuando se centran en hogares donde residen niñas, niños y adolescentes este porcentaje asciende al 47,7%, 18 puntos porcentuales más que la pobreza en general. Lo que indica que un gran porcentaje de niños vive en condición de vulnerabilidad.

La Secretaría de la Mujer, Niñez, Adolescencia y Familia del Gobierno de Córdoba menciona que cada particularidad del niño junto con su contexto socio económico, es un “tejido” donde cada factor está relacionado con otro y que, la calidad de ese “tejido” está determinada por el funcionamiento del conjunto de factores y no por cada uno en particular. Dentro de estos factores se incluyen la familia, instituciones, el Estado, etc. Por otro lado, afirma que *“la condición de vulnerabilidad determina que un sector de la población quede fuera del ejercicio de la ciudadanía (ciudadano es un sujeto portador de derechos) y de los beneficios sociales que hacen a la satisfacción de sus necesidades básicas”*.

Con respecto a la familia, Louro Bernal (2002), define a la misma como *un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico- social y cultural en el cual se desarrolla. Asimismo, se inserta en la estructura de clase de la sociedad y refleja el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de la misma.*

Definiremos la participación social que según Muller (1979) en Menéndez (1995), considera a la misma como *“el proceso que permite el desarrollo de la población, incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones”*.

En cuanto a Terapia Ocupacional, compartimos y agregamos la importancia del papel fundamental de la toma de decisiones cotidianas en el cuidado, protección y prevención de los ciudadanos. (Vega, 2010)

Cabe destacar que según el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) menciona que las ocupaciones a menudo son compartidas, las que incluyen dos o más individuos y pueden ser clasificadas como co-ocupación (Zemke y Clark, 1996).

Por tanto, dar cuidados o cuidar es una co-ocupación que incluye la participación activa por parte de quien ofrece el cuidado y quien recibe el cuidado (Olsen, 2004).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En función a lo expuesto y según los datos recabados, la siguiente investigación se propone indagar:

¿Cuál es el nivel de participación de las familias en los cuidados de salud de niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socioeconómica que concurren a CPI (Centros de Primera Infancia) en CABA en el año 2019?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Se considera que el propósito de esta investigación podría favorecer al conocimiento del nivel de participación que tienen las familias con respecto a los cuidados de salud de sus hijos, como así también perciben su participación, cuánta información poseen y cómo actúan o se desempeñan con respecto a estos cuidados.

Aportaría conocimientos específicos sobre la población analizada, con respecto a los niveles de participación de las familias y como el contexto de vulnerabilidad influye en esto.

Los aportes de esta investigación podrían contribuir al desarrollo y abordaje desde el área Comunitaria de Terapia Ocupacional permitiendo asesorar, informar y dar a conocer a las familias en condición de vulnerabilidad socio-económica sobre los cuidados de salud recomendados para contribuir a una esperable calidad de vida de sus hijos.

También podría ser beneficioso para otras disciplinas que se desempeñen con esta población, por ejemplo: trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos, maestras/os, estudiantes de carreras afines. Les brindará información teórica sobre cuidados de salud y sobre el conocimiento y las acciones de las familias, favoreciendo así, en el planeamiento de sus objetivos terapéuticos desde cada profesión.

Esta investigación contribuye consecuentemente con las familias, brindando herramientas para la toma de decisiones con respecto a los cuidados básicos de salud de sus hijos. Favorece la mejora de la salud, la calidad de vida, y el desarrollo sano de los niños y se podrían prevenir posibles problemáticas en la salud de estos.

Los resultados obtenidos también podrían ser un aporte para la Institución en la cual se realizará el trabajo de campo ya que se les otorgarán datos estadísticos acerca del nivel de participación que tienen las familias que concurren al CPI con respecto a los cuidados de salud en sus hijos. Estos datos serán de importancia para el establecimiento ya que se encuentran en constante vínculo con las familias y podrían reconocer con qué información cuentan acerca de los mismos. También se les informará cuáles son los cuidados de salud, el conocimiento acerca de cada uno de ellos y como se acciona adecuadamente.

Los resultados pretenden contribuir a la importancia de la profesión en el área comunitaria, a través de aportes científicos que puedan evidenciar y sustentar la influencia de los contextos con respecto a la salud de las personas.

MARCO TEÓRICO

La WFOT (2004) en Vega (2010), afirma que la *Terapia Ocupacional es una profesión que se encarga de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.*

En 1988, se abre una nueva vertiente desde Terapia Ocupacional, haciendo hincapié en el abordaje comunitario en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), tanto en promoción, prevención y atención, diferenciándose de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, por abordar otro tipo de problemáticas emergentes de la situación social.

Dicha profesión incluye campos de conocimiento y de intervención del campo social, educacional y sanitario, y debe desarrollar metodologías apropiadas para las acciones territoriales y de la comunidad. La terapia ocupacional social sólo se define dentro de un contexto e interrelación histórica y social. El rol de los terapeutas ocupacionales está definido por las características, los problemas y las necesidades concretas de la población con quién y para quién trabajan. Además, este rol está determinado por su responsabilidad social como profesionales de la salud en un sistema cambiante (Días Barros, Garcez Ghirardi, Esquerdo Lopes, 2007).

La APS toma como eje principal, la "participación de la comunidad" y la "apropiación", por parte de ésta, de su salud, entendiendo como tal "...no sólo la ausencia de enfermedad, sino un aprovechamiento más eficaz de todos los recursos con que cuenta cada grupo, movilizándose en procura de mejores condiciones de vida" (Cieri, 2014).

La Terapia Ocupacional con abordaje comunitario presenta su campo de acción en comunidades vulnerables.

Se entiende por vulnerabilidad social a las desigualdades sociales que presentan los grupos poblacionales. Dicha vulnerabilidad puede abordarse desde los determinantes de la salud

siendo estos quienes refieren las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

El término vulnerabilidad surgió en el área de los Derechos Humanos para designar “grupos o individuos fragilizados, jurídica o políticamente, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía” (Martins Rios da Silva, Martins Alvarenga, Campos Oliveira).

También el concepto de vulnerabilidad refiere a aquella diversidad de "situaciones intermedias" y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión. Vulnerabilidad no es exactamente lo mismo que pobreza si bien la incluye. Esta última hace referencia a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente. Desde este punto de vista es un concepto dinámico y abarcativo. En su sentido amplio la categoría de vulnerabilidad refleja dos condiciones: la de los "vulnerados" que se asimila a la condición de pobreza es decir que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad; y la de los "vulnerables" para quienes el deterioro de sus condiciones de vida no está ya materializado sino que aparece como una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte.

Según un documento proveniente del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, llamado “Lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables” (2005), se define a la vulnerabilidad como:

Una situación producto de la desigualdad que, por diversos factores históricos, económicos, culturales, políticos y biológicos (agentes cognitivos, físicos, sensoriales, de la comunicación, emocionales y psicosociales), se presenta en grupos de población, impidiéndoles aprovechar riquezas del desarrollo humano y, en este caso, las posibilidades de acceder al servicio educativo. (p.10)

La situación de vulnerabilidad impacta directamente en los grupos familiares que se hallan inmersos en la comunidad.

Por otra parte, la vulnerabilidad socioeconómica en relación con la salud se define por contextos sociales inequitativos que condicionan a las personas más vulnerables en su día a

día. De hecho, la población vulnerable sufre una doble carga, pues llegan en peor estado de salud a la edad adulta, y el hecho de quedar atrapados en una trampa de pobreza, promueve que a partir de este momento su salud se deteriore más rápido.

Podemos decir, según Figueira (2002) en Golovanevsky (2007), que la “vulnerabilidad social” puede ser vista entonces conformada por tres componentes: uno en relación con los recursos, otro con la estructura de oportunidades y un tercero con las instituciones y las relaciones sociales. El primero refiere a la posesión, control o movilización de recursos, tanto materiales como simbólicos, que permiten a la persona desempeñarse en la sociedad: capital financiero, capital humano, experiencia laboral, nivel educativo, composición y atributos de la familia, capital social, participación en redes y capital físico, son algunos ejemplos. El segundo, la estructura de oportunidades, proviene del mercado, del Estado y de la sociedad, y puede variar como consecuencia de las crisis económicas o el crecimiento, los cambios tecnológicos, las transformaciones de la estructura productiva y las diversas políticas públicas: de empleo, privatización, reducción del sector público y sobre el sector externo, entre otras. El tercer componente refiere a las diferentes formas de relación y sociabilidad que las personas desarrollan como modalidades de acción colectiva, lo que incluye la familia, el capital social, los sindicatos, las empresas, los movimientos sociales y los partidos políticos.

Golovanevsky (2007), describe diferentes dimensiones para el abordaje de la vulnerabilidad socio económica, como la composición y la dinámica de las familias las cuales juegan un rol fundamental, debido a su importancia en la capacidad de los hogares para adaptarse a cambios en el entorno externo. Tanto la composición del hogar, como su estructura y la cohesión de sus miembros juegan un rol en su capacidad para movilizar trabajo adicional. Los hogares son instituciones adaptativas, que pueden sumar ingresos y otros recursos, actuando como activos de seguridad en tiempos de dificultad económica, brindando soluciones mucho antes que llegue ayuda externa a ellos.

El hábitat constituye uno de los espacios fundamentales para el desarrollo familiar e individual, afectando la identidad, el crecimiento de la persona y el desarrollo humano. Plantea que una persona inmersa en un hábitat y una vivienda precaria ve limitadas sus posibilidades de crecer sano, lograr un buen rendimiento escolar, insertarse satisfactoriamente en el mercado laboral y ejercer plenamente su ciudadanía.

Otra dimensión es el capital humano el cual comprende, básicamente, la salud y la educación. En cuanto a la salud, para este autor representa una condición esencial para los seres humanos, es el campo de la salud donde el problema de la desigualdad alcanza su manifestación más extrema, pues deriva en una desigual distribución del derecho a la vida, lo que se refleja en la alta proporción de mortalidad infantil atribuible a causas evitables, que se concentra en las regiones más pobres.

Destaca la importancia de la educación la cual se vincula a su rol en la formación de activos que significan una defensa frente a las adversidades que puedan surgir. Estos activos, que pueden implicar una inserción laboral sólida y un flujo de ingresos más confiable, son capaces de disminuir o inclusive neutralizar las dificultades materiales que pueden surgir como consecuencia de riesgos sociodemográficos, como familias extensas, separaciones o fecundidad adolescente.

El trabajo es la principal fuente de recursos del hogar, especialmente para los sectores más pobres. Así, la participación en el mercado laboral es un activo fundamental para la subsistencia cotidiana. Por ello, el tipo de inserción laboral que puedan conseguir tendrá gran peso sobre sus condiciones de vida.

La protección social es considerada otra de las dimensiones de la vulnerabilidad. En su estudio se tiene en cuenta el alcance de la protección socio laboral de los trabajadores ocupados y desocupados, la cobertura del sistema previsional y del sistema de provisión de servicios para el cuidado de la salud, así como también algunos mecanismos de asistencia social.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de familia de la siguiente manera: “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (OMS, 2003).

Fernández Moya J. (2000) define a la familia realizando una actualización de la definición propuesta por Rosalía Bisel (1982): “... La familia es un sistema organizado, cuyos miembros unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y de ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y de la experiencia actual- histórica de cada uno de sus miembros.”

Teniendo en cuenta estas dos definiciones, se puede decir que la familia tiene un rol fundamental en el desarrollo del niño, promoviendo y fomentando el afecto y el apoyo emocional, vinculándose con los miembros de la familia para participar en ocupaciones. La misma promueve la salud y los cuidados básicos y brindan independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas.

La familia no puede dejar de lado sus creencias, rutinas y hábitos con respecto a su crianza, teniendo en cuenta también el contexto socio-cultural en las cuales están inmersos.

La responsabilidad sobre el cuidado de niños/as no debe recaer únicamente sobre la familia, ya que el Estado tiene la obligación, a través de políticas públicas garantizar la protección integral de los mismos.

La Convención sobre los Derechos del niño, niñas y adolescentes adoptada en septiembre de 1990 en Argentina toma a los menores como sujeto de derecho, y compromete a los Estados a asumir el rol de garantes de esos derechos.

Plantea para los niños, niñas y adolescentes los siguientes derechos:

- A no ser discriminado.
- A ser protegido para poder desarrollarse de manera saludable y en condiciones de libertad y dignidad.
- A tener un nombre y una nacionalidad.
- A gozar de los beneficios de seguridad social
- A disfrutar de la alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
- A recibir tratamiento, educación y cuidados especiales, en el caso de que sea necesario.
- Crecer en un ámbito de amor, comprensión y respeto.
- A recibir educación teniendo igualdad de oportunidades y que se permita desarrollar sus aptitudes, juicio personal, sentido de la responsabilidad moral y social.
- A ser los primeros en recibir protección y socorro.
- A ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad o explotación.
- A ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal.

En 2005 se aprueba en Argentina la Ley nº 26061 de Protección Integral del niño, niñas y adolescente, la cual responde a la CDN y deroga a la Ley 10903.

Dicha ley, establece un sistema de protección integral definido como el conjunto de políticas que consideran a la niña, niño y adolescente como un sujeto activo de derechos. Define, a su vez, las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado en relación con los derechos universales y especiales por su condición de personas en desarrollo.

Las políticas de Estado deben garantizar:

- Protección y auxilio en cualquier circunstancia;
- Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas;
- Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;
- Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garantice;
- Preferencia de atención en los servicios esenciales. (Art.5)

Las políticas públicas deben tener como objetivo:

- Fortalecimiento del rol de la familia.
- Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos.
- Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;
- Promoción de redes intersectoriales locales;
- Impulso a la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Los ambientes y entornos que rodean a los niños son el Estado, la comunidad y la familia. El estado por su parte opera a través de políticas públicas, marcos institucionales y jurídicos, valores y principios. La comunidad, a través de modos de organización y participación y la familia, otorga amor, protección, cuidados y satisfacción de necesidades inmediatas.

Para el esperable desarrollo de los niños en esta etapa, se requieren políticas integrales, que no sólo obtengan la atención de sectores como la salud y la educación. Se deben tener en

cuenta todos los sectores y actores institucionales y sociales que forman parte de la generación de las condiciones para el desarrollo óptimo de la primera infancia.

La primera infancia es un periodo determinante en el desarrollo humano, en los primeros tres años existen momentos críticos del desarrollo cognitivo, social, emocional y del lenguaje.

Esta etapa es crucial para el desarrollo de niños y niñas, por ello, se deben asegurar condiciones de bienestar social, adecuada alimentación, acceso a la salud y educación de calidad, fomentar el cuidado de sus familias y la comunidad social.

Los cuidados de salud durante la primera infancia son fundamentales para el desarrollo psicológico y social de la persona, ya que es allí cuando se sientan las bases para la futura salud del niño. Es en este período que se configuran las funciones y conexiones del cerebro, a partir de la interacción entre las características biológicas del niño con el ambiente humano y material. Es importante también que exista un cuidado integral y continuo de todos los niño/as, teniendo en cuenta diverso tipo de factores, desde los biológicos, hasta las experiencias adversas ligadas a la familia, su comunidad y el medio ambiente. Esto incluye, entre otros, las condiciones materiales precarias que afectan la salud, la falta de recursos sociales y familiares, los cuidados inadecuados por parte de las familias, la falta de acceso a la educación, la contaminación ambiental, entre otros.

El Hospital Garrahan en su documento “Recomendaciones para el cuidado de salud de niñas, niños y adolescentes” menciona una larga cantidad de sugerencias para las familias para los cuidados de los niños.

Entre los más relevantes para el presente trabajo de investigación se encuentran los siguientes:

Dentro de los cuidados generales, se describen los **controles de salud**, los cuales refieren que para una adecuada o esperable supervisión de salud hay momentos oportunos en el desarrollo de los niños que es importante considerar, por lo que se recomienda el siguiente esquema de controles:

- Menores de 12 meses: controles cada mes.
- 12-18 meses: controles cada 2 meses.
- 18-24 meses: cada 3 meses.

- 2-3 años: cada 6 meses.
- 3-6 años: al comienzo y al final de cada año.
- 6 años en adelante: una vez por año.
- Adolescentes: una vez por año.
- Embarazadas: una vez por mes.

Con respecto a los ***cuidados del bebé***, el documento refiere a:

- El Calendario Nacional de vacunación: Es importante tener el carnet de vacunación al día.
- La higiene personal

Baño del recién nacido: 24 horas después de la caída del cordón umbilical.

Baño de los niños: Frecuencia diaria o cada dos días luego de la caída del cordón. Conviene tener al alcance de la mano los elementos necesarios (toalla-pañales-jabón-ropa limpia). La temperatura adecuada del agua es de 36°. Es práctico colocar el codo del adulto en el agua para constatar que no queme antes de sumergir al niño. Se recomienda, colocar poca cantidad de agua en la bañera y nunca dejarlos solos ya que con pocos centímetros el niño puede ahogarse. Se debe utilizar jabón neutro (blanco en pan, sin perfumes) y no se deben usar cremas, perfumes, talcos o colonias.

- La higiene bucal

Se debe utilizar una gasa húmeda para limpiar encías antes de la erupción del primer diente, el masaje en encías disminuye las molestias cuando erupcionan los dientes y no se deben utilizar preparaciones anestésicas. Se indica cepillar al menos dos veces al día, se prefiere antes de dormir y luego del desayuno, se aconsejan cepillos de cerda suave y mango largo para una limpieza adecuada de toda la dentadura. Se debe utilizar pasta dental luego de los 2 años.

- El lavado de manos

Deben enjabonarse las manos y frotarse las palmas, los dorsos, entre los dedos y las muñecas, durante 15 o 20 segundos, luego enjuagar bien, y en lo posible secar con un papel o sacudir las manos hasta que se sequen.

De acuerdo a los cambios de pañales, vestimenta y control de esfínteres, el documento refiere lo siguiente:

- Cambio de pañales

Recomendaciones: Utilizar cambiador de material fácil de limpiar y preparar los elementos necesarios, previo al cambio de pañales (óleo calcáreo, algodón, muda de ropa limpia). La higiene debe realizarse con algodón y óleo calcáreo o aceite de cocina, así se forma una capa que protege la piel del bebé previniendo las dermatitis. No lavar con agua en cada cambio de pañal ya que la piel se irrita y se lesiona. Se debe mantener seco y limpio al bebé, cambiar los pañales lo más pronto posible luego que se ensucie (con pis o caca). Es importante reconocer las dermatitis, éstas son lesiones inflamatorias de la piel que pueden provocar sarpullido o brote de color rojo brillante, áreas de color rojo vivo en la zona genital.

- Vestimenta

En lactantes se debe elegir ropa de algodón y de colores claros en contacto con la piel, se les debe colocar una prenda de algodón más que la del adulto. Las medias y pantalones no deben ajustar. Hasta los 6 meses se prefiere lavar la ropa con jabón neutro.

- Control de esfínteres

Se recomienda comenzar el entrenamiento del control de esfínteres alrededor de los dos años de vida. El niño va madurando con respecto al control de esfínteres y se pueden diferenciar 4 etapas:

1. El niño percibe y puede transmitir: “me hice pis, me hice caca”.
2. Luego puede percibir y transmitir que está por hacerse pis o caca, pero no puede controlar ni retener.
3. Más adelante puede retener y decidir la expulsión: “quiero hacer pis”.
4. Finalmente decide por sí mismo ir al baño.

Conviene que el control de esfínteres se realice en forma progresiva. Se requiere paciencia, no imponer castigos y felicitar al niño en sus logros entendiendo que es un proceso que requiere madurez física y del desarrollo intelectual del mismo.

Con respecto a lo que implica un ***ambiente saludable*** esperable, el documento refiere lo siguiente:

- Medidas en el hogar

Aire: El aire que respiramos se puede contaminar por causas ajenas al hogar como escapes de los motores de vehículos, gases y polvo emanados por fábricas, basurales a cielo abierto, fumigaciones con productos tóxicos, incendios o quema de residuos; o por causas propias del hogar como el humo de tabaco, el uso excesivo de espirales o insecticidas, la presencia de polvo o humedad, caspa y/o pelo de animales.

La contaminación del aire puede afectar la salud de las personas, principalmente las vías respiratorias, es por eso que se recomienda:

- a. No fumar. De hacerlo, no realizarlo dentro de la casa, ni en lugares cerrados como el baño o la cocina ya que los componentes del humo de cigarrillo son más de 3000 y contienen más de 50 sustancias cancerígenas reconocidas y tóxicos como cianuro y tolueno. Si no se ventila apropiadamente permanece en el ambiente por 4 días, queda impregnado en la ropa, en las manos, en el pelo y en la barba, por lo que es de vital importancia el lavado de manos y cara (para aquellos que tienen barba o bigote) y el cambio de ropa después de fumar y antes de estar en contacto con los niños.
- b. Para no levantar el polvo acumulado, se recomienda limpiar los muebles y el piso con trapos húmedos.
- c. Abrir todos los días las ventanas para ventilar.
- d. No utilizar braseros para calefaccionar los ambientes, esto consume el oxígeno y puede generar intoxicación por monóxido de carbono.
- e. A la hora de rociar con insecticidas, es importante primero hacer salir a las personas y animales del lugar, luego cerrar puertas y ventanas, esperar unos minutos y posteriormente ventilar el ambiente antes de volver a usarlo.

- Agua potable

Es aquella que es transparente (incolora), sin olor (inodora) y a la que se le haya aplicado algún tratamiento de purificación como hervir o clorar. Es importante cuidarla utilizándola de

manera segura y racional (no dejar abiertas las canillas, reparar las que están goteando, baldear en vez de usar manguera para limpiar, etc.).

Puede contaminarse por arrojar basura, pesticidas o productos químicos en ríos, lagos y mares que dañan las fuentes naturales de abastecimiento de agua; así como por la contaminación de las aguas subterráneas (napas) por el inadecuado desagote de cloacas, filtraciones de pozos ciegos o escurrimiento de productos tóxicos utilizados en el suelo. Los basurales a cielo abierto también son una fuente importante de contaminación. Existen dos maneras seguras de potabilizar el agua:

- a. Hirviéndola: Se coloca agua en un recipiente limpio que va al fuego hasta que rompa hervor (burbujas grandes en la superficie). Es importante NO apagar inmediatamente el fuego, si no dejar que la ebullición dure 2-3 minutos; luego dejar enfriar tapada.
- b. Clorándola: Agregar 2 gotas de lavandina por litro de agua a consumir, agitar y dejar reposar 30 minutos antes de usarla.

- Manejo de la basura en el hogar

La basura siempre está contaminada, por eso es importante mantenerla en un lugar separado de los alimentos y que esté preferentemente tapada. Se recomienda tirar la bolsa todos los días, aunque no esté llena y lavar el tacho con agua y lavandina antes de colocar una nueva bolsa. Sacar la basura en bolsas cerradas un rato antes que pase el camión de recolección. Los pañales con materia fecal deben ser desechados en bolsas cerradas al tacho de basura. Es imprescindible lavarse las manos después de tocar la basura.

Con respecto a la **salud sexual**, el documento hace referencia a las diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano según la edad.

La educación sexual implica aprender a expresar emociones y sentimientos, a reconocer y respetar valores como la amistad, el amor, la intimidad propia y ajena, a cuidarnos y cuidar a los demás. Cuando hablamos de sexualidad tendemos a pensar que se trata solo de relaciones sexuales, pero es mucho más que eso, es una cualidad inherente a las personas y se refiere a nuestro rol en la sociedad como hombres y mujeres, la orientación sexual, la forma de dar cariño y placer, el amor, la reproducción. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Los

niño/as desde muy pequeños tienen curiosidad, suelen preguntar varias veces lo mismo, para confirmar lo que les decimos, por eso es importante aprovechar ese momento para abordar el tema, sin diferirlo por mucho tiempo. La curiosidad es normal, a las preguntas que nos hacen debemos responderlas con palabras que puedan entender de acuerdo a su edad y madurez, no explayándonos más allá de lo que nos preguntaron. Muchas veces es mejor utilizar respuestas concretas, sencillas, en el momento sin buscar excusas para no contestar; y si no conocemos alguna respuesta, explicarles que no lo sabemos pero que lo averiguaremos. Es necesario que les hablemos con la verdad, incluso de aquellos temas que nos resultan difíciles, para que de esta manera sepan que cuentan con nosotros.

A continuación, se describen las etapas más relevantes para la investigación:

- 0 a 1 año:

En esta etapa, a través de los cuidados y las caricias hacia el bebé se crean lazos afectivos que serán necesarios para el desarrollo social y sexual. Es una etapa de descubrimiento del mundo exterior y de su propio cuerpo. A este período se lo llama etapa oral, ya que la exploración de sí mismo y de lo que lo rodea es a través de su boca. Los bebés disfrutaban tomar el pecho materno, el contacto cuerpo a cuerpo cuando se les da el biberón, llevarse la mano, los pies u objetos a la boca.

- 1 a 3 años:

En esta etapa se les enseña las partes del cuerpo, incluidos los genitales, aprovechando momentos de la vida cotidiana (como el baño, o mientras se lo cambia). Para no transmitirles que las partes íntimas son vergonzosas, es mejor llamar a las cosas por su nombre (vulva, vagina, pene, pito, testículos) y no utilizar sobrenombres, apodos, o palabras graciosas. Como dijimos, la sexualidad abarca nuestra identidad y rol en la sociedad, aproximadamente a los 2 años los niños se pueden identificar por sus características físicas como nenas o nenes y aprenden lo que es ser "hombre o mujer" copiando nuestras actitudes y comportamientos. De allí la importancia de no estereotipar juegos, de no asociar colores y gustos con lo femenino o masculino (por ej.: las niñas juegan con muñecas, los varones con la pelota, el color rosa es femenino, etc.). Tanto las niñas como los niños deben poder realizar juegos de imitación de tareas del hogar, de cuidado, los cuales ayudan a su desarrollo.

- 3 a 6 años:

En esta etapa sienten mucha curiosidad por conocer su cuerpo y las diferencias con otros niños y niñas. Por esto tienen conductas auto exploratorias y estimuladoras (masturbación), que los ayudan a descubrirse y les generan placer. Se tocan para conocerse y aunque esto genera incomodidad en los adultos es importante entender que es algo normal para la edad sin retarlos para que no interpreten que la curiosidad y sexualidad son algo negativo. Es esperable que como un juego quieran también conocer cómo son otras personas; este es un buen momento para enseñarles el respeto por la intimidad propia y ajena.

Con respecto a la **alimentación**, el documento describe la importancia de la misma de la siguiente manera:

La alimentación de los niños es un aspecto sumamente importante de la salud. La adquisición de hábitos de alimentación saludables desde pequeños es un pilar clave para una vida sana. Los alimentos contienen nutrientes: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, que trabajan en conjunto de manera proporcionada para darnos energía suficiente que nos permita crecer y desarrollarnos sanamente. La base de una buena alimentación está garantizada al consumir todos los días alimentos de manera proporcionada.

El niño atraviesa varios períodos en función de su edad y capacidad neuromadurativa:

- 1-Período Inicial: Lactancia materna exclusiva (de no ser posible, se utilizan sucedáneos como las “leches maternizadas” o fórmulas de inicio: todas las que llevan el N°1).
- 2-Período de transición: Incorporación de la alimentación complementaria oportuna.
- 3-Período de incorporación a las pautas familiares.

Recomendaciones

- Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
- Consumir todos los días leche, yogur y quesos.
- Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
- Consumir carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
- Disminuir el consumo de azúcar y sal.

- Tomar abundante cantidad de agua potable.
- Evitar gaseosas y jugos artificiales azucarados.
- Aprovechar el momento de la comida para el encuentro con otros y el diálogo en familia.
- Mantener buenos hábitos higiénicos lavando las manos con abundante agua y jabón a la hora de preparar las comidas, antes de tocar los alimentos; al volver de la calle o después de ir al baño; y antes de darle de comer al bebé.

El lavado de las manos debe realizarse con agua y jabón y deben tenerse en cuenta las siguientes situaciones para realizarlo:

- Antes de preparar cualquier alimento
- Después de ir al baño
- Luego de cambiar los pañales
- Después de tocar carne cruda

Con respecto a los **primeros auxilios**, el documento describe una determinada acción ante todo tipo de emergencia.

En la presente investigación se ha tomado en cuenta la acción que toma el familiar ante una emergencia sin detallar el tipo de la misma y el conocimiento de los números telefónicos a los cuales puede pedir ayuda.

Es buena idea que las familias y todas las personas que se encuentren al cuidado de niño/as estén preparados para administrar primeros auxilios. Recordar que siempre es mejor llamar al servicio de emergencias médicas ante cualquier duda, que no llamar, los mismos son 107 y 101.

La familia como primer seno en el que niño/a crece y se desarrolla es quien debe participar en los cuidados de la salud del niño.

El concepto de participación ha sido considerado desde diferentes áreas tales como la salud, la Terapia Ocupacional, entre otras.

En relación a este concepto, si bien diversos autores hablan de estadios, niveles o grados según el involucramiento de los sujetos y los lugares que las organizaciones le asignan, se define el concepto de participación social de Menéndez, en Vega (2010), cuando expresa que participar, en términos teóricos, ideológicos y de acción implica un grado de compromiso y responsabilidad que se vincula con la elaboración de estrategias y mecanismos que permitan ocupar tanto los espacios institucionalizados como los intersticiales.

Con respecto a otros autores, Diaz Bordenave (1982), afirma que la participación es una necesidad humana y por ende es un derecho de las personas.

Según Burin y otros (1998), la participación es un proceso social que supone un ejercicio permanente de derechos y responsabilidades, reproduciendo un modelo de sociedad, por lo que una de sus claves es la adecuada combinación de derechos y responsabilidades. Deberá tratar, entonces, de asumir cada uno su responsabilidad en función de su propio interés y capacidad.

Para Robirosa y otros (1990) participar significa tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución de responsabilidades, compromisos, significa comprometerse.

De acuerdo con este autor, la Participación es un proceso de desarrollo de la conciencia crítica y de adquisición de poder, es algo que se aprende y perfecciona.

Existen diferentes clasificaciones para definir y/o medir los niveles de participación, esta investigación se basará en la descripción de Robirosa y otros (1990) de su libro "Turbulencia y Planificación Social" (Capítulo 1), ya que la misma se adapta a los fines y objetivos propuestos como así también a la población de la que se van a extraer los datos.

El mismo define tres niveles de participación, que implican un grado de compromiso diferente, variando de una más restrictiva hacia una más amplia:

- Información: esta debe ser la necesaria en cantidad y calidad y quien participa debe estar en condiciones de evaluar la información que maneja.

Se puede participar:

- Recopilando, suministrando y elaborando información.
- Informándose y comunicando información.

- Pidiendo asesoramiento en la toma de decisiones.
- Opinión: corresponde a un nivel más complejo y supone un nivel de participación más amplio que la informativa. El objetivo de la opinión podrá ser la modificación de decisiones o de acciones, tiene relación con la información en la medida en que esta última sea adecuada y oportuna.

Se puede participar:

- Manifestando opiniones y sugerencias.
- Participando en los debates.
- Evaluando las consecuencias de una decisión.
- Controlando y evaluando a los representantes.
- Planificando.
- Toma de decisiones: presupone, además de la adecuada y oportuna información, el reconocimiento de acuerdos, de diferencias y de mecanismos adecuados de discusión y de toma de decisiones.

Se puede participar teniendo diferentes grados de compromiso:

- Reconocimiento de problemas, actividades, y tareas sobre las cuales se tomarán decisiones.
- Alternativas de interpretación, decisión o acción.
- Información sobre la naturaleza y contextos de los asuntos a decidir.

Si bien en este estudio se tomará en cuenta la clasificación de Robirosa, existen otras escalas para definir estos niveles.

Geilfus (2000), presenta lo que llama “Escalera de Participación” que grafica cómo es posible pasar gradualmente, de una pasividad casi completa (ser beneficiario) al control de su propio proceso (ser actor del auto-desarrollo) y donde se puede ver que lo que determina realmente la participación de la gente, es el grado de decisión que tienen en el proceso.

Los grados de participación son los siguientes:

- Pasividad: las personas participan cuando se les informa; no tienen ninguna incidencia en las decisiones y la implementación del proyecto.
- Suministro de información: las personas participan respondiendo a encuestas; no tienen posibilidad de influir ni siquiera en el uso que se va a dar de la información.

- Participación por consulta: las personas son consultadas por agentes externos que escuchan su punto de vista; esto sin tener incidencia sobre las decisiones que se tomarán a raíz de dichas consultas.
- Participación por incentivos: las personas participan proveyendo principalmente trabajo a otros recursos (tierra para ensayos) a cambio de ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitación); el proyecto requiere su participación, sin embargo, no tienen incidencia directa en las decisiones.
- Participación funcional: las personas participan formando grupos de trabajo para responder a objetivos predeterminados por el proyecto. No tienen incidencia sobre la formulación, pero se los toma en cuenta en el monitoreo y el ajuste de actividades.
- Participación interactiva: los grupos locales organizados participan en la formulación, implementación y evaluación del proyecto; esto implica procesos de enseñanza-aprendizaje sistemáticos y estructurados, y la toma de control en forma progresiva del proyecto.
- Auto-desarrollo: los grupos locales organizados toman iniciativas sin esperar intervenciones externas; las intervenciones se hacen en forma de asesoría y como socios.

Mientras que M. J. Aguilar Idañez (2001), considera que generar procesos de participación o promover una cultura de participación contribuye a que los sujetos sociales sean solidarios, activos, comprometidos y responsables, no sólo en la satisfacción de las necesidades comunitarias locales, sino en la asunción de un protagonismo importante como ciudadanos en la vida democrática del país. Implica promover que las personas se involucren en todo aquello que les afecta directa o indirectamente, cambiando la actitud pasiva y dependiente, por otra proactiva, interesada y consciente.

Desde Terapia Ocupacional, Galheigo, S. (2012) afirma que “Las acciones profesionales y el papel del profesional es lo que debe ser pensado para atender las necesidades y demandas de la población, partiendo de la noción de derecho social”.

Lo que hace diferente al accionar y el pensar de la disciplina, son las diferentes necesidades que presentan las poblaciones, como las cuestiones sociales, las diferencias sociales, el impacto de las dictaduras, la redemocratización de la sociedad, las guerras. Esto cuestiona el paradigma que centra en la persona la responsabilidad de su condición.

No solo debe haber un cambio en el paradigma de la terapia ocupacional sino también en las políticas de salud, educación, seguridad social, cultura y trabajo.

La terapia ocupacional busca contribuir al equilibrio o reducción de cuestiones surgidas a partir de las desigualdades sociales, empoderando a las personas sobre el acceso a sus derechos sociales, como ciudadanos activos y participativos de una sociedad.

Participar no sólo significa tomar decisiones, opinar, ser parte de algo, intervenir o compartir, sino que también hace referencia a la confrontación de las actividades diarias y las demandas sociales frente a la persona.

En relación a la terapia ocupacional como agentes de cambio social, las comunidades que se encuentran en condición de vulnerabilidad, muchas veces escapan de estas oportunidades. Es imprescindible el accionar de la disciplina para generar herramientas que posibiliten el cambio y el acceso a los derechos sociales de cada persona. Los niños que se encuentran en situación de vulnerabilidad social tienen acceso a participar desde los 45 días a 4 años en los Centros de Primera Infancia (CPI), son establecimientos creados con el objetivo de promover el desarrollo de la salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En dicho espacio se trabaja en conjunto con la familia para fortalecer los vínculos entre padres e hijos y facilitar el proceso de crianza y desarrollo de los niños/as, creando condiciones de participación activa que fortalezcan los vínculos intrafamiliares.

Los mismos son espacios que brindan contención, educación, asistencia alimentaria y nutricional, seguimiento y cuidado de la salud y estimulación temprana a 10.213 niños y niñas, que asisten diariamente y reciben atención integral en jornada completa de ocho horas.

Su misión es garantizar el desarrollo saludable y crecimiento de los niño/as de 45 días a 4 años en condición de vulnerabilidad.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 72 centros de primera infancia, ubicados en las 15 comunas de la Ciudad. En estos se trabaja en la estimulación temprana de niño/as de 45 días a 2 años y en la adquisición de hábitos en los chicos de 3 a 4 años; ofrecen los elementos básicos para la satisfacción de las necesidades fisiológicas, afectivas, psicomotrices, de juego, recreación y socialización para el sano desarrollo de los niño/as y su entorno.

Además, trabajan en conjunto con la familia para fortalecer los vínculos entre padres e hijos y facilitar el proceso de crianza y desarrollo de los niños/as, creando condiciones de participación activa que fortalezcan los vínculos intrafamiliares. Brindan información y contención a las embarazadas en situación de vulnerabilidad social, sobre aspectos fundamentales del cuidado del embarazo, el parto y los primeros meses de cuidado de su hijo, a fin de fortalecer los vínculos entre madre e hijo.

Los CPI ofrecen los siguientes servicios:

- Atención alimentaria y nutricional: desayuno, almuerzo y merienda para los chicos que asisten diariamente, garantizándoles una alimentación adecuada y saludable como requisito indispensable para su desarrollo integral.
- Actividades de prevención y promoción en materia de salud, a través de talleres y capacitaciones con niños/as y sus familias. Estas actividades también se brindan a las embarazadas.
- Estimulación temprana y educación a través de juegos, ejercicios físicos y actividades realizadas lúdicamente, buscando de esta forma favorecer el desarrollo de las capacidades y habilidades psicofísicas, cognitivas, comunicativas y sociales de los niños/as.
- Capacitación: con la finalidad de acercarles a las familias información y la contención necesaria para facilitar la crianza y desarrollo de sus hijos, fortaleciendo la vinculación entre ambos. Los talleres participativos abarcan diversas temáticas: salud durante el embarazo, salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, importancia de la lactancia materna, nutrición, estimulación temprana, detección, tratamiento e integración social de los chicos, prevención de accidentes domésticos y pautas eficaces de crianza, entre otros.

HIPÓTESIS

El nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socio-económica en CABA en el año 2019, que se presenta con mayor frecuencia es el de **“Opinión”**.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer el nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de sus hijos.

Objetivos Específicos:

- Identificar el conocimiento que tienen las familias con respecto a los cuidados de salud de los niños.
- Conocer las acciones que llevan a cabo las familias con respecto a los cuidados de salud de sus hijos.
- Caracterizar la condición de vulnerabilidad socio-económica que presentan las familias de los niños que concurren al CPI.

METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO

Según Samaja (1993), el *grado de conocimiento* a alcanzar sobre el tema, es de tipo descriptivo ya que se busca conocer el nivel de participación de las familias en condición de vulnerabilidad respecto de los cuidados de la salud de los niños sin influir de ninguna manera. Según la *naturaleza del objeto*, es un *estudio de campo*, ya que los datos resultantes se obtienen mediante la administración de un instrumento sobre una población y lugar real en un Centro de Primera Infancia en CABA.

Según la *temporalidad de datos*, es de tipo prospectivo porque busca generar nuevos datos a partir de la implementación de una encuesta.

En cuanto a la *posición del investigador* el trabajo es de tipo observacional, ya que no se busca cambiar ningún aspecto o situación de la población a estudiar, sino que a través del instrumento que se implementa para recabar los datos, se estudia la realidad tal cual se presente.

Según el *movimiento del objeto en el tiempo*, se trata de un trabajo transversal, ya que se estudia la unidad de análisis en un periodo determinado, que corresponde al inicio del año 2019.

De acuerdo con Bottinelli (2003), el *tipo de diseño* es cuantitativo, ya que el objetivo principal de análisis es obtener datos sólidos y repetibles de acuerdo a que se busca conocer el nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de sus hijos.

Por otra parte, según el *tipo de instrumento* que se utilizó, el trabajo final es de diseño cuantitativo, ya que la encuesta permite observar variables medibles, de las cuales se pudo establecer relaciones para medir el nivel de participación y la influencia del contexto.

Asimismo, el instrumento presenta aspectos cualitativos, ya que se incluyen preguntas abiertas, tomando nota de la subjetividad de cada participante.

UNIVERSO

El universo está conformado por todas las familias de los niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socio-económica que concurren a CPI de CABA en el año 2019.

MUESTRA

Según Botinelli (1996) es un subconjunto que caracteriza los atributos que deben estar presentes en cada una de las unidades.

El tipo de muestra fue no probabilística, ya que se desconocía la probabilidad de cada uno de los individuos a ser incluidos (Padua,1994). Mientras que el subtipo fue accidental, pues la selección de los participantes dependió de la disponibilidad y motivación a participar de cada uno hasta completar la muestra.

El tamaño total de la muestra fue de 26 familias. Se realizaron 30 encuestas, 4 de ellas fueron descartadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión determinados para la investigación.

La presente investigación abordó los diferentes niveles de participación de la familia en los cuidados de la salud de sus hijos en condición de vulnerabilidad, dentro de un contexto institucional como un CPI para tener acceso a dicha población.

La selección del CPI en el cual realizamos el trabajo de campo, fue a través de un contacto de una de las autoras de la presente investigación. Esto permitió contactarnos inicialmente con la coordinadora del lugar para concretar una entrevista. Luego de esta entrevista realizamos las cartas correspondientes para la aprobación de la investigación por parte del Ministerio de Desarrollo Social y la ONG vinculada al CPI.

Una vez obtenida la aprobación, se procedió a informar a las familias mediante una nota acerca de la investigación que realizaríamos y que nos encontraríamos en la institución para quienes estuvieran dispuestos a colaborar respondiendo el cuestionario elaborado.

A las personas encuestadas, se las contactó en el momento en el que ingresaron con los niño/as al CPI. La encuesta se realizó en el hall de entrada y se les otorgó el consentimiento informado antes de comenzar la misma.

Criterios de inclusión:

- Familiares de niños y niñas de 0 a 4 años de edad en condición de vulnerabilidad socio-económica.
- Familiares de niños y niñas que concurran a CPI en CABA.
- Que sea familiar conviviente.

Criterios de exclusión:

- Que el familiar no acepte participar.
- Que la persona entrevistada no comprenda.

La muestra se compuso por 26 personas, de las cuales su totalidad fueron mujeres, madres de los niños que concurren al CPI, solo una hizo referencia a ser la abuela del niño, con un promedio de edad de 27 años.

Los niños a cargo de las entrevistadas, presentaron un promedio de 2 años de edad.

Más de la mitad de las entrevistadas correspondieron a nacionalidad extranjera, provenientes de Bolivia, Perú y Paraguay.

De acuerdo al nivel de estudios alcanzados, 9 de las entrevistadas ha finalizado el secundario, mientras que otras 9 se encuentra incompleto; 5 de las entrevistadas han realizado estudios universitarios, y 3 han finalizado la educación primaria.

Con respecto al nivel de ingreso, más de la mitad de la muestra posee un ingreso menor correspondiente al salario mínimo.

Más de la mitad de la muestra es beneficiario de un plan social, en su mayoría corresponde a la asignación universal por hijo.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Unidad de Análisis (UA): Cada una de las familias de niños de 0 a 4 años en condición de vulnerabilidad socio-económica que concurren a CPI de CABA en el año 2019.

Variables Suficientes

VS1: Edad: corresponde a la cantidad de años transcurridos, desde el nacimiento hasta el momento de contestar la encuesta.

RV1: 15 a 20 años/21 a 26 años/27 a 32 años/33 años o más.

IV1: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS2: Nacionalidad: refiere al lugar de origen o nacimiento del encuestado.

RV2: Argentina/Extranjero.

IV2: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS3: Nivel de estudios alcanzados: refiere al grado más alto de estudios que el entrevistado ha cursado y ha abandonado bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos.

RV3: Primario incompleto/Primario completo/Secundario incompleto/Secundario completo/Otro (especifique).

IV3: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS4: Parentesco con el niño: refiere al lazo familiar que une al entrevistado con el niño.

RV4: Madre/Padre/Abuela/o/Tutor/Otro (especifique).

IV4: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS5: Cantidad de niño/s que estén a su cargo y concurren al CPI: corresponde al número de niño/as que se encuentran a cargo del entrevistado y concurren al CPI.

RV5: 1/2/3/Más de 3.

IV5: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS6: Edad de lo/as niño/as: corresponde a la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento de este hasta el momento de responder la encuesta.

RV6: 0 a 1 año/2 a 3 años/Más de 3 años.

IV6: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS7: Composición familiar conviviente: refiere a los miembros o personas que comparten el mismo espacio para vivir.

RV7: Pareja/Hijo/s/Madre/Padre/Suegro/Suegra/Otros (especifique).

IV7: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS8: Cantidad de personas que conviven en el hogar: refiere al número de miembros o personas que comparten el mismo espacio para vivir.

RV8:1/2/3/Más de 3.

IV8: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS9: Cantidad de trabajadores en la familia: refiere al número de personas cantidad de personas que posee un empleo remunerado.

RV9: 1/2/Más de 2/Ninguno.

IV9: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS10: Ocupación: refiere a la actividad que realiza el encuestado con el fin de recibir una remuneración.

RV10: dependerá de la información de los legajos.

IV10: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS11: Acceso a alguna ayuda/plan social: refiere si el entrevistado es beneficiario de una asistencia o ayuda social por parte del estado.

RV11: Si/No/Especificar.

IV11: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS12: Tipo de plan social: refiere a la descripción del tipo de asistencia o ayuda social que recibe el entrevistado por parte del estado.

RV12: Asignación universal por hijo/Ciudadanía porteña/Asignación familiar/Sostenimiento familiar.

IV12: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

VS13: Nivel de ingreso total mensual: refiere al conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia.

RV13: Menor al salario mínimo/Salario mínimo/Mayor al salario mínimo.

IV13: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos. Al momento de realizar la encuesta se tuvo en cuenta el periodo de diciembre de 2018 a fines de febrero de 2019. el cual comprendía que el valor del salario mínimo fue de \$11.300.

VS14: Características del Hogar: refiere a la descripción del lugar en el que vive el entrevistado.

RVS14: dependerá de la información de los legajos.

IV14: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

Subvariables:

SV: Tipo de hogar: refiere al tipo de hogar en el que vive el entrevistado.

R: Habitación/Casa/Departamento/Otros/No responde.

SV: Cantidad de ambientes: corresponde al número de espacios cerrados que presenta en el hogar.

R: 1/2/3/más de 3.

SV: Agua Corriente: refiere al agua apta para el consumo de las personas, la cual puede ser ingerida sin restricción.

R: Si/No.

SV: Cuarto de baño: refiere al espacio del hogar destinado al aseo que dispone de lavabo, retrete y bañera o espacio para darse una ducha.

R: Baño propio/Baño compartido/No responde.

SV: Electricidad: refiere a la corriente eléctrica.

R: Con medidor/Sin medidor.

SV: Gas: refiere al dispositivo con el que calefacciona el hogar.

R: Gas natural/Garrafa/No responde.

SV: Red Cloacal: refiere si el entrevistado presenta un sistema de cañerías que funcionan a la inversa de la distribución del agua potable

R: Si/No.

VS15: Características del barrio: refiere a la descripción física donde reside el entrevistado.

RS15: Barrio/Villa.

IV15: Se tuvieron en cuenta los datos brindados por la institución, a través de los legajos de cada familia. Se señaló como respuesta lo mencionado en los legajos.

Variables Necesarias

VN16: Nivel de participación: refiere al nivel de compromiso por parte del entrevistado con respecto a los cuidados de salud.

RV16: Información/Opinión/Toma de decisiones.

IV16: Se recopilaron las respuestas esperables de cada variable correspondiente a los cuidados de salud. De acuerdo a la cantidad se determinó el nivel de participación al que correspondía de la siguiente manera:

0 a 8 esperables: información.

9 a 17 esperables: opinión.

18 a 26 esperables: toma de decisiones.

VN17: Frecuencia de la consulta pediátrica según la edad del niño que tiene a cargo quien responde: refiere a la cantidad de veces que el entrevistado cree que es necesario concurrir con el niño a revisiones médicas.

RV17: Esperable/No esperable/No responde.

IV17: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “Conoce la cantidad de consultas médicas requeridas al año según la edad de los niños”, en la cual se le solicitó que marque con una X su respuesta. Se tomó como respuesta correcta o esperable lo siguiente:

Si el niño es menor a 12 meses la respuesta correcta es: todos los meses.

Si el niño tiene entre 12 y 18 meses, la respuesta correcta es: cada dos meses.

Si el niño tiene entre 18 y 24 meses, la respuesta correcta es: cada tres meses.

Si el niño tiene entre 2 y 3 años, la respuesta correcta es: cada seis meses.

Si el niño es mayor a 3 años, la respuesta correcta es una vez al año.

VN18: Variación de la frecuencia de las consultas médicas: refiere a la cantidad de consultas médicas esperables según la edad biológica del niño.

RV18: Esperable/No esperable/No responde.

IV18: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Varía la frecuencia según la edad de sus hijos?”. Se tomó como respuesta esperable la opción SI.

VN19: Conocimiento del calendario nacional de vacunación: refiere si el entrevistado cuenta o conoce el esquema de vacunación obligatorio para prevenir y combatir enfermedades.

RV19: Esperable/No esperable/No responde.

IV19: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Conoce el calendario nacional de vacunación?”. Se tomó como respuesta esperable la opción SI.

VN20: Carnet de vacunación al día: refiere si el niño cuenta con la presencia de las vacunas correspondientes según su edad biológica.

RV20: Esperable/No esperable/No responde.

IV20: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Tiene el carnet de vacunas al día?”, Se tomó como respuesta esperable la opción SI.

VN21: Conocimiento de la frecuencia ideal del baño en los niños: refiere cada cuanto el entrevistado baña al niño.

RV21: Esperable/No esperable/No responde.

IV21: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cuál cree que es la frecuencia ideal de baño de su/s hijo/s?”. Se tomó como respuesta esperable la opción: Diaria.

VN22: Temperatura ideal del agua para realizar el baño: refiere cuál es la temperatura óptima del agua para bañar al niño que considera el entrevistado.

RV22: Esperable/No esperable/No responde.

IVN22: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cuál es la temperatura ideal del agua antes de realizar el baño?”. Se tomó como respuesta esperable la opción: 36°.

VN23: Medición de la temperatura del agua: refiere de qué manera reconoce el entrevistado la temperatura óptima del agua.

RV23: Esperable/No esperable/No responde.

IV23: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cómo mide la temperatura del agua?”. Se tomó como respuesta esperable la opción: Codo.

VN24: Conocimiento de la higiene bucal en bebés: refiere cuáles son los elementos necesarios para la higiene bucal del niño.

RV24: Esperable/No esperable/No responde.

IV24: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cómo se realiza la higiene bucal en bebés? “, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Gasa.

VN25: Edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal: refiere a la edad biológica del niño en la cual es importante el uso de pasta dental para una adecuada limpieza de los dientes.

RV25: Esperable/No esperable/No responde.

IV25: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿A qué edad se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal?”. Se tomó como respuesta esperable correcta la opción: 2 años.

VN26: Realización de la higiene bucal: refiere a la ejecución de la acción del lavado de dientes.

RV26: Esperable/No esperable/No responde.

IV26: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cómo realiza la higiene bucal de sus hijos?”. Se tomó como respuesta esperable lo que describió el entrevistado, teniendo en cuenta la edad del niño. Siendo los elementos

VN27: Tenencia de hijos en la etapa de uso de pañales: refiere a la presencia de niños que se encuentran utilizando pañales en la actualidad.

RV27: Si/No.

IV27: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Tiene hijos en etapa de uso de pañales?”. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

VN28: Elementos para la limpieza y el cambio de pañales: refiere al reconocimiento elementos requeridos para una limpieza y cambio de pañales óptimo.

RV28: Esperable/No esperable/No responde.

IV28: Se entregó al familiar la encuesta con la consigna “Menciona con qué elementos realiza la limpieza y el cambio de pañales”. Se tomó como respuesta esperable la opción: Algodón y Oleo Calcáreo.

VN29: Edad en la que un niño está en condiciones de dejar los pañales: refiere a la edad biológica en la que el niño se encuentra en condiciones de no utilizar pañales.

RV29: Esperable/No esperable/No responde.

IV29: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿A qué edad un niño está en condiciones de dejar los pañales?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: 2 años.

VN30: Conocimiento de la ropa adecuada para el bebé: refiere a la ropa que considera adecuada para que use un bebé.

RV30: Esperable/No esperable/No responde.

IVN30: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cuál es la ropa adecuada para los bebés?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Ropa de algodón de colores claros.

VN31: Presencia de fumadores en la familia: refiere si dentro del hogar se presentan personas que fumen tabaco.

RVN31: Si/No.

IVN31: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Alguna de las personas que convive en el hogar es fumadora?”, en la cual se le solicitó que marque con una X. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

VN32: Presencia de humo de cigarrillo dentro del hogar: refiere si dentro del hogar hay presencia de humo proveniente de cigarrillos.

RVN32: Esperable/No esperable/No responde.

IVN32: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Fuma dentro del hogar?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: No, (del total que haya contestado que sí fuman).

VN33: Ventilación en el hogar: se refiere si abre las ventanas para la circulación de aire dentro del hogar.

RV33: Esperable/No esperable/No responde.

IVN33: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Ventila el hogar?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Si.

VN34: Frecuencia de ventilación: refiere a cuántas veces ventila el hogar.

RV34: Esperable/No esperable/No responde.

IVN34: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿con qué frecuencia?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Todos los días.

VN35: Calefacción en el hogar: refiere a la presencia de un dispositivo de calefacción en el hogar.

RV35: Si/No.

IVN35: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿utiliza algún método para calefaccionar el hogar?”, en la cual se le solicitó que marque con una X. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

VN36: Tipo de calefacción: refiere al artefacto o sistema de calefacción que utiliza en su hogar.

RV36: Esperable/No esperable/No responde.

IVN36: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cuál?”, en la cual se le solicitó que describa su respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Estufa o Aire acondicionado.

VN37: Acceso a agua potable en el hogar: presenta acceso al agua potable dentro de su hogar.

RV37: Si/No.

IVN37: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Tiene acceso al agua potable en su hogar?”, en la cual se le solicitó que marque con una X. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

VN38: Tipo de agua que consume: refiere a que tipo de agua consume diariamente dentro de su hogar.

RV38: Esperable/No esperable/No responde.

IVN38: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Qué agua consume? Se tomó como respuesta esperable la opción: Agua hervida o Agua mineral.

VN39: Ubicación de la basura en el hogar: refiere a en que espacio físico dentro de su hogar coloca los residuos.

RV39: Esperable/No esperable/No responde.

IVN39: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Dónde coloca la basura del hogar?”, se tomó como respuesta esperable aquella que demuestre que se ubique lejos de los alimentos.

VN40: Frecuencia de retirado de basura: refiere a cuántas veces recoge los residuos y los coloca fuera de su hogar.

RV40: Esperable/No esperable/No responde.

IV40: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Con qué frecuencia saca la basura?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Diaria.

VN41: Relación de conceptos con término de sexualidad: refiere a la identificación de términos que se relacionan con sexualidad.

RV41: Esperable/No esperable/No responde.

IVN41: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Con que podría relacionar el término sexualidad?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Sexo, Genitales, Cuidados anticonceptivos, Género femenino- género masculino.

VN42: Términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos: refiere a cuáles de los términos anteriormente mencionados considera que es necesario para hablar con sus hijos.

RV42: Esperable/No esperable/No responde.

IVN42: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Cuáles de los anteriormente seleccionados cree que es necesario hablar con sus hijos?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable las opciones: Genitales y Género femenino-Género masculino.

VN43: Enseñanza en el reconocimiento de sus genitales: refiere si el entrevistado instruye o educa al niño acerca de sus genitales.

RV43: Esperable/No esperable/No responde.

IVN43: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Le enseña a sus hijos a reconocer sus genitales como partes íntimas y privadas?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Sí.

VN44: Acceso a la información adecuada para hablar con sus hijos: refiere si el entrevistado posee la información indicada para hablar o dialogar con sus hijos acerca de sus genitales.

RV44: Si/No.

IVN44: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “Cree que tiene la información adecuada para hablar con sus hijos de este tema”, en la cual se le solicitó que marque con una X. Se tomó como respuesta lo que señale el entrevistado.

VN45: Alimentos saludables: refiere al reconocimiento de aquellos alimentos que son buenos o beneficiosos para la salud o que la proporciona.

RV45: Esperable/No esperable/No responde.

IVN45: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “Indique cuales de estos alimentos considera saludables”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable las opciones: Carne, Verdura, Leche.

VN46: Frecuencia de consumo de alimentos: refiere a cuantas veces se consumen los alimentos saludables en su hogar.

RV46: dependerá del discurso del entrevistado.

IVN46: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “Indique con qué frecuencia consume cada uno de sus alimentos”, en la cual se le solicitó que por cada alimento mencione la frecuencia con la que es consumido. Se tomó como respuesta lo que describa el entrevistado.

VN47: Situaciones en la que es importante lavarse las manos para la manipulación de alimentos: refiere al reconocimiento de situaciones que requieran un lavado previo de las manos.

RV47: Esperable/No esperable/No responde.

IVN47: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “Indique en qué casos es necesario lavarse las manos para la adecuada manipulación de alimentos.”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Todos.

VN48: Acciones ante una emergencia: refiere a la actitud o reacción que tiene el entrevistado frente a una emergencia.

RV48: Esperable/No esperable/No responde.

IVN48: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Qué haría ante una emergencia con su/s hijo/s?”, se tomó como respuesta esperable la opción: Llamar a emergencias.

VN49: Conocimiento de los números de emergencias médicas: refiere a si el entrevistado posee el conocimiento sobre los números telefónicos de emergencia

RV49: Esperable/No esperable/No responde.

IVN49: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Conoce cuáles son los números de emergencias médicas?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta esperable la opción: Si.

VN50: Números de emergencias médicas: refiere a los números telefónicos de emergencias.

RV50: Esperable/No esperable/No responde.

IVN50: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “En caso de responder que sí, indicar cuáles”, en la cual se le solicitó que mencione los mismos. Se tomó como respuesta esperable los siguientes números: 107, 101.

VN51: Nivel de participación percibido: refiere al nivel de compromiso que el entrevistado considera poseer.

RV51: No cuento con la información adecuada; Tengo la información, pero necesito de ayuda para actuar; Tengo la información, actuó, puedo opinar y sugerir sobre el tema; Tengo información abundante, actuó con compromiso reconociendo la importancia.

IVN51: Se entregó al familiar la encuesta con un cuadro donde por cada cuidado de salud tendrá que asignar con una X el nivel de participación percibido. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado, siendo que:

No cuento con la información adecuada refiere a que no posee información, se tomará como nula esa respuesta.

Tengo la información, pero necesito de ayuda para actuar refiere al nivel de participación “información”.

Tengo la información, actúo, puedo opinar y sugerir sobre el tema refiere al nivel de participación “opinión”.

Tengo información abundante, actúo con compromiso reconociendo la importancia refiere al nivel de participación “toma de decisiones”.

VN52: Deseo de recibir información sobre algún tema en particular: refiere al interés del entrevistado de recibir o no, información acerca de los cuidados de salud.

RV52: Si/No.

IVN52: Se entregó al familiar la encuesta con la pregunta “¿Desea recibir información sobre algún tema en particular?”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

VN53: Formato de información: refiere al modo en el que desea recibir información el entrevistado.

RV53: Informe/Taller.

IVN53: Se entregó al familiar la encuesta con el ítem “Desea recibir esa información a través de:”, en la cual se le solicitó que marque con una X la respuesta. Se tomó como respuesta lo que señaló el entrevistado.

FUENTES DE DATOS

Samaja (2002), definió el concepto de fuente de datos, “como la praxis que la sociedad ha logrado generar en el campo del objeto de estudio, y por medio de la cual él llega a ser objeto de conocimiento”.

Teniendo en cuenta la definición anterior, la presente investigación corresponde a dos tipos de fuentes; la primera corresponde a una fuente primaria, la misma son las familias que se encuestaron. Como menciona Samaja (2002) los datos son generados por el propio equipo investigador, mediante acciones tales como, observar, entrevistar, manipular variables.

En segundo lugar, también corresponde a una fuente secundaria ya que parte de los datos recabados se extrajeron de un banco de datos que nos proporcionó la institución, que según este autor las fuentes secundarias “son aquellos que proporcionan datos producidos por otros y ya disponibles”.

INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo la investigación y obtención de los datos necesarios se desarrolló una encuesta, que se define según García (1994) como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

El tipo de encuesta desarrollada es personal, ya que la misma se realizó en forma de encuentro cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado (Rubio y Varas, 1999).

La selección de este tipo de instrumento se debe a que aporta mayor recolección de datos, permitiendo el control directo de la información por parte del entrevistador y recoge respuestas espontáneas (Rubio y Varas, 1999).

El diseño del instrumento constó de tres partes, una parte A: la cual tuvo como objetivo recoger datos y características de la composición familiar, hogar y barrio en el que vive, a través de ítems, de preguntas cerradas, en su mayoría, y en menor medida, preguntas abiertas, como así también preguntas semi-cerradas, como una posibilidad intermedia entre la pregunta abierta y la cerrada, permitiendo la posibilidad de incluir información nueva. Consiste en añadir a la lista de respuestas de una pregunta cerrada la respuesta “otros”, “cuál” o “especifique” (Rubio y Varas, 1999).

Una parte B: que tuvo como finalidad conocer la información y cómo actúa la familia con respecto a los cuidados de la salud de sus hijos, diseñada de la misma manera que la parte A. Mientras que en la parte C: el objetivo fue que el encuestado seleccione cuanta información considera que maneja con respecto a los cuidados de salud de sus hijos, a través del tipo de Escala de Likert, en la cual el encuestado señala su respuesta de acuerdo con 4 opciones en este caso, siendo una manera de forzar una postura más definida acerca de las cuestiones sobre las que se pregunta (Rubio y Varas, 1999).

Se realizó un pilotaje a tres personas, de las cuales a dos les fueron enviadas por e-mail, mientras que una se realizó personalmente. El pilotaje permitió realizar modificaciones en la forma de preguntar.

A su vez, Violeta Erbiti, quien trabaja en la institución donde se llevó a cabo el trabajo de campo nos brindó asesoría en cuanto a la extensión del instrumento, que permitió realizar las modificaciones del instrumento teniendo en cuenta la población a la cual estaba dirigido. Logrando una mayor comprensión y entendimiento por parte del encuestado.

ASPECTOS ÉTICOS

Con respecto a los aspectos éticos y guiándonos por los principios éticos determinados por el Ministerio de Salud de la Nación (2011), el cual presenta una Guía para la investigación con seres humanos, adjuntamos a la encuesta un Consentimiento Informado, el cual se acompañó de una carta de presentación que menciona que somos estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, y que para la obtención de nuestro título de grado nos encontrábamos realizando un trabajo de investigación.

En el mismo se describe el propósito del estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos, que el entrevistado no asume ningún riesgo al respecto como también la revocabilidad de este.

Detallamos que los resultados se encontrarán disponibles una vez finalizada la investigación y brindamos nuestros contactos para cualquier consulta.

ANALISIS DE DATOS

Procesamiento y sistematización de datos:

Una vez realizadas todas las encuestas, las cuales fueron enumeradas en el orden que fueron tomadas, se prosiguió a conformar la base de datos. Los datos obtenidos fueron desglosados en un sistema informático inespecífico: una planilla de Excel, titulada “Base de datos”.

La misma constó de tres hojas, pudiendo dividir así las tres partes en que se conformaba el instrumento.

Hoja 1: Parte A.

Hoja 2: Parte B.

Hoja 3: Parte C.

La hoja 1 corresponde a las variables suficientes, las cuales caracterizan la muestra, es decir a las familias.

En la hoja 2, se ubican las variables necesarias que hacen referencia a los conocimientos y acción de las familias en los cuidados de salud de los niños.

Por último, la hoja 3 corresponde a las variables necesarias, que hacen referencia a los niveles de participación.

En cada hoja los datos fueron cargados de acuerdo con el número asignado a cada encuesta, es decir cada unidad de análisis, y cada columna contenía el código que identificaba a cada variable.

Esto permitió agilizar la carga de información y permitir una mejor visibilidad de los datos.

Para facilitar el paso de los datos a la planilla de Excel, se codificaron determinados valores. (Ver anexo pág. 80)

A fin de responder a la pregunta de investigación planteada, contrastar la hipótesis y cumplir los objetivos se realizó el siguiente análisis:

Para cumplir con el primer objetivo específico:

- Identificar el conocimiento que tienen las familias con respecto a los cuidados de salud de los niños.

A partir del cuadro del nivel de participación real, se realizaron los cuadros de distribución de frecuencias de las variables que refieren a conocimiento.

Las variables que refieren a conocimiento son las siguientes:

- Frecuencia de la consulta pediátrica según la edad del niño que tiene a cargo quien responde.
- Conocimiento del calendario nacional de vacunación
- Conocimiento de la frecuencia ideal del baño en los niños.
- Temperatura ideal del agua para realizar el baño.
- Conocimiento de la higiene bucal en bebés.
- Edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal.
- Edad en la que un niño está en condiciones de dejar los pañales.
- Conocimiento de la ropa adecuada para el bebé.
- Relación de conceptos con término de sexualidad.
- Términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos.
- Alimentos saludables.
- Situaciones en la que es importante lavarse las manos para la manipulación de alimentos.
- Conocimiento de los números de emergencias médicas.

Para cumplir con el segundo objetivo específico:

- Conocer las acciones que llevan a cabo las familias con respecto a los cuidados de salud de sus hijos.

A partir del cuadro del nivel de participación real, se realizaron los cuadros de distribución de frecuencias de las variables que refieren a las acciones.

Las variables que refieren a acción son las siguientes:

- Variación de la frecuencia de las consultas médicas.
- Carnet de vacunación al día.
- Medición de la temperatura del agua.
- Realización de la higiene bucal.
- Elementos para la limpieza y el cambio de pañales.
- Frecuencia de ventilación.
- Tipo de agua que consume.
- Ubicación de la basura en el hogar.
- Frecuencia de retirado de basura.
- Enseñanza en el reconocimiento de sus genitales.

- Acciones ante una emergencia.

Para cumplir con el tercer objetivo específico:

- Identificar la condición de vulnerabilidad que presenten las familias de los niños que concurren al CPI.

Este objetivo correspondió a la parte A, primero se desglosó la variable características del hogar, de la cual se derivaron las siguientes subvariables:

- Tipo de hogar.
- Cantidad de ambientes.
- Agua corriente.
- Cuarto de baño.
- Electricidad.
- Gas.
- Red cloacal.

Luego se realizaron los cuadros de distribución de frecuencias de las variables mencionadas y las siguientes:

- Nivel de estudios alcanzados.
- Cantidad de trabajadores en la familia.
- Acceso a alguna ayuda/plan social.
- Nivel de ingreso total mensual.

Por último, se realizó el cruce de variables de:

- Cantidad de personas que conviven en el hogar con cantidad de trabajadores.
- Cantidad de personas que conviven en el hogar con cantidad de ambientes.

Para contrarrestar el objetivo general:

- Conocer el nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de sus hijos.

Para contrarrestar este objetivo implicó conocer el nivel real de participación de las familias como así también el nivel de conocimiento percibido por las mismas.

Para conocer el nivel de participación percibido por las familias, se realizó un cuadro en Excel con la cantidad de respuestas sobre los cuatro niveles de participación, correspondiente a la parte C.

El mismo se conformó de la siguiente manera, las filas se componían por los niveles de participación:

“No cuento con la información adecuada”,

“Tengo la información, pero necesito ayuda para actuar”

“Tengo la información, actúo, puedo opinar y sugerir sobre el tema”

“Tengo información abundante, actúo con compromiso, reconociendo la importancia”

Cada columna representó cada unidad de análisis, es decir cada familia.

De esta manera, la mayor cantidad de respuestas dio por resultado el nivel percibido.

En los casos en que no se encontró un valor máximo o el mismo valor se repitió en dos niveles, se procedió a tomar como resultado el mayor nivel.

Se realizó una tabla de frecuencias y luego se calculó la moda.

Para conocer el nivel de participación real de las familias, se realizó un cuadro en Excel teniendo en cuenta cada respuesta que respondieron en la encuesta.

El cuadro se conformó por cada variable, correspondientes a la parte B, colocadas en cada fila, mientras que en las columnas se colocó ESPERABLE/NO ESPERABLE/NO RESPONDE.

Teniendo en cuenta las variables referidas a conocimiento y acciones de la familia con respecto a cada cuidado de la salud, se realizó una comparación teórica y se estableció de esa manera las respuestas dadas como esperables o no esperables.

Para determinar el nivel de participación real por cada unidad de análisis, se estableció el nivel de acuerdo a esta tabla:

- 0 – 8 esperables, es decir correctas: Nivel de participación “Información”.
- 9 - 17 esperables, es decir correctas: Nivel de participación “Opinión”.
- 18 - 26 esperables, es decir correctas: Nivel de participación “Toma de decisiones”.

Luego se procedió a realizar la tabla de frecuencias correspondiente y se calculó la moda. De esta manera se consideró así, ese valor como la respuesta a la pregunta de investigación y contrastación de la hipótesis.

RESULTADOS

A continuación, se describen los gráficos correspondientes a los resultados de la investigación:

Caracterización de la muestra:

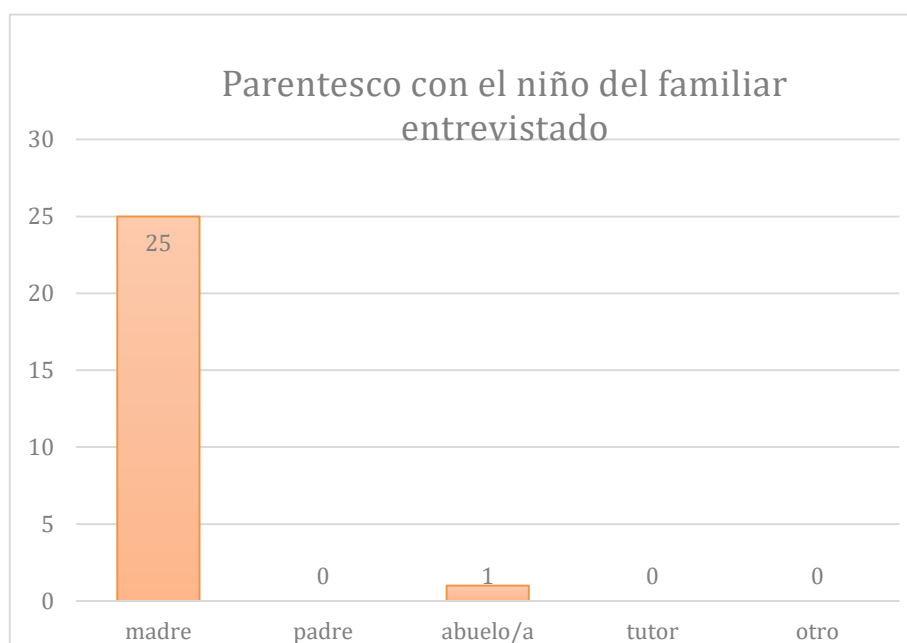
Gráfico 1: Nacionalidad del familiar entrevistado del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI a los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico se observa que el 42% de las personas entrevistadas fueron de origen nativo, mientras que el 58% de las personas fueron de nacionalidad extranjera provenientes de Bolivia, Perú y Paraguay.

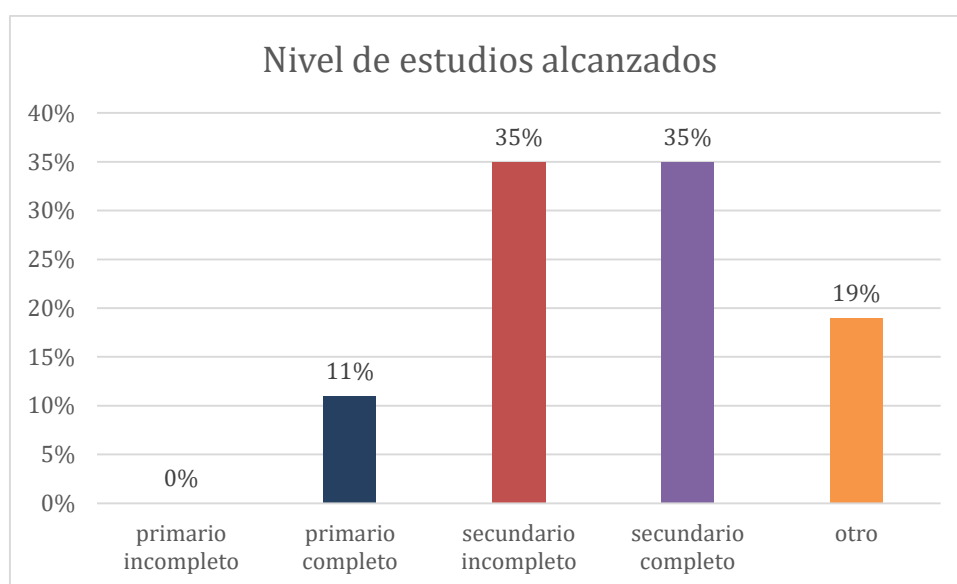
Gráfico 2: Parentesco con el niño del familiar entrevistado del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

La relación de parentesco arrojó que 25 eran madres de los niño/as que concurren al CPI, mientras que 1 persona hizo referencia a que era abuela del niño.

Gráfico 3: Frecuencia del nivel de estudios alcanzados del familiar entrevistado del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

El presente gráfico muestra que el porcentaje fue igual para aquellos que tenían secundario incompleto como completo. Y que estos últimos dos datos incluyen el primario completo. Por lo que podemos decir, que del total de la muestra un 11% presento solo primario completo, y sumando el 35% del secundario incompleto y el 35% de secundario completo, un 80% de la muestra tiene el primario completo.

En la opción otros, los entrevistados especificaron que sus estudios correspondían a un nivel terciario o universitario.

Con relación a los resultados obtenidos con respecto al primer objetivo específico: “Identificar el conocimiento que tienen las familias con respecto a los cuidados de salud de los niños”.

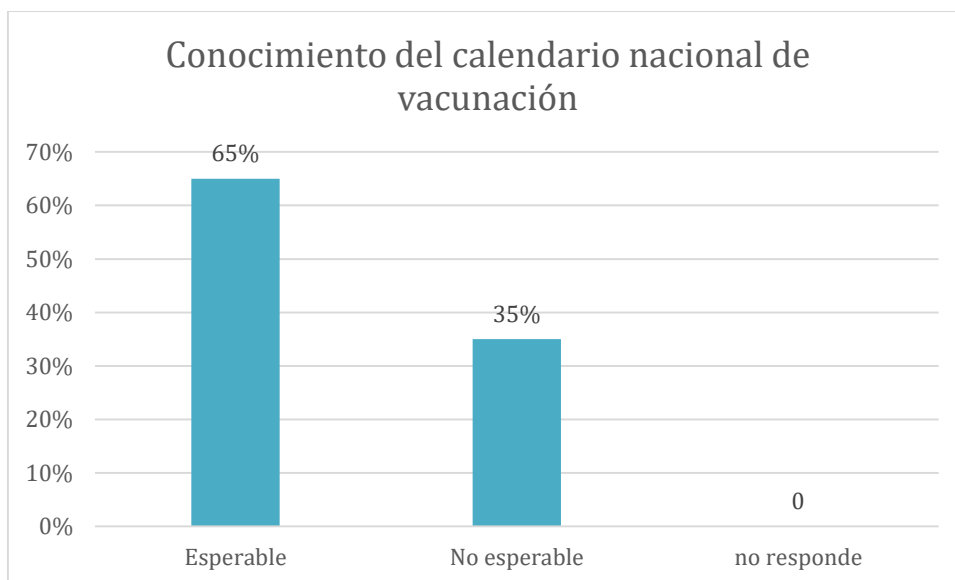
La muestra respondió de acuerdo con los conocimientos que posee con respecto a los cuidados de salud de sus hijos de manera “esperable” en forma mayoritaria en las variables

en: *“conocimiento del calendario nacional de vacunación”, “conocimiento de la frecuencia ideal del baño de los niños”, “edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal”, “edad en la que un niño está en etapa de dejar los pañales”, “conocimiento de la ropa adecuada para bebé”, “situaciones en las que es importante lavarse las manos para la manipulación de alimentos”.*

En las variables que respondieron en su mayoría de una forma “no esperable” presentan diferencias significativas con las variables que responden de una manera “esperable”, las mismas son: *“frecuencia de la consultas pediátricas según la edad del niño que tiene a cargo quien responde”, “temperatura ideal del agua para realizar el baño”, “conocimiento de la higiene bucal en bebés”, “relación de conceptos con término de sexualidad”, “términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos”, “conocimiento de los números de emergencias médicas”.*

Cabe destacar que en la variable *“términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos”*, de la totalidad de la muestra sólo un entrevistado respondió de manera “esperable”. Los gráficos que se presentan a continuación responden en su mayoría a la variable *“esperable”*:

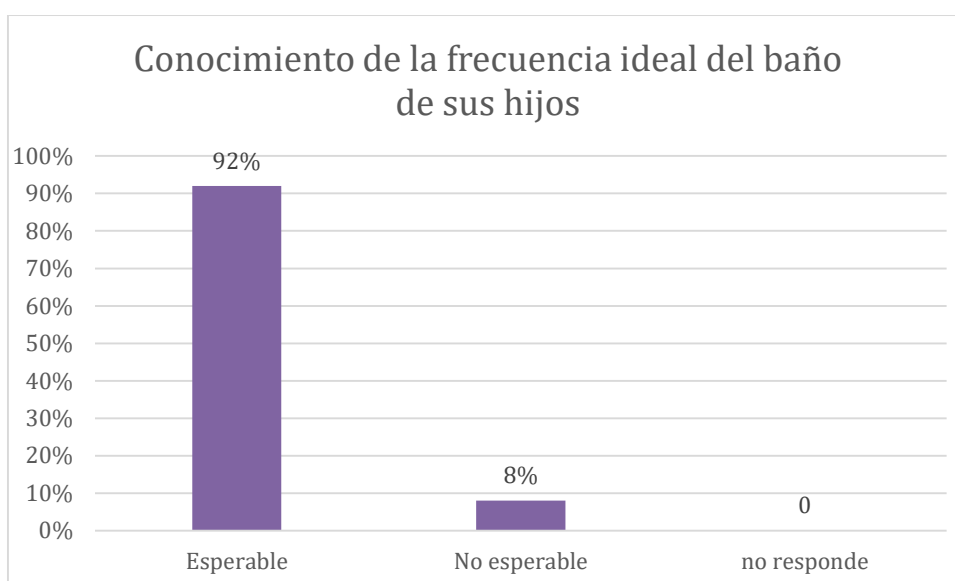
Gráfico 4: Conocimiento del calendario de vacunación según la edad del niño que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Como se observa el 65% de los familiares encuestados respondieron de manera esperable al conocimiento de la existencia del calendario de vacunación, en tanto el 35 % respondió de manera no esperable, manifestando no conocerlo.

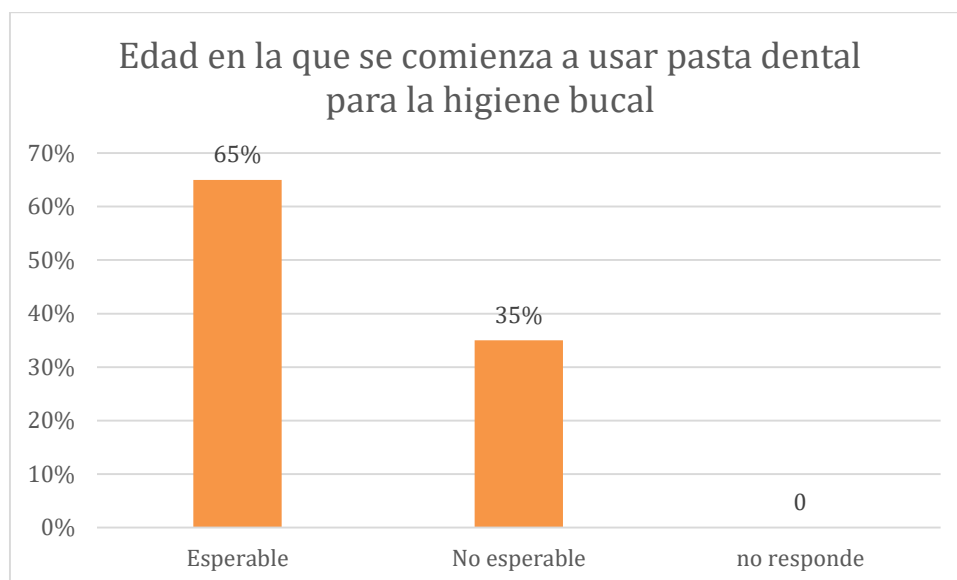
Gráfico 5: Conocimiento de la frecuencia ideal del baño de sus hijos según la edad del niño que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Prácticamente como lo demuestra el gráfico 5, casi el total de las familias encuestadas (92%) identifican de modo esperable la forma la frecuencia ideal para el baño de sus hijos.

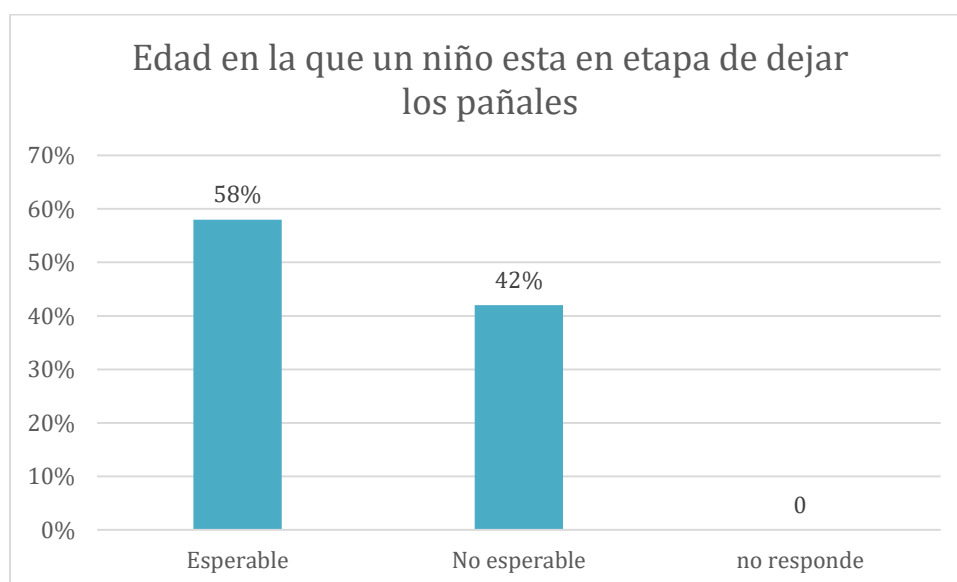
Gráfico 6: Edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico 6, se observa que respecto al conocimiento de las familias sobre la edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal, un 65% respondió de manera esperable, mientras que el 35% de forma no esperable.

Gráfico 7: Edad en la que un niño está en etapa de dejar los pañales que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)

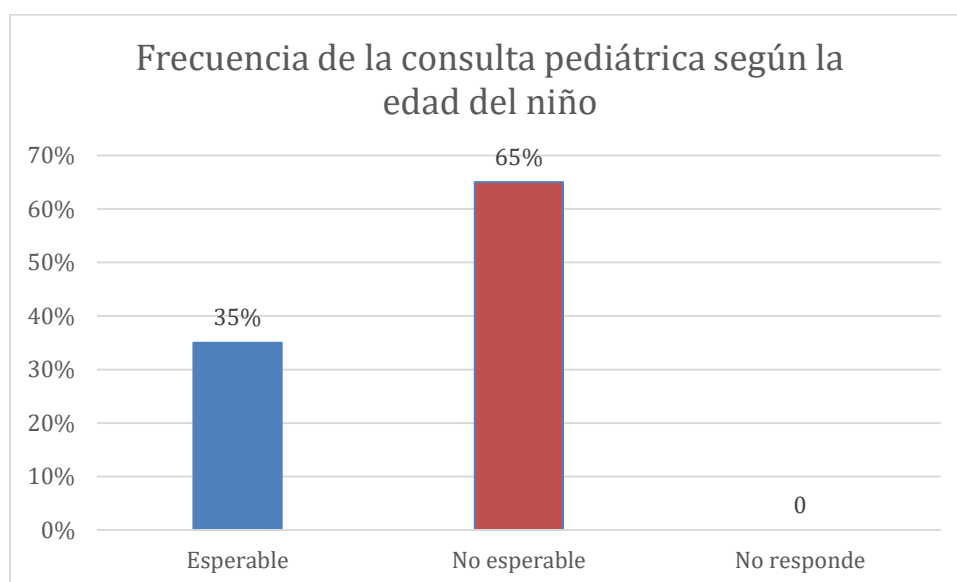


Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Respecto al conocimiento de las familias sobre la edad en la que un niño se encuentra en la etapa de dejar los pañales, un 58% contestó de manera esperable y un 42% no esperable.

Gráficos de las variables en las que responden mayoritariamente de manera no esperable:

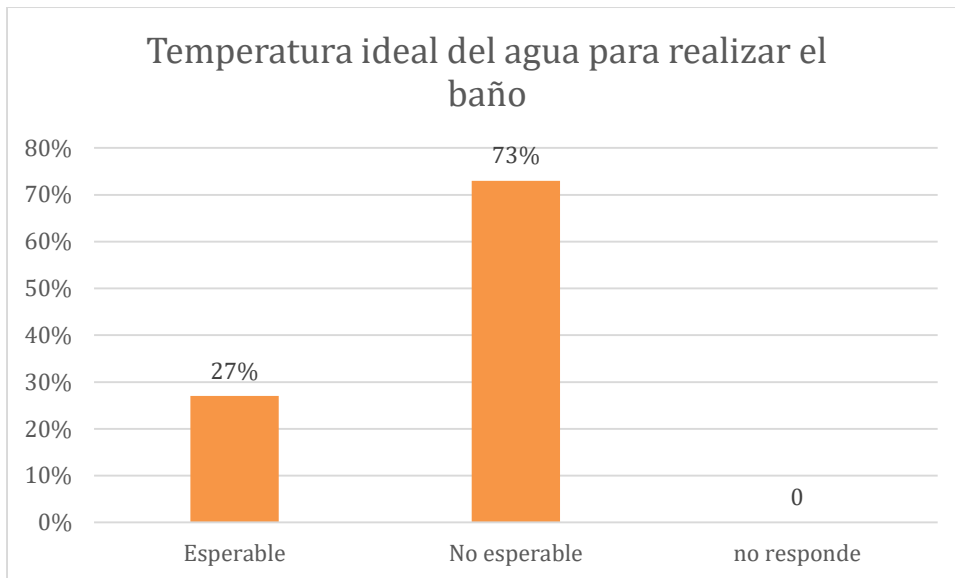
Gráfico 8: Frecuencia de consulta pediátrica según la edad del niño que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico 8, se observa que un 65% de las familias respondieron de manera no esperable respecto a la frecuencia en la que se debe realizar la consulta pediátrica según la edad de los niños. En cambio, un 35% respondió de manera esperable.

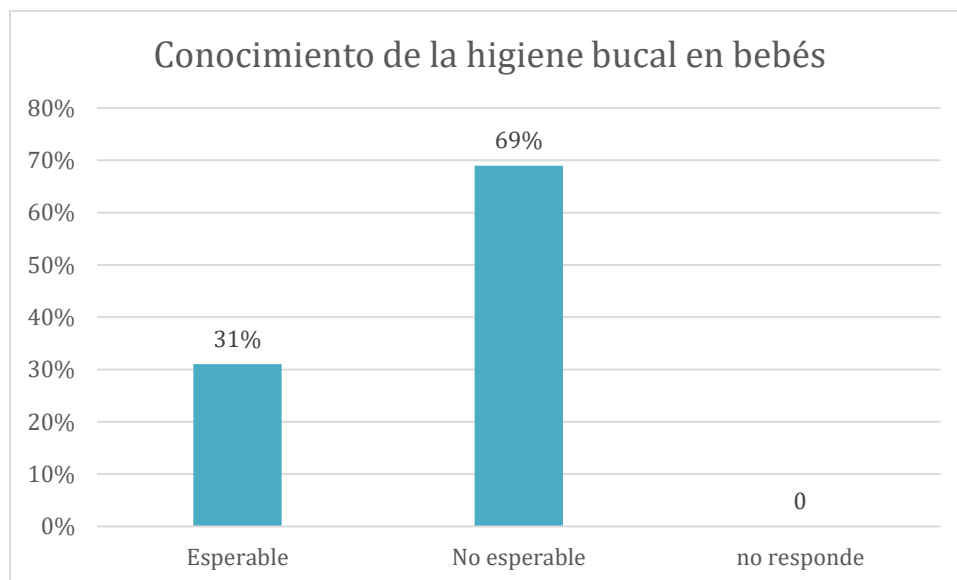
Gráfico 9: Temperatura ideal del agua que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

El gráfico muestra que un 73% de las familias, respondió de manera no esperable sobre cuál es la temperatura ideal del agua para realizar el baño de los niños. Un 27% respondió de manera esperable.

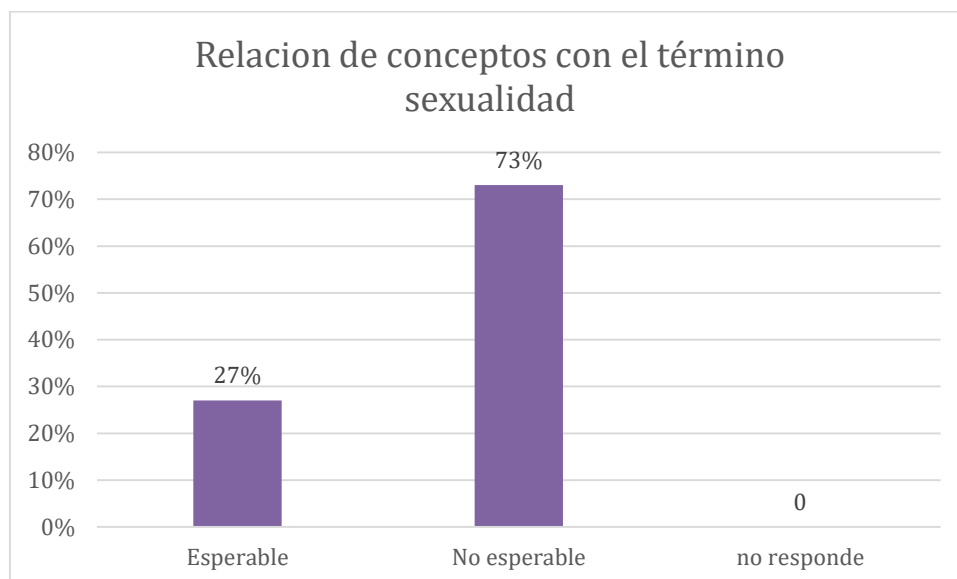
Gráfico 10: Conocimiento de la higiene bucal en bebés que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Respecto al conocimiento que tiene las familias sobre cómo se realiza la higiene bucal en bebés, un 69% de la muestra, respondió de manera no esperable, mientras que un 31% lo hizo de manera esperable.

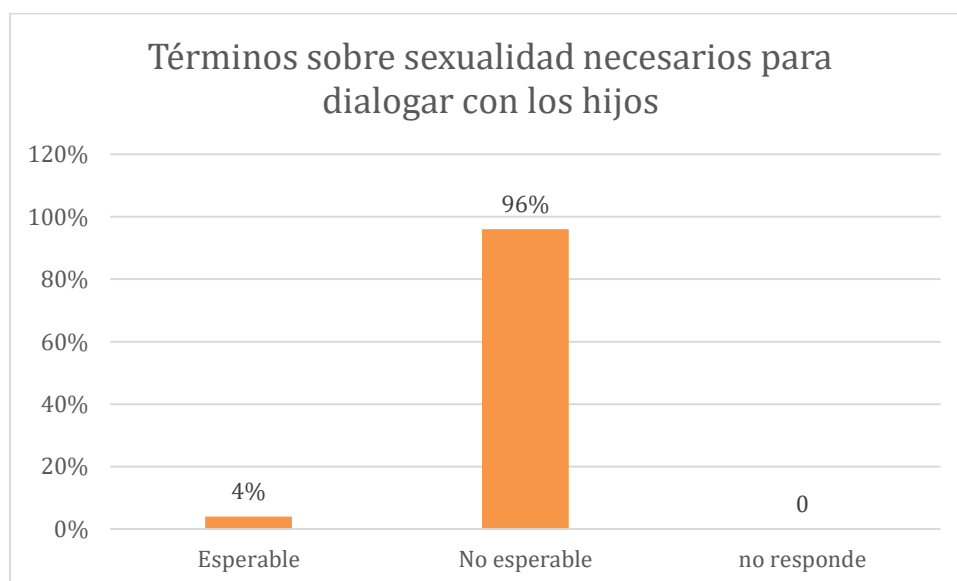
Gráfico 11: Relación de conceptos con el término sexualidad que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que un 73% de las familias respondieron de manera no esperable a la relación de conceptos con el término sexualidad, a diferencia, un 27% respondieron de forma esperable.

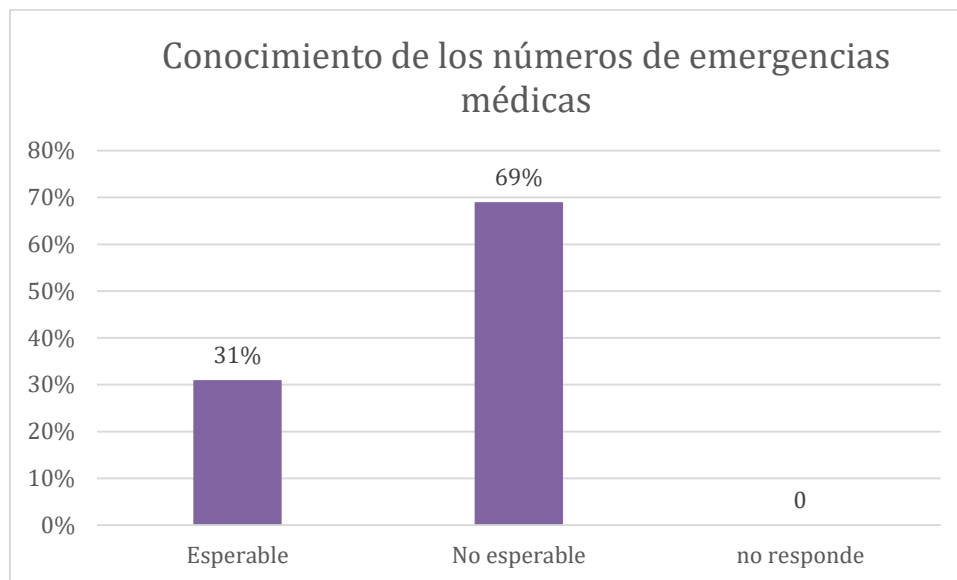
Gráfico 12: Términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Del total de la muestra, un 96% respondió de manera no esperable en el reconocimiento de los términos sobre sexualidad que son necesarios para dialogar con los hijos. Solo un 4 % respondió de manera esperable.

Gráfico 13: Conocimiento de los números de emergencias médicas que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Como se observa en el gráfico, un 69% de las familias respondió de forma no esperable respecto al conocimiento que poseen sobre los números de emergencias médicas. Un 31% sobre el total, respondió de forma esperable.

Resultados obtenidos con respecto al segundo objetivo específico: “Conocer las acciones que llevan a cabo las familias con respecto a los cuidados de salud de sus hijos”.

La muestra respondió a las acciones que toma con respecto a los cuidados de salud de sus hijos. Las variables de acción, en las cuales se obtuvo una respuesta mayoritariamente “Esperable”, son las siguientes: *“variación de la frecuencia de las consultas médicas”, “carnet de vacunación al día”, “presencia de humo de cigarrillo dentro del hogar”, “ventilación en el hogar”, “frecuencia de ventilación”, “tipo de agua que consume”, “ubicación de la basura en el hogar y frecuencia de retirado de basura”.*

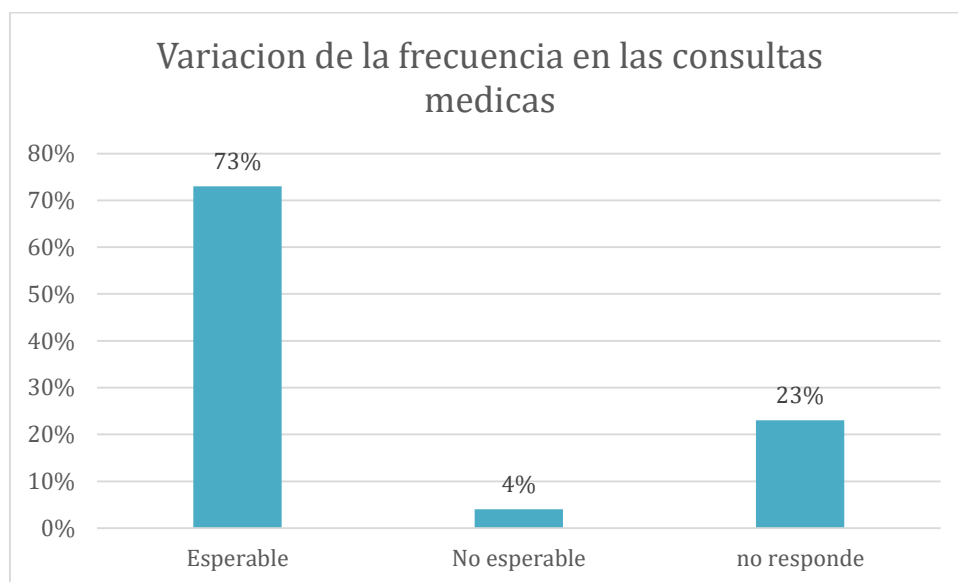
Con respecto a las variables que, si bien en su mayoría responden de manera “Esperable” aun así, no presentan una diferencia significativa con las respuestas “No esperables” son: *“tipo de*

calefacción”, “elementos para la limpieza y el cambio de pañales” y “enseñanza en el reconocimiento de sus genitales”.

Las variables de acción, en las cuales se tuvo una respuesta mayoritariamente “No esperable”, son las siguientes: *“acciones ante una emergencia” y “medición de la temperatura del agua”.*

Gráficos de las variables en las que se responde mayoritariamente de manera esperable:

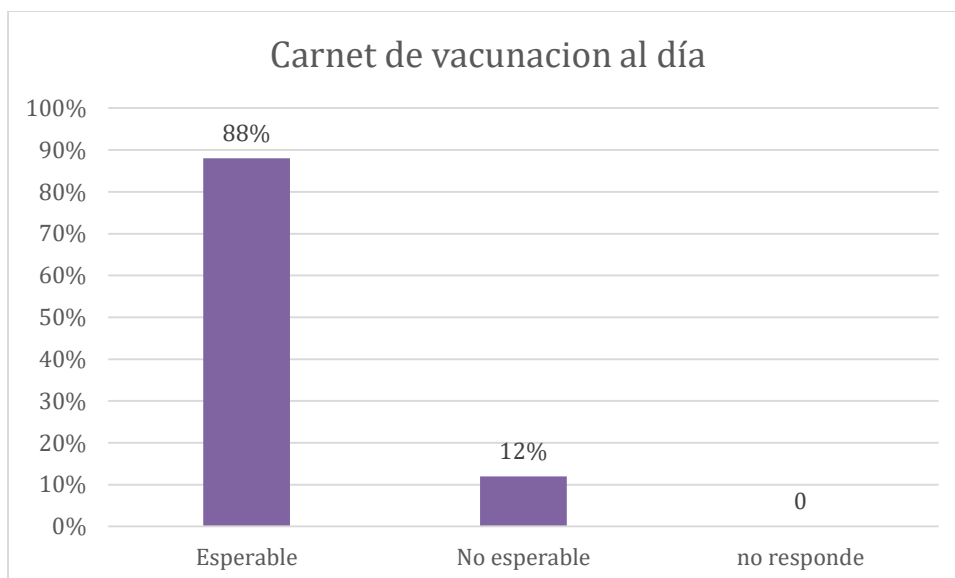
Gráfico 14: Variación de la frecuencia en las consultas médicas que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

El gráfico muestra que respecto a la variación de frecuencias de consultas médicas que realizan las familias, un 73% lo hace en forma esperable, solo un 4% en forma no esperable y un 23% no otorga respuesta.

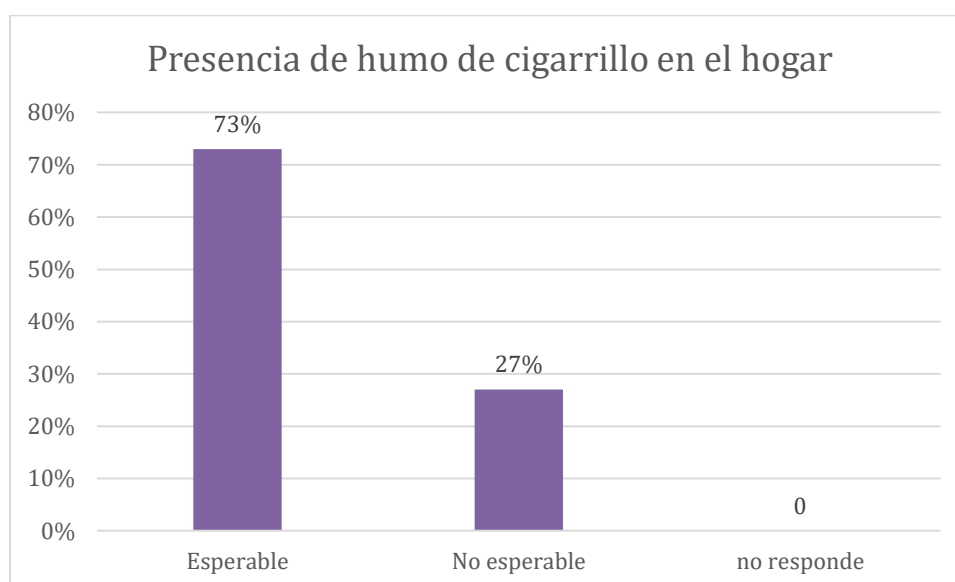
Gráfico 15: Carnet de vacunación al día que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Como se observa en el grafico 15, del total de la muestra un 88% de las familias respondió de manera esperable a la tenencia del carnet de vacunación al día, mientras que un 12% respondió de manera no esperable.

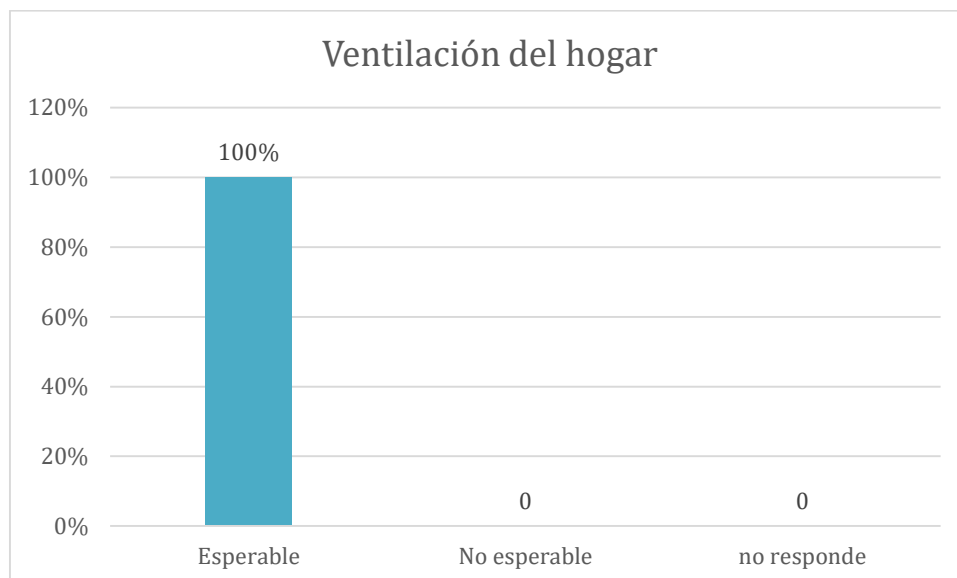
Grafico 16: Presencia de humo de cigarrillo en el hogar que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

El gráfico 16 expone que del total de las familias un 73% respondió de forma esperable a la pregunta relacionada con la presencia de humo de cigarrillo en el hogar, mientras que el 27% respondió de manera no esperable.

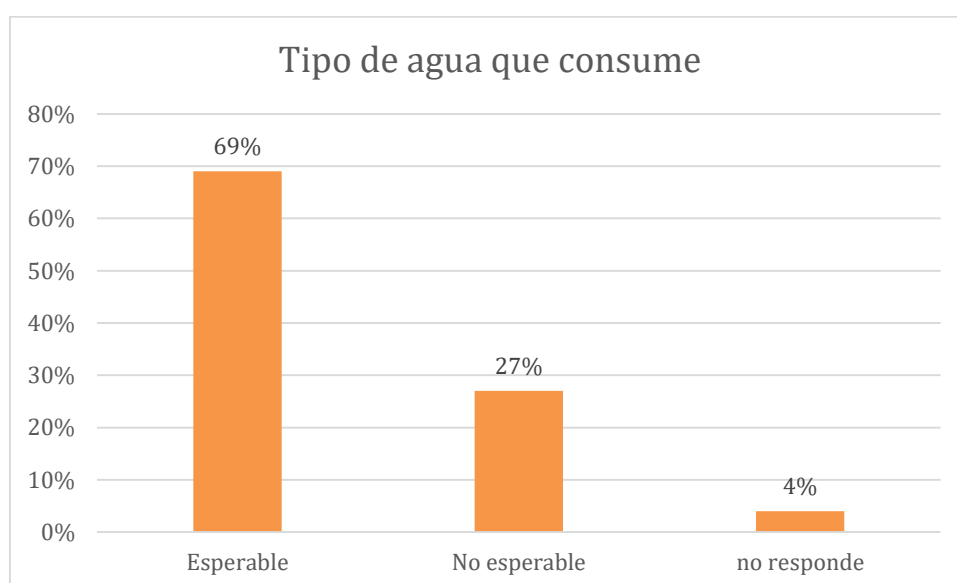
Gráfico 17: Ventilación del hogar que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que la totalidad de la muestra respondió de manera esperable respecto a la ventilación del hogar.

Gráfico 18: Tipo de agua que consume que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)

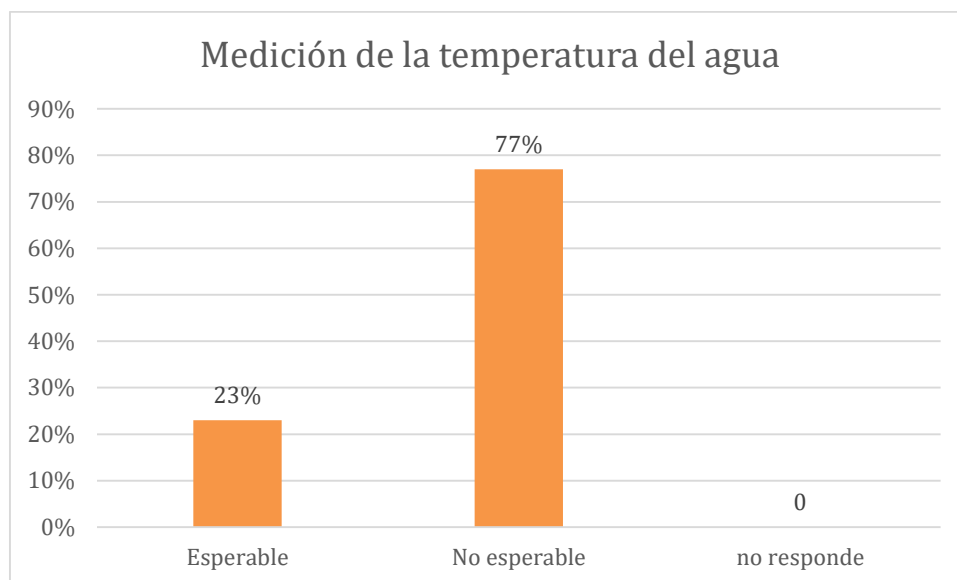


Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico 18, se observa que el 69% de las familias respondieron de forma favorable respecto del tipo de agua que consume, mientras que un 27% respondió de manera no favorable y un 4% no respondió.

Gráficos de las variables en las que su mayoría responden de manera no esperable:

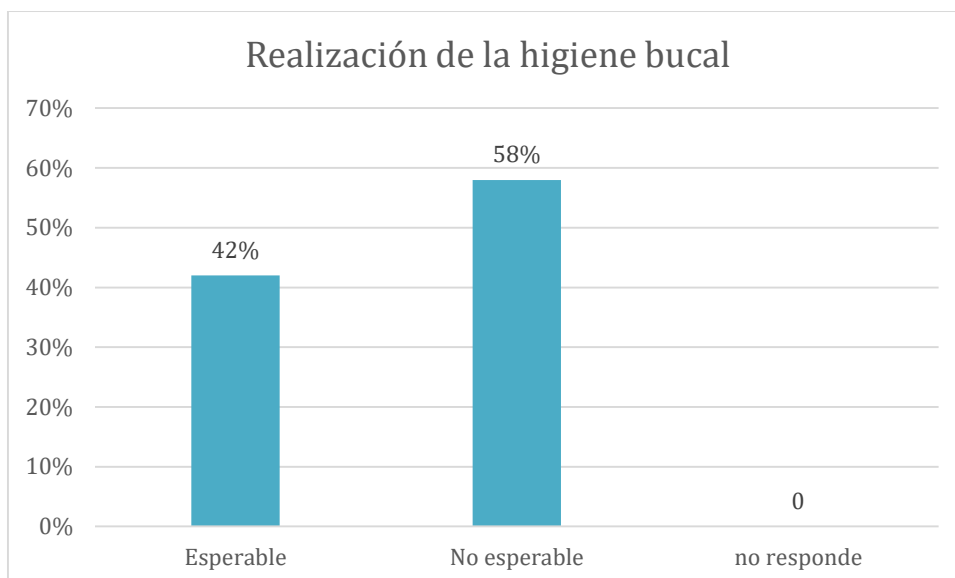
Gráfico 19: Medición de la temperatura del agua que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

El gráfico 19, expone que el 77% de las familias respondió en forma no esperable respecto a cómo realizar la medición de la temperatura del agua. Solo un 23% respondió de manera esperable.

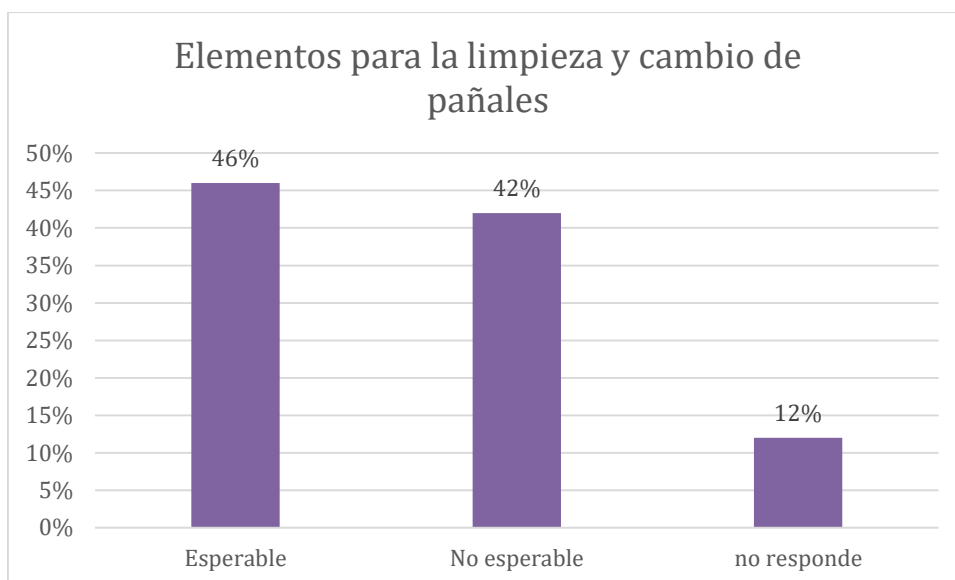
Gráfico 20: Higiene bucal que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Como expone el gráfico 20, un 58% de las familias realizan la higiene bucal de los niños de manera no esperable, mientras que un 42% lo hacen de manera esperable.

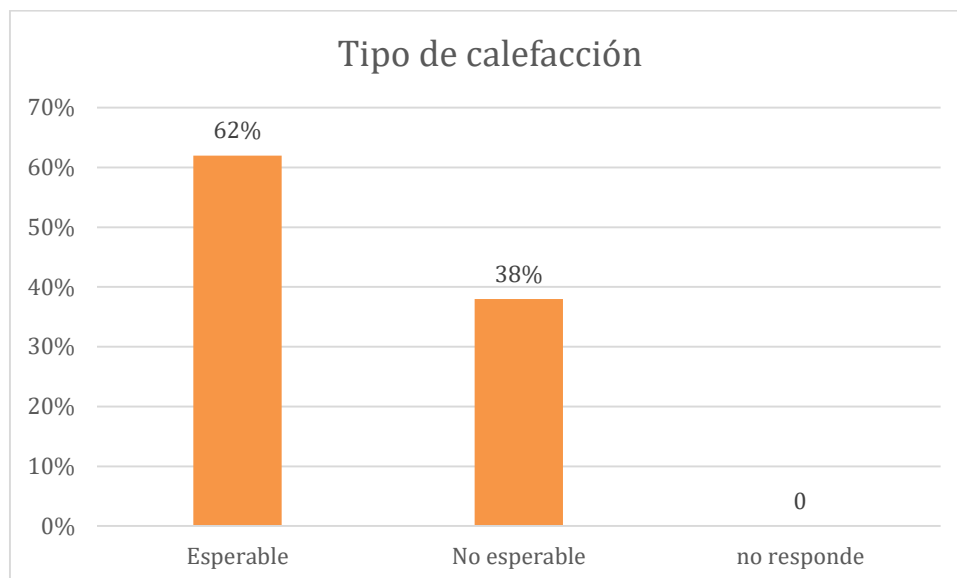
Gráfico 21: Elementos para la limpieza y cambio de pañales que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que un 46% de las familias que utilizan los elementos para la limpieza y cambio de pañales esperables y un 42% respondió aquellos no esperables. Es decir que la diferencia entre ambas es solo de un 4%. El 12% de la muestra no respondió.

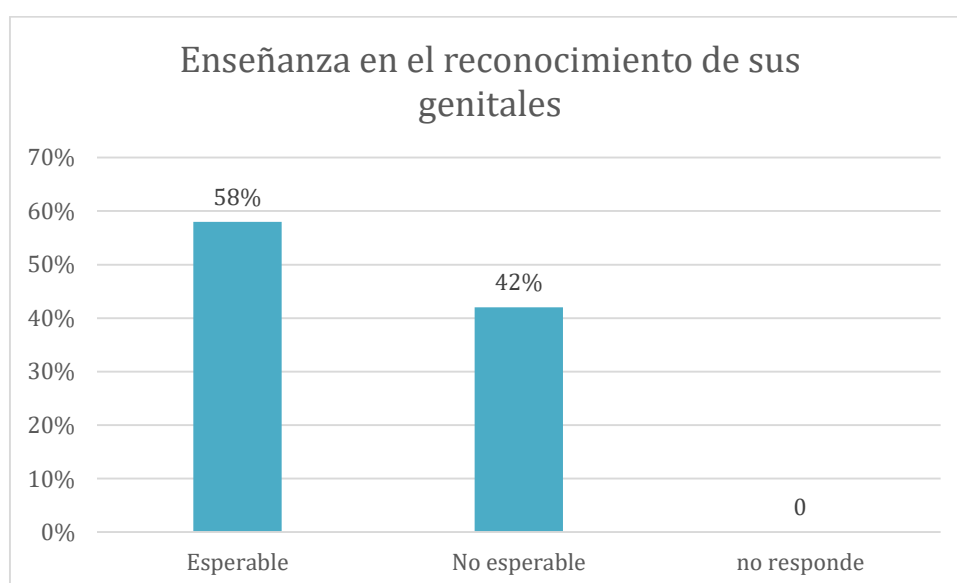
Gráfico 22: Variable tipo de calefacción que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Respecto al tipo de calefacción utilizada por las familias un 62% tiene un tipo esperable, mientras que un 38% no esperable.

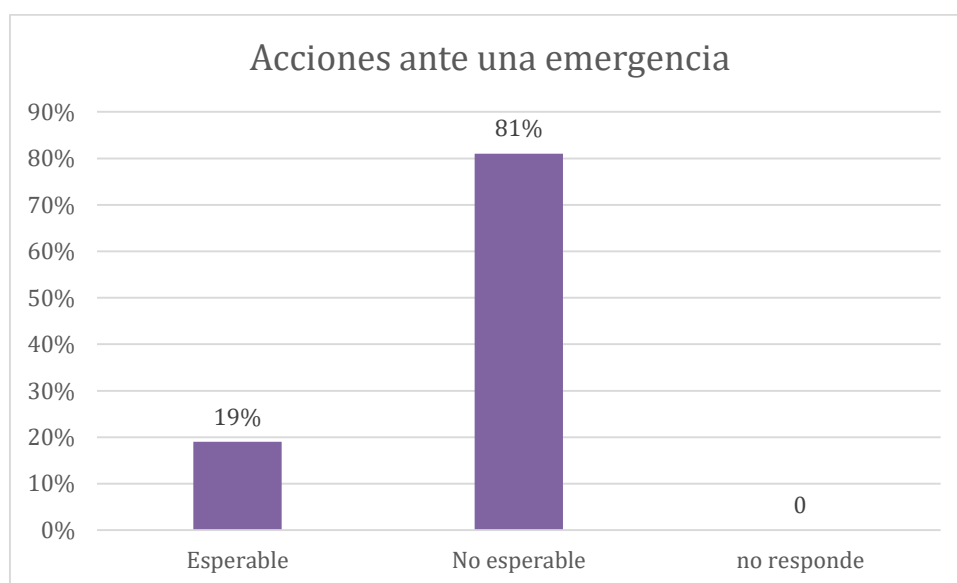
Gráfico 23: Enseñanza en el reconocimiento de sus genitales que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que del total de las familias un 58% realiza de manera esperable la enseñanza en el reconocimiento de los genitales mientras que un 42% lo hace de manera no esperable.

Gráfico 24: Acciones ante una emergencia que ha respondido el familiar del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

En relación a las acciones que las familias han respondido que realizarían ante una emergencia, un 81% lo hizo de manera no esperable. Solo un 19% respondió de manera esperable.

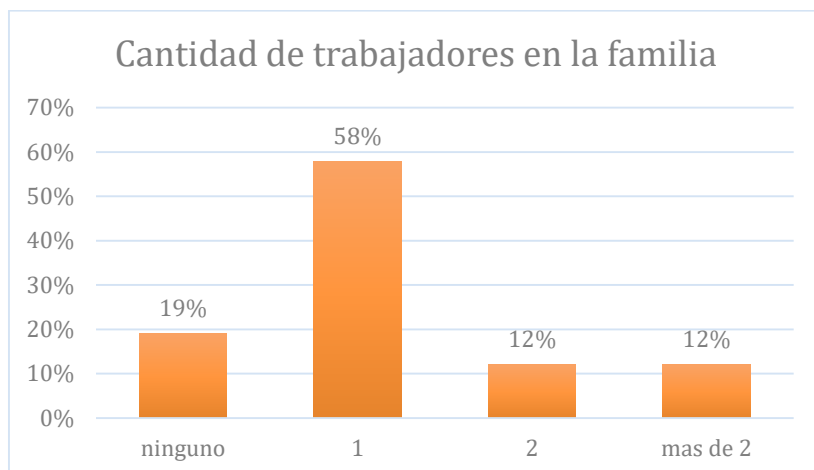
Resultados obtenidos con respecto al tercer objetivo específico, “Caracterizar la condición de vulnerabilidad socio-económica que presentan las familias”.

Dicho objetivo, permitió conocer el nivel de vulnerabilidad que presentan las familias que compusieron la muestra. Se tuvieron en cuenta las características habitacionales y de ingreso económico mensual.

La mayoría de los integrantes de la muestra viven en una casa, con calefacción, agua corriente y baño propio. Sin embargo, en más de la mitad su ingreso es menor al salario mínimo, tomando como referencia el salario al mes de febrero de 2019 de \$11.300.

En algunos casos, la cantidad de convivientes de las familias superan los 5 integrantes, siendo uno solo de ellos quien realiza el aporte económico.

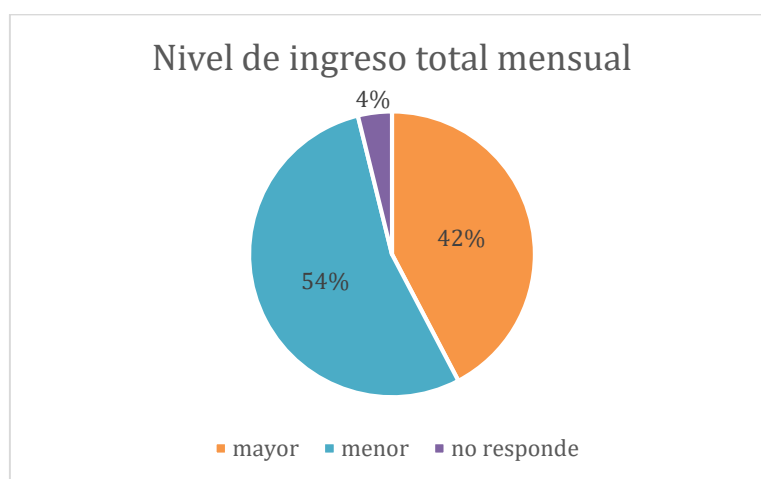
Gráfico 25: Cantidad de trabajadores en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que dentro del totalidad de la muestra, el 58% tiene un trabajador en la familia, el 12% dos trabajadores y el 12% más de dos. En el 19% de las familias, no había trabajadores.

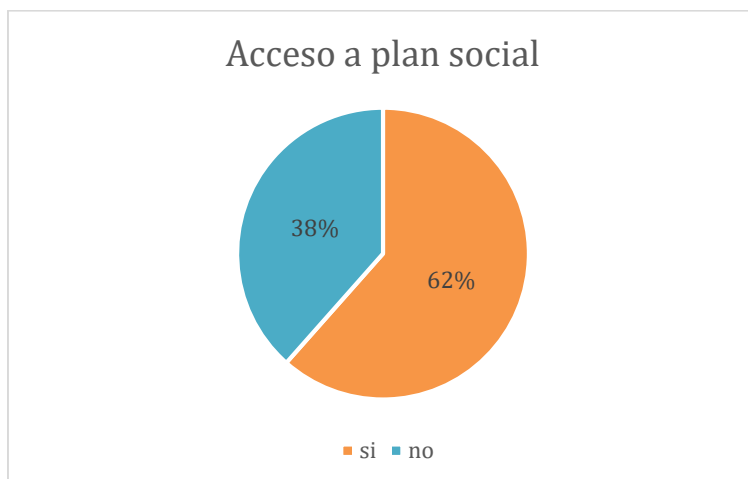
Gráfico 26: Nivel de ingreso total mensual de la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que, de 16 familias, un 54% posee un nivel de ingreso menor al salario mínimo y un 42% mayor al salario mínimo, teniendo en cuenta el salario mínimo de febrero de 2019. El 4% no respondió.

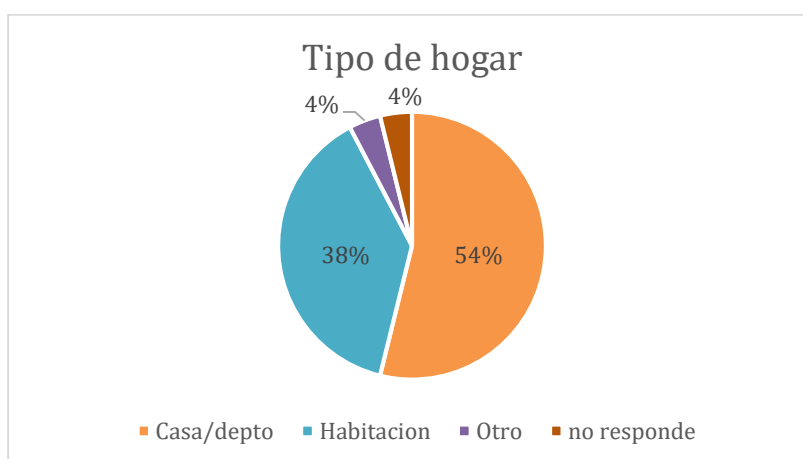
Gráfico 27: Acceso a plan social de la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

El gráfico, expone que un 62% de las familias tiene acceso a un plan social, mientras que el 38% no.

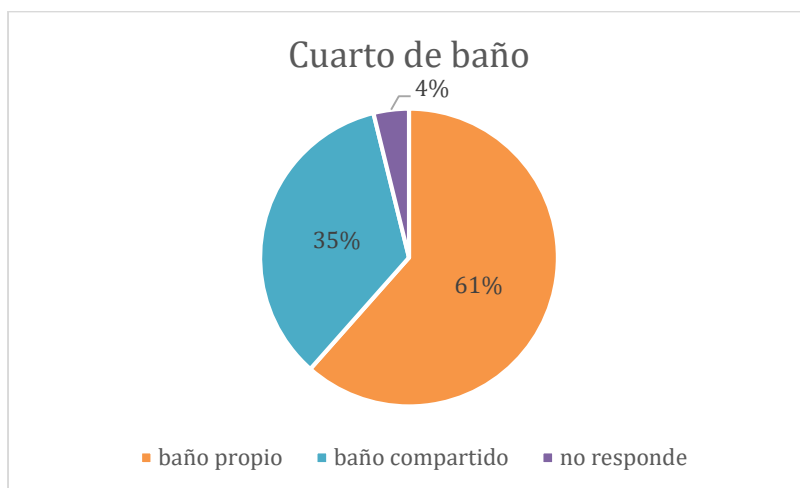
Gráfico 28: tipo de hogar de la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico 28, observamos que el 54% de las familias vive en una casa o departamento, el 38% vive en habitaciones, un 4% vive en otro tipo de hogar y un 4% no respondió.

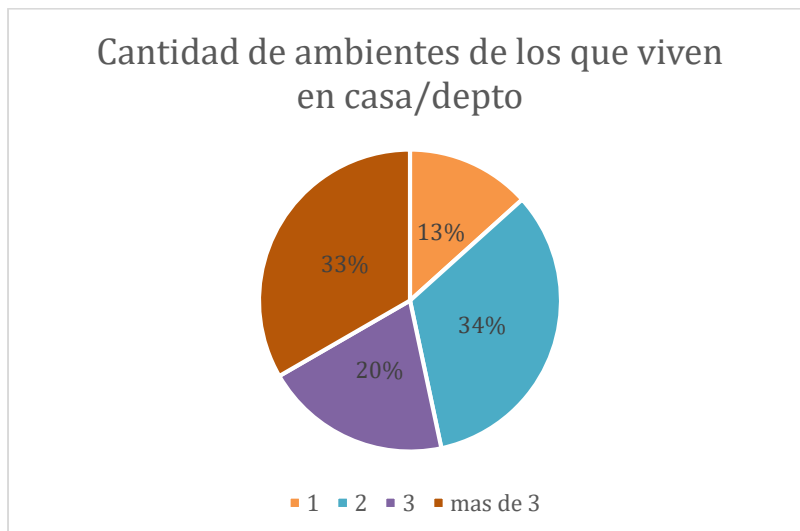
Gráfico 29: cuarto de baño en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

Respecto al cuarto de baño, un 61% de las familias posee baño propio, mientras que en el 35% el baño es compartido. Un 4% no respondió.

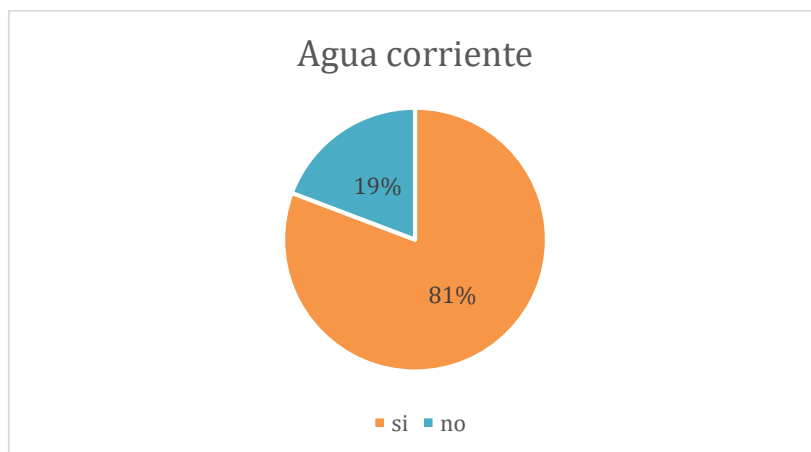
Gráfico 30: Cantidad de ambientes en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

Del total de las familias que viven en casa o departamento se observan que un 13% tiene un ambiente, un 34% tiene dos ambientes, un 20% tiene 3 ambientes y un 33% tiene más de tres ambientes.

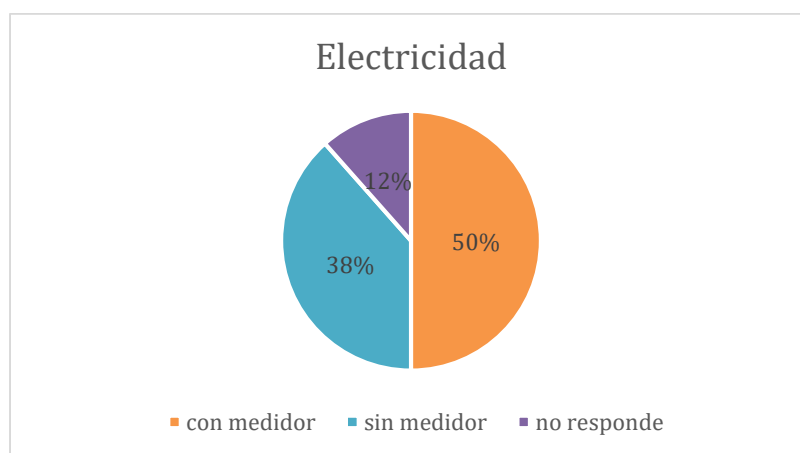
Gráfico 31: agua corriente en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico se expone que un 81% de las familias tiene acceso a agua corriente, mientras que un 19% no lo tiene.

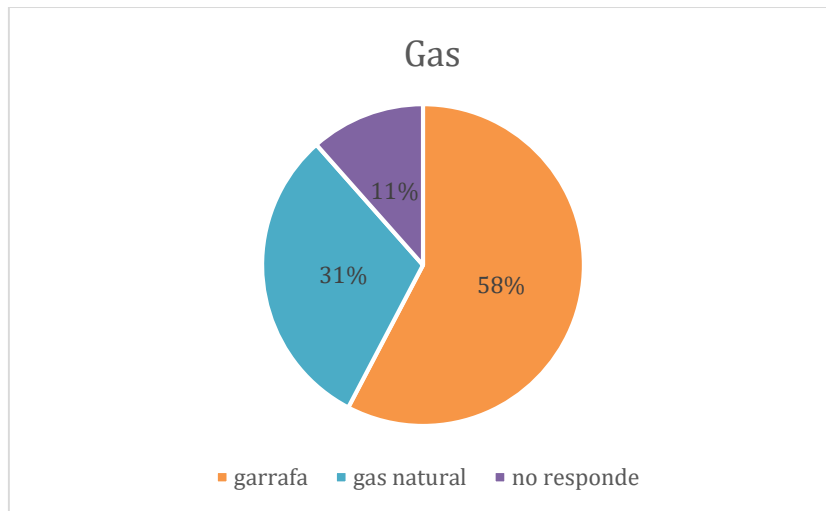
Gráfico 32: electricidad en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

De acuerdo a las características de la electricidad, la mitad de la muestra, es decir un 50%, tiene electricidad con medidor, un 38% no lo tiene y un 12% no respondió a la pregunta.

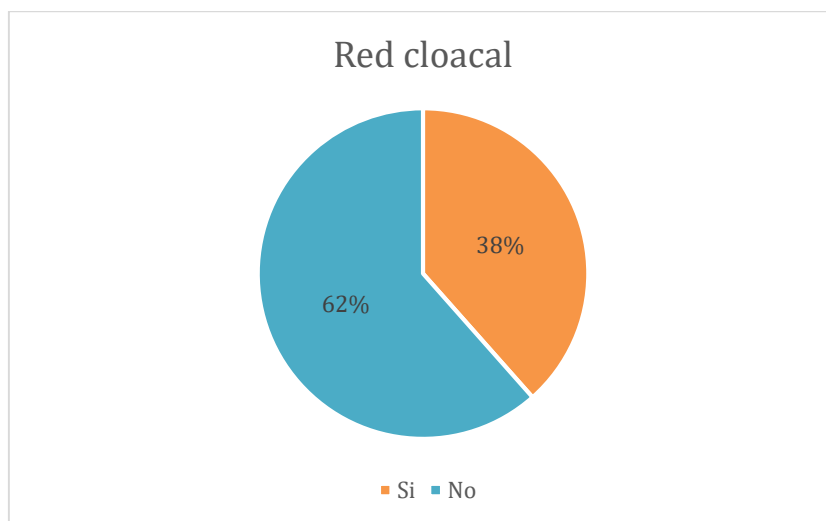
Gráfico 33: Gas en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

En el gráfico, se observa que un 31% de las familias posee gas natural, el 58% de las familias poseen gas a través de garrafas y el 11% no respondió.

Gráfico 34: red cloacal en la familia del niño de 0-4 años que concurre a CPI en CABA en 2019. (N=26)

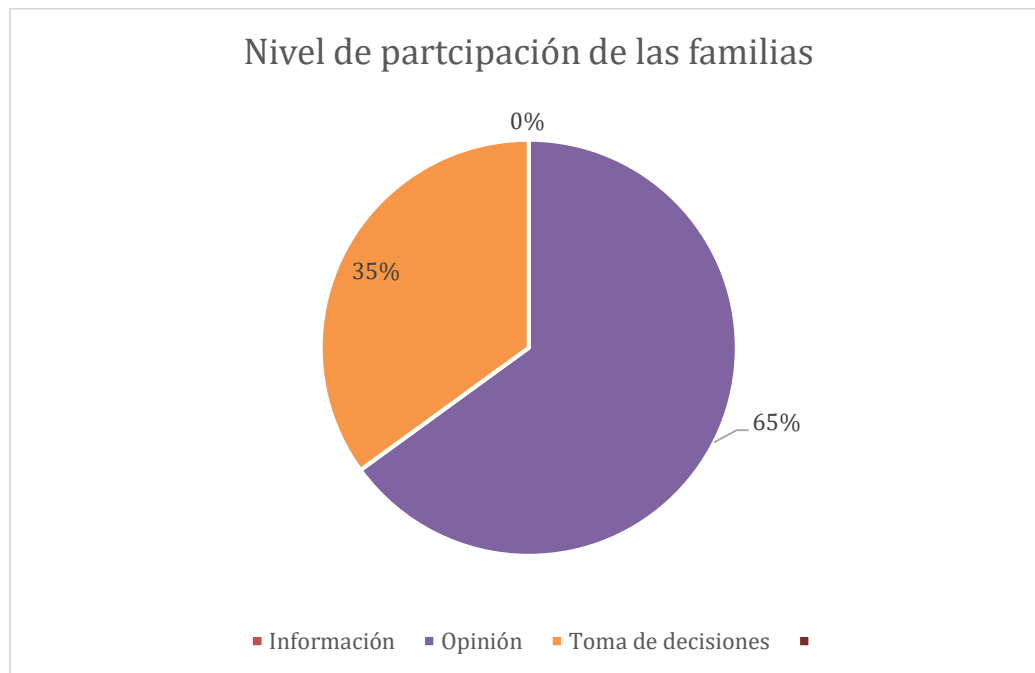


Fuente: base de datos de sistematización de la información obtenida en los legajos del CPI en los que concurren niños de 0-4 años en CABA en 2019.

De la totalidad de la muestra, solo el 38% de las familias posee red cloacal, el otro 62% no posee.

Resultados obtenidos con respecto al objetivo general, “Conocer el nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de sus hijos”.

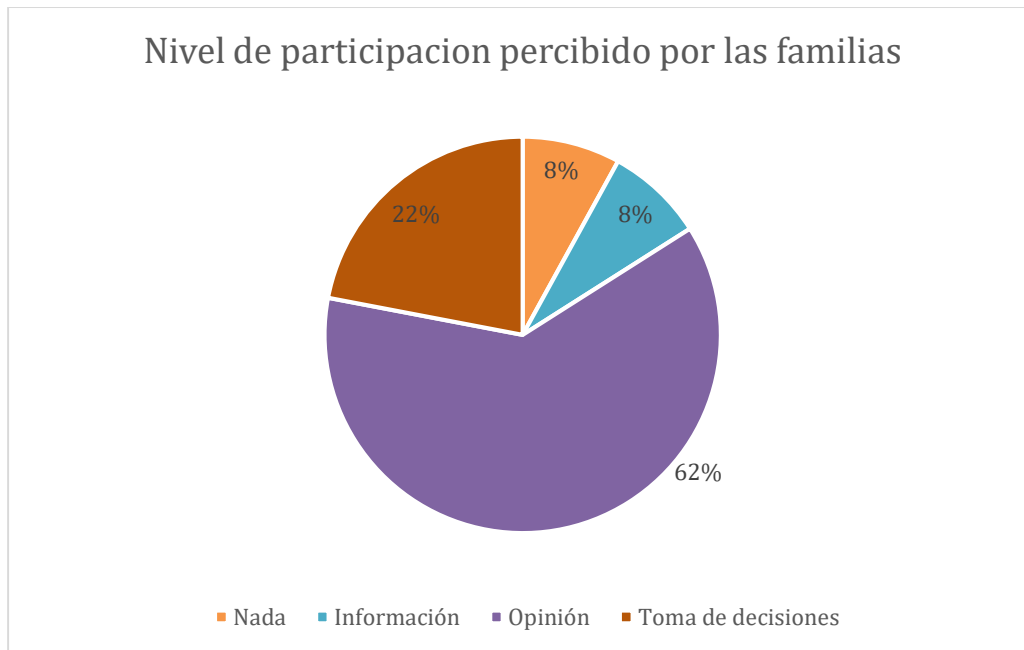
Gráfico 35: nivel de participación de las familias de los niños de 0-4 años que concurren al CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Respecto al nivel de participación, como se observa en el gráfico, el 65% de las familias posee el nivel de participación correspondiente a opinión y un 35% posee el de toma de decisiones.

Gráfico 36: nivel de participación percibido de las familias de los niños de 0-4 años que concurren al CPI en CABA en 2019. (N=26)



Fuente: base de datos de sistematización de las respuestas obtenidas a partir de la encuesta realizada a las familias de niños de 0 a 4 años que concurren al CPI en CABA en 2019.

Como se observa en el gráfico, el 62% de las familias perciben que tienen un nivel de participación correspondiente al de opinión, el 22% correspondiente al de toma de decisiones y un 8% en información y otro 8% que no posee información al respecto de ese cuidado para llevar a cabo una acción.

CONCLUSIONES

A partir de las encuestas realizadas y de los resultados obtenidos, el presente trabajo de investigación ha conseguido cumplir con los objetivos específicos, y de este modo con el objetivo general. En base a esto, se desarrolla a continuación las diferentes conclusiones con respecto a cada objetivo, para luego finalizar con una conclusión personal.

En cuanto al objetivo específico, *identificar el conocimiento que tienen las familias con respecto a los cuidados de salud de los niños*, hemos concluido, que, del total de las variables referidas al conocimiento, no existió diferencia significativa entre las que fueron respondidas de manera “esperable” con las respondidas como “no esperables”.

A diferencia del anterior, con respecto al objetivo específico, *conocer las acciones que llevan a cabo las familias con respecto a los cuidados de salud de sus hijos*, las familias han respondido en su mayoría de las variables referidas a las acciones de manera “esperable”.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todas las variables referidas a los cuidados de salud, en su mayoría las familias respondieron de manera “esperable”. Lo que nos permite conocer que las familias cuentan con información y acciones esperables en la mayoría de los cuidados de salud. Aun así, cabe destacar, que las respuestas “no esperables” se dieron mayormente en las variables referidas a conocimiento, lo que indica que el nivel de participación de las familias se ve afectado por la falta de información y no tanto por la manera en que desempeñan los cuidados de salud de sus hijos.

En cuanto al tercer objetivo específico, *caracterizar la condición de vulnerabilidad socio-económica que presentan las familias*, concluimos que la vulnerabilidad se vio representada en varios factores. Más de la mitad de las familias entrevistadas percibe un ingreso mensual menor al salario mínimo y también más de la mitad recibe ayuda a través de un plan social. El ingreso mensual se ve relacionado que alrededor del 60% de las familias cuenta con un solo trabajador.

Si la estructura familiar, los vínculos y recursos que tiene una persona se ven afectados, limita las posibilidades de crecer sano, desarrollarnos y de ejercer plenamente la ciudadanía como también poder tomar decisiones.

Teniendo en cuenta y habiendo analizado todas las respuestas referidas a los cuidados de salud, podemos concluir que el nivel de participación que tienen las familias predominantemente es el de "Opinión". Por esto mismo, la hipótesis planteada ha sido verificada. Lo que nos demuestra que los resultados obtenidos en relación al nivel de participación, se condicen con los planteados previos al desarrollo de la investigación.

Luego de haber atravesado y concluido el proceso de investigación, se concluye que los aportes de esta investigación contribuyen al área Comunitaria de Terapia Ocupacional, al posibilitar asesorar, informar, y dar a conocer a las familias en condición de vulnerabilidad socio-económica sobre los cuidados de salud recomendados para contribuir a una adecuada calidad de vida de sus hijos.

Por otro lado, se considera importante la continuidad de los CPI como política pública, que permita aumentar y fortalecer los niveles de participación de cada familia, brindando información y acompañamiento. Esto permitiría el empoderamiento y el ejercicio de la responsabilidad familiar en el desarrollo de los niños y disminuir la vulnerabilidad producto de su condición socio-económica.

Además, se estima que la figura de un terapeuta ocupacional dentro de esta institución podría propiciar un análisis continuo de las problemáticas o necesidades que las familias presentan en relación con el desempeño de sus ocupaciones.

De tal modo que, junto con los demás profesionales de la institución, podrían desarrollar un abordaje interdisciplinario con el objetivo de favorecer y fortalecer la participación de las familias en los cuidados de la salud de sus niño/as y por consiguiente la mejora en la calidad de vida de estos.

Por lo mencionado anteriormente, como aporte de nuestra profesión y a modo de cierre del trabajo dentro del CPI, se propuso realizar un taller de primeros auxilios, que surgió a partir de la necesidad planteada por las familias al momento de tomar el instrumento. El mismo no pudo llevarse a cabo debido a la poca convocatoria, sin embargo, se dejaron los folletos realizados para este encuentro a disposición de la institución para que se entreguen a las familias.

Para finalizar, este trabajo de investigación creemos puede ser la base para futuras investigaciones en torno a la temática, no solo desde el ámbito de la terapia ocupacional sino también como objeto de estudio para otras disciplinas. Proponemos que se realice, por ejemplo, una comparación exhaustiva con respecto al nivel de participación real de las familias con el nivel de participación percibido por las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Abelenda, J; Kielhofner, G; Suarez-Balcazar, Y; Kielhofner, K. (2007). "El modelo de la ocupación humana como herramienta conceptual para entender y hacer frente al apartheid ocupacional" en Kronenberg, Simó Algado, Pollard, *Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 185-198). Madrid, España: Panamericana.
- Anne Neville, Ruth Levine, Roan Barris, G. Kielhofner. *Modelo de la Ocupación Humana*, cap. IV "Ocupación como interacción con el ambiente", traducido por, To Marcela Mercado, revisado por Gloria de las Heras. (1995).
- Arellano, Viviana Mabel, Lic.Vega, María Carlota implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. (2005).
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional*. 2° Edición.
- Bottinelli, M; "Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento complejo". 1ra edición. Buenos Aires, Gráfica Hels, 2003.
- Burgman, I; King, A. (2007). "La presencia de la espiritualidad infantil: sobrevivir en un mundo de marginación" en Kronenberg, Simó Algado, Pollard, *Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp.154-167). Madrid, España: Panamericana.
- Buzzelli, C; De Tezanos Pinto, V; Zerrboni, C. (2017). *Desarrollo de habilidades de motricidad fina en niños que asisten a sala de 3 años en jardines de infantes, en situación de pobreza: Estudio sobre la intervención de Terapia Ocupacional*. Tesis de Licenciatura UNSAM, Buenos Aires.
- Castel Robert, "Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares." 1991 disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>
- Cieri, P. (2014). "Historia, evolución y estado actual de la RBC y APS en la Argentina desde la perspectiva de terapia ocupacional", *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 51:1,35-46, DOI: 10.1179/obt.2005.51.1.007

- Convención Internacional de los Derechos sobre el Niño (1989). Nueva York (Estados Unidos).
- Dias Barros, D; Garcez Ghirardi, M; Esquerdo Lopes, R. (2007). "Terapia ocupacional social: una perspectiva sociohistórica" en Kronenberg, Simó Algado, Pollard, Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. (pp.141-153). Madrid, España: Panamericana.
- Dirección general de coordinación operativa y capacitación. Secretaria de la mujer, niñez, adolescencia y familia. Gobierno de Córdoba "La situación de vulnerabilidad social desde la infancia y la adolescencia".
- "El derecho a la salud. Concepciones, representaciones, prácticas y participación social. Reflexiones en Terapia Ocupacional". En coautoría. XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 4 al 7 de mayo de 2010. Santiago de Chile. Chile. Exposición oral. Resumen publicado en <http://www.wfot.org>. Trabajo publicado electrónicamente en la página web de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. (AATO) 2010. www.aato.org.ar http://www.terapiaocupacional.or.ar/ser_bib_der_sal.asp
- Fernández Moya, J. (2006) En busca de resultados. Ed. de la Universidad del Aconcagua. Recuperado en : http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/171/libro-en-busca-de-resultados-2-ed.-completo.pdf
- Galheigo, S; Simó, S.(2012). "Maestras de la Terapia Ocupacional. Sandra Galheigo: La poderosa emergencia de la terapia ocupacional social". TOG 2012. Volúmen 9, pp 1-41. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/maestros.pdf>.
- Galheigo, S. (2007). "Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas" en Kronenberg, Simó Algado, Pollard, Terapia ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. (pp.85-97). Madrid, España: Panamericana.
- Geilfus, F. 2000. 80 Herramientas para el Desarrollo Participativo. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) - GTZ. San Salvador.
- Gil-Lacruz, Marta; Gil-lacruz, Ana Isabel; Aguilar Palacio, Isabel "Vulnerabilidad socioeconómica en un vecindario como determinante de la utilización y

frecuentación de servicios sanitarios”. Publicado en el volumen 14, n°38 de la biblioteca electrónica scielo. Murcia, España,2015.

- Gobierno de la ciudad de Buenos Aires recuperado de:
<http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/ninezyadolescencia/ninez/centros-de-primera-infancia>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires recuperado en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/como-funcionan-los-72-centros-de-primera-infancia-de-la-ciudad>
- Golovanevsky, L. (2007). Vulnerabilidad Social: una Propuesta para su Medición en Argentina. Revista de Economía y Estadística, Cuarta Época, Vol. 45, No. 2 (2007), pp. 53-94.
- Labrador, Cristina Delegada Española en Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales 2004.
- Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente, República Argentina.
- Louro Bernal, Isabel, “ Manual para la intervención en la salud familiar” 2002,pp 11 disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual para la intervencion en la salud familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf)
- Menéndez, Eduardo L., “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social” en Dimensión Antropológica, vol. 5, septiembre-diciembre, 1995, pp. 7-37. Disponible en: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1499>.
- Ministerio de Salud recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_ryc_contenidos
- Ministerio de Educación Nacional Bogotá (2005), “Lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables”.
- Molina Milman, H. Capítulo 1: Política pública de infancia en el desarrollo infantil temprano, en UNICEF, Crecer Juntos para la primera infancia (Pág. 14-26) Argentina.
- Mulligan, S. “Terapia Ocupacional en Pediatría, Proceso de Evaluación”. Capítulo 3. Editorial Panamericana. Buenos Aires - Madrid, 2006
- Paganizzi, L. (2015). T.O en comunidad-Comunidad en T.O. Presentado en el IX Congreso Argentino de T.O. En Paraná, Entre Ríos, septiembre de 2015.

- Paolicchi, Graciela; Colombres, Raquel; Pennella, Maria, Maffezzoli, Mabel; Botana, Hilda; Cortona, Paula; Olleta, Maria Valeria; Garica Labandal, Livia; Garau, Andrea (2006) “El juego como dispositivo de intervención ante la fragilidad actual de las instituciones sociales”. Publicado en el volumen XIV del anuario de investigaciones de la Secretaría de investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Periotti Liliana, Capítulo 1: Políticas públicas integrales para la infancia, en UNICEF, Crecer Juntos para la primera infancia (Pág. 10 -12) Argentina.
- UNICEF(Chile) “primera infancia” disponible en:
<http://unicef.cl/web/primera-infancia/#seccion11>
- Rubio, J, Varas, J; “El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación”. Editorial CCS. Buenos Aires, 1999.
- Samaja, J; “Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica”. Editorial Eudeba. Buenos Aires, 2002.
- Recomendaciones para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes.
Hospital Garrahan recuperado
en:http://www.garrahan.edu.ar/pluginfile.php/1233/mod_page/content/19/Recomendaciones%20para%20el%20cuidado%20de%20la%20salud%20de%20ni%C3%B1os%20y%20adolescente.pdf
- Robirosa, M., Cardarelli, G. y A. Lapalma. 1990. Turbulencia y Planificación Social (Cap. I.)
- Cuidados en la primera infancia fundación Navarro Viola.
<http://www.fnv.org.ar/cuidados-en-primera-infancia/>
- Villamil Fonseca, Nevado Barriga, “El autocuidado de la salud, una responsabilidad asumida por otros”2002, pp 44- 47 disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/304/30400706.pdf>

ANEXO

Codificaciones:

Para la variable *Nacionalidad*:

- A corresponderá a Argentina.
- E corresponderá a Extranjero.

Para la variable *Nivel de Estudios Alcanzados*:

- PC: primero completo.
- PI: primario incompleto.
- SC: secundario completo.
- SI: secundario incompleto.
- Se.C: secundario en curso.
- O: otros.
- TC: terciario completo.
- T I: terciario en curso.
- U: universitario.

Para la variable *Ingreso Total Mensual*:

- Menor corresponde al valor menor al salario mínimo.
- Igual corresponde al valor igual al salario mínimo.
- Mayor corresponde a mayor al salario mínimo.

Para la variable *Acceso a alguna ayuda/plan Social*:

- AUH corresponde a asignación universal por hijo.
- CP corresponde a ciudadanía porteña.
- AF corresponde a asignación familiar.
- SF corresponde a sostenimiento familiar.

Para la variable *Conocimiento de la frecuencia ideal del baño en los niños*:

- 1 corresponde a diaria.
- 2 corresponde a cada dos días.
- 3 corresponde a semanal.
- 4 corresponde a otra.

Para la variable *Medición de la temperatura del agua*:

- T corresponde a termómetro.
- M corresponde a mano.
- C corresponde a codo.

Para la variable *Conocimiento de la higiene bucal en bebés*:

- G corresponde a gasa.

- CdD corresponde a cepillo de dientes.
- corresponde a otros.

Para la variable *Conocimiento de la ropa adecuada para el bebé:*

- 1 corresponde a Ropa de algodón de colores claros
- 2 corresponde a Ropa de lana de colores claros
- 3 corresponde a Ropa de algodón de colores oscuros
- 4 corresponde a Ropa de lana de colores oscuros
- 5 corresponde a Otros.

Para la variable *Frecuencia de ventilación:*

- 1 corresponde a todos los días.
- 2 corresponde a día por medio.
- 3 corresponde a una vez por semana.
- 4 corresponde a otro.

Para la variable *Frecuencia de retirado de basura:*

- 1 corresponde a diaria.
- 2 corresponde a cada dos días.
- 3 corresponde a semanal.
- 4 corresponde a otra.

Para la variable *Relación de conceptos con término de sexualidad:*

- 1 corresponde a sexo.
- 2 corresponde a genitales.
- 3 corresponde a cuidados anticonceptivos.
- 4 corresponde a género femenino- género masculino.
- 5 corresponde a otros.

Para la variable *Términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos:*

- 1 corresponde a sexo.
- 2 corresponde a genitales.
- 3 corresponde a cuidados anticonceptivos.
- 4 corresponde a género femenino- género masculino.
- 5 corresponde a otros.

Para la variable *Alimentos saludables:*

- L corresponde a leche.
- P corresponde a pan.
- C corresponde a carne.
- V corresponde a verduras.
- J corresponde a jugo.
- G corresponde a golosinas.

Para la variable *Situaciones en la que es importante lavarse las manos para la manipulación de alimentos*:

- 1 corresponde a antes de preparar cualquier alimento.
- 2 corresponde a después de ir al baño.
- 3 corresponde a luego de cambiar los pañales.
- 4 corresponde a después de tocar carne cruda.
- 5 corresponde a ninguno.
- 6 corresponde a todos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Somos estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín. Estamos realizando un trabajo de investigación, para la obtención de nuestro título profesional de Licenciadas.

El tema de dicha investigación es acerca del nivel de participación de las familias en los cuidados de la salud de niños entre 0 y 4 años de edad.

Necesitamos de su colaboración para la realización de dicho trabajo, respondiendo a la encuesta que se adjunta a continuación.

Le comunicamos que la información obtenida a través de esta encuesta será mantenida bajo estricta confidencialidad de acuerdo a lo que establece la Ley Nº 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Esto significa que los datos personales no serán divulgados públicamente y serán utilizados únicamente por el equipo de investigadores, en el contexto de esta investigación.

Los resultados de la investigación se encontrarán a su disposición una vez finalizada la misma.

Tome el tiempo que necesite para leer este documento cuidadosamente y realice las preguntas que desee antes de decidir si desea participar.

Usted tiene el derecho de revocar el consentimiento para la participación de esta investigación en cualquier momento.

Este trabajo no implica ningún riesgo ni recibe ningún beneficio.

Tampoco recibirá una compensación por participar.

Desde ya agradecemos por su colaboración. Estamos disponibles ante cualquier duda al respecto.

Investigadoras: María Belén Durigón (mbdurigon@gmail.com), Lucía Schenone (luu.2205@gmail.com), Camila Tonel (camitonel@gmail.com).

He leído el procedimiento descrito. Las investigadoras me han explicado a cerca del trabajo que llevarán a cabo. **He recibido copia de este procedimiento.**

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este trabajo:

SI

NO

Fecha:

Firma y aclaración del participante:

Firma y aclaración del investigador:

INSTRUMENTO

Encuesta

El siguiente cuestionario se divide en una parte A, la cual tiene como objetivo recoger datos y características de la composición familiar, hogar y barrio en el que vive, en la parte B tiene como fin conocer la información que usted tiene en los cuidados de la salud, mientras que en la parte C, el objetivo es que usted determine el nivel de participación en los cuidados de la salud de sus hijos de entre 0 a 4 años de edad.

Todas las respuestas dadas por usted son importantes, por lo tanto, no hay respuestas buenas ni malas. Lo único que importa es su veracidad.

Nos comprometemos como investigadoras a que los datos que usted proporcione en esta encuesta se mantengan bajo un carácter anónimo, voluntario y confidencial, siendo nosotras las únicas que recogeremos estos datos.

Se le solicita leer con atención la misma y responder de forma prudente, ya que la veracidad de las respuestas depende el resultado de nuestra investigación.

PARTE A

En algunos ítems deberá marcar con una X, siendo en algunos casos más de una la respuesta, mientras que en otros completará la información solicitada.

A quién responde la encuesta:

- **Edad:**
- **Nacionalidad**

Argentina

Extranjero

(especifique):

- **Nivel de estudios alcanzados**

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Otro (especifique):

- **Parentesco con el niño**

Madre

Padre

Abuela/o

Tutor

Otro (especifique):

- **¿Asiste más de un niño que esté a cargo suyo al CPI? en caso de responder si especificar la cantidad.**

Si Cantidad:

No

- **Edad del/los niño/s**

Mencione la edad del niño o de cada uno de ellos.

Respecto a la familia:

- **Por quienes se compone su familia conviviente**

Pareja

Hijo/s

Madre

Padre

Suegro

Suegra

Otros

- **Cantidad de personas que conviven en su hogar**

1

2

3

Mas de 3

- **Cantidad de trabajadores en la familia**

1

2

Mas de 2

Ninguno

- **A qué se dedica?**

- **Recibe alguna ayuda/plan social (en caso de contestar si, especificar cuál)**

Si ¿Cuál?

No

- **Nivel de ingreso total mensual (teniendo en cuenta el mínimo \$11.300)**

Menor al salario mínimo

Salario mínimo

Mayor al salario mínimo

- **Describa las características del hogar (tipo de vivienda, cantidad de ambientes, cantidad de habitaciones, baño, cocina)**
- **Describa las características del barrio en el que vive (estado de calles, cercanía al transporte, escuela, hospital, etc)**

PARTE B

En algunos ítems deberá marcar con una X, siendo en algunos casos más de una la respuesta, mientras que en otros completará la información solicitada.

CUIDADOS DE LA SALUD

Controles de salud

- ¿Con qué frecuencia debe llevar al niño al pediatra?
- Menor a 12 meses, todos los meses
- Entre 12 y 18 meses, cada dos meses
- Entre 18 y 24 meses, cada tres meses

- Entre 2 y 3 años, cada seis meses
- Una vez al año

- ¿Varía la frecuencia según la edad de sus hijos?

Si

No

Cuidados del bebé

- ¿Conoce el calendario nacional de vacunación?

Si

No

- ¿Tiene el carnet de vacunas al día?

Si

No

Higiene personal:

- ¿Cuál cree que es la frecuencia ideal de baño de su/s hijo/s?

Diaria

Cada dos días

Semanal

Otra

- ¿Cuál es la temperatura ideal del agua antes de realizar el baño?

25°

36°

38°

Más de 38°

- ¿Cómo mide la temperatura del agua?

Termómetro

Codo

Mano

Higiene bucal:

- ¿Cómo se realiza adecuadamente la higiene bucal en bebés?
Gasa
Cepillo de dientes
otros
- ¿A qué edad se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal?

1 año

2 años

Más de 2 años

- ¿Cómo realiza la higiene bucal de su/s hijo/s?

Control de esfínteres:

- ¿Tiene hijos en etapa de uso de pañales?

Si

No

- Mencione con qué elementos realiza la limpieza y el cambio de pañales

- ¿A qué edad un niño está en condiciones de dejar los pañales?

1 año

2 años

3 años

Más de 3 años

Vestimenta

- ¿Cuál es la ropa adecuada para los bebés?

Ropa de algodón de colores claros

Ropa de lana de colores claros

Ropa de algodón de colores oscuros

Ropa de lana de colores oscuros

Otro

Ambiente saludable

- ¿Alguna de las personas que convive en el hogar es fumadora?

Si

No

- ¿Fuma dentro del hogar?

Si

No

- ¿Ventila el hogar?

Si

No

- ¿Con qué frecuencia?

Todos los días

Día por medio

Una vez por semana

Otro

- ¿Utiliza algún método para calefaccionar el hogar?

Si

No

¿Cuál?

Agua potable

- ¿Tiene acceso a agua potable en su hogar?

Si

No

- ¿Qué agua consume?

Manejo de la basura en el hogar

- ¿Dónde coloca la basura del hogar?
- ¿Con qué frecuencia saca la basura?

Diaria

Cada dos días

Semanal

Otra

Salud sexual

- ¿Con qué podría relacionar el término sexualidad? Marque con una x aquellos que correspondan.

Sexo

Genitales

Cuidados anticonceptivos

Género femenino- género masculino.

Otros. ¿Cuales?

- ¿Cuáles de los anteriormente seleccionados cree que es necesario hablar con sus hijos? (de 0 a 4 años)

Sexo

Genitales

Cuidados anticonceptivos

Género femenino- género masculino.

Otros. ¿Cuales?

- ¿Enseña a sus hijos a reconocer sus genitales como partes íntimas y privadas?

Si

No

- ¿Cree que tiene la información adecuada para hablar con sus hijos de este tema?

Si

No

Alimentación

- Indique cuales de estos alimentos considera saludables.

Leche

Pan

Carne

Jugo

Verduras

Golosinas

- Indique con qué frecuencia consume cada uno de estos alimentos.

Leche

Pan

Carne

Jugo

Verduras

Golosinas

- Indique en qué casos es necesario lavarse las manos para la adecuada manipulación de alimentos.

Antes de preparar cualquier alimento

Después de ir al baño

Luego de cambiar los pañales

Después de tocar carne cruda

Ninguno

Todos

Primeros auxilios

- ¿Qué haría ante una emergencia con su/s hijo/s?
- ¿Conoce los números de emergencias médicas? en caso de responder que sí indicar cuales

Si

No

PARTE C

En la siguiente grilla deberá marcar con una X, el nivel de participación que usted considere que posee sobre cada cuidado de la salud.

	No cuento con la información adecuada	Tengo la información pero necesito de ayuda para actuar	Tengo la información, actúo, puedo opinar y sugerir sobre el tema	Tengo información abundante, actúo con compromiso reconociendo la importancia
Controles de salud				
Cuidados del bebé				
Higiene personal				
Higiene bucal				
Control de esfínteres				
Vestimenta				
Ambiente saludable				
Agua potable				
Manejo de la basura en el hogar				
Salud sexual				
Alimentación				
Primeros				

auxilios				
----------	--	--	--	--

- ¿Desea recibir información sobre algún tema en particular?

Si

No

- Desea recibir esa información a través de:

Informe

Taller

¡Muchas gracias por su colaboración!

TABLAS DE FRECUENCIA

Tablas utilizadas para la caracterización de la muestra:

Nacionalidad	FA	FR	F%
Argentino	11	0,58	58%
Extranjero	15	0,42	42%
Total	26	1	100%

Parentesco con el niño	FA	FR	F%
Madre	25	0,96	96%
Padre	0	0	0%
abuelo/a	1	0,04	4%
Tutor	0	0	0%
Otro	0	0	0%
Total	26	1	100%

Nivel de estudios alcanzados	FA	FR	F%
primario incompleto	0	0	0%
primario completo	3	0,11	11%
secundario incompleto	9	0,35	35%
secundario completo	9	0,35	35%
otro	5	0,19	19%
total	26	1	100%

Tablas utilizadas para el primer objetivo específico:

Frecuencia de la consulta pediátrica según la edad del niño que tiene a cargo quien responde	FA	FR	F%
Esperable	9	0,35	35%
No esperable	17	0,65	65%

No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Conocimiento del calendario nacional de vacunación	FA	FR	F%
Esperable	17	0,65	65%
No esperable	9	0,35	35%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Temperatura ideal del agua para realizar el baño	FA	FR	F%
Esperable	7	0,27	27%
No esperable	19	0,73	73%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Edad en la que un niño está en condiciones de dejar los pañales	FA	FR	F%
Esperable	15	0,58	58%
No esperable	11	0,42	42%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Conocimiento de la higiene bucal en bebés	FA	FR	F%
Esperable	8	0,31	31%
No esperable	18	0,69	69%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Conocimiento de la frecuencia ideal del baño en los niños	FA	FR	F%
Esperable	24	0,92	92%
No esperable	2	0,08	8%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Edad en la que se comienza a usar pasta dental para la higiene bucal	FA	FR	F%
Esperable	17	0,65	65%
No esperable	9	0,35	35%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Relación de conceptos con término de sexualidad	FA	FR	F%
Esperable	7	0,27	27%
No esperable	19	0,73	73%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Términos sobre sexualidad necesarios para dialogar con los hijos	FA	FR	F%
Esperable	1	0,04	4%
No esperable	25	0,96	96%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Conocimiento de los números de emergencias médicas	FA	FR	F%
Esperable	8	0,31	31%
No esperable	18	0,69	69%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Tablas utilizadas para el segundo objetivo específico:

Variación de la frecuencia pediátrica	FA	FR	R%
Esperable	19	0,73	73%
No esperable	1	0,04	4%
No responde	6	0,23	23%
Total	26	1	100%

Carnet de vacunación al día	FA	FR	F%
Esperable	23	0,88	88%
No esperable	3	0,12	12%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Medición de la temperatura del agua	FA	FR	F%
Esperable	6	0,23	23%
No esperable	20	0,77	77%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Frecuencia de ventilación	FA	FR	F%
Esperable	22	0,85	85%

No esperable	4	0,15	15%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Método de calefacción	FA	FR	F%
Esperable	16	0,62	62%
No esperable	10	0,38	38%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Elementos para el cambio de pañal	FA	FR	F%
Esperable	12	0,46	46%
No esperable	11	0,42	42%
No responde	3	0,12	12%
Total	26	1	100%

Enseñanza en el reconocimiento de sus genitales	FA	FR	F%
Esperable	15	0,58	58%
No esperable	11	0,42	42%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Acciones ante una emergencia	FA	FR	F%
Esperable	5	0,19	19%
No esperable	21	0,81	81%
No responde	0	0	0
Total	26	1	100%

Tablas utilizadas para el tercer objetivo específico:

Nivel de ingreso total mensual	FA	FR	F%
Mayor	11	0,42	42%
Menor	14	0,54	54%
no responde	1	0,04	4%
Total	26	1	100%

Cantidad de trabajadores en la familia	FA	FR	F%
Ninguno	5	0,19	19%
1	15	0,58	58%
2	3	0,12	12%
Más de 2	3	0,12	12%
Total	26	1	100%

Acceso a alguna ayuda/ plan social	FA	FR	F%
Sí	16	0,62	62%
No	10	0,38	38%
Total	26	1	100%

Cantidad de ambientes	FA	FR	F%
1	2	0,14	14%
2	5	0,33	33%
3	3	0,2	2%
Más de 3	5	0,33	33%
Total	15	1	100%

Tipo de hogar	FA	FR	F%
Casa/depto.	14	0,54	54%
Habitación	10	0,38	38%
Otro	1	0,04	4%
No responde	1	0,04	4%
Total	26	1	100

Cuarto de baño	FA	FR	F%
Baño propio	16	0,61	61%
Baño compartido	9	0,35	35%
No responde	1	0,04	4%
Total	26	1	100%

Agua corriente	FA	FR	F%
Si	21	0,81	81%
No	5	0,19	19%
Total	26	1	100%

Electricidad	FA	FR	F%
Con medidor	13	0,5	50%
Sin medidor	10	0,38	38%
No responde	3	0,12	11%
Total	26	1	100%

Gas	FA	FR	F%
Garrafa	15	0,58	58%
Gas natural	8	0,31	31%
No responde	3	0,11	11%

Total	26	1	100%
-------	----	---	------

Red Cloacal	FA	FR	F%
Si	10	0,38	38%
No	16	0,62	62%
Total	26	1	100%

Cruce de variables utilizada para el tercer objetivo específico:

Cantidad de personas que conviven	Cantidad de ambientes				Total
	1	2	3	Más de 3	
Hasta 3	8	0	0	1	9
	89%	0%	0%	11%	100%
Hasta 6	4	3	2	1	10
	40%	30%	20%	10%	100%
Hasta 9	1	2	1	3	7
	14%	29%	14%	43%	100%
Total	13	5	3	5	26
	50%	19%	12,00%	19%	100%

Tablas utilizadas para el objetivo general:

Nivel de participación de las familias	FA	FR	F%
Información	0	0	0
Opinión	17	0,65	65%
Toma de decisiones	9	0,35	35%
Total	26	1	100%

Nivel de participación percibido	FA	FR	F%
Nada	2	0,08	8%
Información	2	0,08	8%
Opinión	16	0,62	62%

Toma de decisiones	6	0,22	22%
Total	26	1	100%