

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

Dr. José Angel Vera-Noriega*

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la relación que existe entre la higiene del hogar, la mamá y el niño y las estimaciones de riesgo y personalidad de la madre y a su vez, evaluar si existe un impacto diferencial en infantes y preescolares, con y sin enfermedad y niños y niñas. Doscientas diez familias en la zona rural del Estado de Sonora fueron observados y entrevistados en sus casas para obtener datos sobre higiene, conocimientos y estimaciones de riesgo y características de conducta de la madre. Conocimientos, susceptibilidad percibida de enfermar del niño y la frecuencia de conducta adecuada son las tres variables que frecuentemente explican la conducta de higiene. Expresividad con la pareja, estilo de autoridad y estrés de la crianza son las características de la conducta de la madre que frecuentemente explican la higiene.

Palabras Clave: Higiene, estimaciones de riesgo, características del comportamiento de la madre, infantes y preescolares, zona rural.

SUMMARY

Research was conducted with the purpose of determining if there is a relationship between hygiene, mother and child, risk estimations, and mother's personlity; while at the same time finding out if there is a differential impact between infants and pre-shool children, healthy and sick children and boy and girls. Two hundred and ten families in rural zone of the State of Sonora were observed and interviewed in their houses in order to obtain data regarding hygiene, knowledge, perceived susceptibility of the child becoming sick, and the frequency of appropriate behavior are the three variable that frequently explain hygiene conduct. Couple expressiveness, style of authority, and child rearing stress are the characteristics of mother's behavior that frequently explain household hygiene.

Key word: Higyene, risk estimations, mother'sbehavioral characteristics, Infants and pre-school children, rural zone.

INTRODUCCION

Sabemos que el estado general del niño, de la madre y de la casa es un factor fundamental de riesgo que hace más probable la presencia de infecciones diarreicas (Martorell, 1985). Los problemas más comunes de salud en el niño del nacimiento hasta los seis años

se refieren a las enfermedades diarreicas y respiratorias. Las diarreas ocupan el segundo lugar, como causa de enfermedad y muerte, muy cerca de las infecciones agudas de vías respiratorias. El grupo etáreo más afectado es el de los lactantes, preescolares y escolares (Kumate, 1988). En la encuesta nacional de diarreas (Sepúlveda-Amor y Cols. 1986) se observó que un 16.3% de los niños menores de cinco años habían padecido algún episodio diarreico en las últimas dos semanas. La

* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.
Carretera a la Victoria Km. 6
Apdo. Postal 1735 Tel: 80-00-57 y 80-02-83 Fax: 80-00-55



mortalidad por esta causa fue cuatro veces mayor en la región del sureste que en la región norte del país; la proporción de las defunciones asociadas a diarrea fue el 50 y el 25% respectivamente.

La gran mayoría de las diarreas son de origen infeccioso, el riesgo de exposición al agente infeccioso depende de condiciones sanitarias ambientales. La respuesta del receptor a la gente varía según el estado inmunológico del primero y la dosis y virulencia del segundo.

El comportamiento higiénico se refiere a la forma en que las personas llevan a cabo las actividades domésticas y personales que se relacionan con la transmisión de infecciones. El comportamiento higiénico es importante porque afecta el grado de contaminación por bacterias y virus en el hogar.

Los microbios causantes de las diarreas se transmiten generalmente de persona a persona por la ruta fecal-oral. Los comportamientos higiénicos que influyen en la transmisión de diarrea por esta ruta son: a) dónde defecan las personas; b) si se lavan las manos después de defecar y antes de preparar y consumir los alimentos; c) cómo se elimina la materia fecal de los niños; d) cómo se guarda y usa el agua; e) cómo se guardan y se preparan los alimentos.

Suponemos que la higiene del niño, la madre y el hogar dependen no sólo de los recursos económicos y de infraestructura sanitaria sino además de los conocimientos, estimaciones de riesgo, y los rasgos de personalidad de la madre.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la relación que existe entre los parámetros de higiene y las estimaciones de riesgo y personalidad de la madre encargada del cuidado del niño, a su vez, si éstas afectan diferencialmente a los infantes y a los preescolares, a los niños con y sin riesgo a enfermar y finalmente a los varones y a las niñas.

METODO

Sujetos

Se trabajó con 210 familias de los municipios de San Pedro de la Cueva y Villa Pesqueira ubicados en la región Centro Oriente del Estado de Sonora.

Se seleccionaron aleatoriamente 35 familias cuyos niños tuvieran una edad entre el nacimiento y el primer año de vida y así sucesivamente 35 más para cada grupo etáreo por año en toda la banda hasta los seis años,

haciendo un total de 210 niños.

El 80% de los niños cumplían con el 100% de la adecuación dietaria recomendada (RDA, 1980) para el consumo de energía y proteína. Ninguno de los sujetos presentó desnutrición aguda o crónica.

MEDIDAS

a) Inventario de Higiene y Morbilidad. Se utilizó una lista de verificación (chequeo) para observar la higiene del niño, de la madre y de la casa. De la madre y el niño se observaron cinco puntos de la cara, de las extremidades superiores, de las inferiores y de la vestimenta, mientras que de la casa se observaba la cocina, el baño y la sala.

b) Conocimientos y Estimaciones de Riesgo. Los comportamientos preventivos que constituyen los contenidos del instrumento de evaluación son: 1) dónde defecan las personas; 2) si se lavan las manos; 3) cómo se elimina la materia fecal; 4) cómo se guarda y usa el agua; 5) cómo se preparan los alimentos. En base a estos contenidos se elaboraron las preguntas para conocimientos, frecuencias de conducta de riesgo y percepción de riesgo. Finalmente se incluyeron tres preguntas, una para evaluar percepción de riesgo, otra para controlabilidad y una última para susceptibilidad percibida. Esto último se evaluaba en una escala de cinco puntos en donde se describía de menor a mayor el rasgo que se quería medir.

c) Características de la Madre. Para evaluar la manera en que la madre percibe al niño se utilizó el índice de estrés de los padres (Abidin, 1992) considerando las subescalas de: distractibilidad (9 reactivos), aceptabilidad (7 reactivos), demanda (9 reactivos) que pertenecen a la dimensión del niño).

Por otro lado, se utilizó la escala multidimensional de autoritarismo, desarrollada por Vígano y Díaz-Loving, (1990) ajustada con el fin de obtener información sobre el ejercicio de la autoridad en relación con el niño. El instrumento utilizado consta de 39 reactivos con 5 opciones de respuesta que van de siempre a nunca redactados con el objeto de que la madre asuma la relación de una conducta con el niño.

Se utilizó la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para evaluar el estado anímico. Esta consta de 20 reactivos que se registran de 0 a 3 puntos de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma de semana anterior y el rango teórico fluctúa de 0 a 60.

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

* Dr. José Angel Vera Noriega.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

* Dr. José Angel Vera Noriega.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

Para fines de investigación, un puntaje de 16 o más se ha definido como indicador de niveles altos de sintomatología depresiva (Radloff, 1977).

Por otro lado, se evaluó el autoconcepto de la madre como pareja utilizando un instrumento de La Rosa (1986). De este instrumento se tomaron aquellos adjetivos bipolares que fueran de utilidad para describir la autopercepción como pareja.

Validez y Confiabilidad

Los instrumentos de medida fueron validados y confiabilizados en poblaciones similares a la objetivo utilizando el modelo conceptual de atributo-latente (Nunnally y Bernstein, 1975) que consistió en: 1) identificar el significado connotativo de los conceptos o conductas que la población considera pertenecen al constructo de interés (Reyes-Lagunes, 1993); 2) se obtuvo una muestra representativa de reactivos a partir del significado connotativo, en el que se refleja el atributo que queríamos medir (Reyes-Lagunes, 1991); 3) definir conceptualmente el atributo a medir; 4) se identificaron los indicadores del constructo que quería medirse para integrar el plan de la prueba; 5) obtener la delimitación de las dimensiones para cada una de las escalas, a través del análisis de reactivos (intercorrelación, consistencia entre reactivos, análisis factorial, correlación entre subescalas y confiabilidad test-retest).

PROCEDIMIENTO

Del registro de la Secretaría de Salud en las comunidades se obtuvieron las fechas de nacimiento entre el año y cinco años once meses. Del listado de embarazadas se eligieron al azar 30 niños recién nacidos. Se elaboró un código para cada niño con su fecha de

nacimiento, grupo étnico, localización y sección a la que pertenecía.

En una primera visita se llevaron a cabo las observaciones relacionadas con la higiene, y las preguntas sobre estado de salud del niño. En una segunda visita se obtuvieron las variables agrupadas bajo el rubro de características de la madre. Finalmente, en otra entrevista se llevó a cabo la obtención de información sobre frecuencias de conocimientos y conductas de riesgo.

RESULTADOS

Los datos absolutos fueron convertidos a puntuaciones tipificadas para después elaborar una matriz de correlación que nos permitiera observar que las dimensiones eran ortogonales. Después de esto siguiendo un procedimiento de análisis de regresión por pasos (stepwise) se estimaron los coeficientes beta y r cuadrada para las variables de estimación y personalidad definidas como variable criterio. Una ecuación se obtenía para niños reportados como enfermos y otra para niños sanos.

Después una para niños y otra para niñas y finalmente una para infantes y otra para preescolares.

Cuando los niños se reportaban enfermos tres variables de estimación tuvieron valores beta positivos y significativos: conocimientos, susceptibilidad y frecuencia de conducta adecuada (ver tabla 1). Esto implica que los niveles de higiene incrementan cuando el conocimiento y conducta adecuada de prevención se encuentran con puntajes altos, además de percibir al niño como muy susceptible de enfermar de diarreas. Por otro lado, dentro de las características de la madre que explican los niveles de higiene tenemos a la permisividad y expresividad con la pareja con valores beta negativos y significativos.

Tabla 1.
Resultados del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen el puntaje de higiene.

En niños reportados enfermos (n= 104)

Estimaciones de riesgo	beta	Higiene	beta	Características de la madre
Conocimientos	.23		-.25	Permisividad
Susceptibilidad	.18		-.19	Expresividad con la pareja
Frecuencia de conducta adecuada	.31			

$r^2 = .37$

En niños reportados sanos (n=100)

Estimaciones de riesgo	beta	Higiene	beta	Características de la madre
Conocimientos	.23		-.27	Permisividad
			-.23	Depresión

$r^2 = .28$

Esto implica que a mayor permisividad de la madre con el niño, los niveles de higiene se deterioran. Además cuando la madre se autoevalúa como expresiva con su pareja, decrecientan también los valores de higiene.

Para los niños sanos conocimientos es

la única variable importante para explicar higiene de manera positiva y significativa. Por otro lado, la permisividad y la depresión se relacionan negativamente con la higiene, en la medida que incrementan se deterioran los niveles de higiene.

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

* Dr. José Angel Vera Noriega.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

Tabla 2.

Resultados del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen el puntaje de higiene infantiles y preescolares.

Para niños de 0 a 3 años (n=65)

Estimaciones de riesgo	beta		beta	Características de la madre
Frecuencia	.27	<i>Higiene</i>	-.22	Expresividad con la pareja
Susceptibilidad	.29		.55	Estrés de la crianza
Conocimientos	.19		-.22	Depresión

$r^2 = .38$

Para niños de 3 años un mes a 6 años (n=95)

Estimaciones de riesgo	beta		beta	Características de la madre
Conocimientos	.32	<i>Higiene</i>	-.38	Permisividad
Frecuencia de conducta adecuada	.18		.22	Restrictividad

$r^2 = .46$

Cuando se revisan los valores de regresión beta que resultaron significativos para los infantes nos damos cuenta de un cambio, el estrés de la madre en la crianza es un factor adicional de explicación y se relaciona de forma negativa con la higiene. Para preescolares los comportamientos de la madre relacionados con la autoridad se relacionan

con la higiene (ver tabla 2).

Observando la tabla 3 para los valores de regresión de niños y niñas, la depresión es un factor relacionado negativamente con los problemas de higiene en el niño pero no en la niña, la cual ve afectado el nivel de higiene en su entorno cuando la madre es más permisiva con ella.

Tabla 3.

Resultados del análisis de regresión jerárquica para variables que predicen el puntaje de higiene en niños y niñas

Para niños de 0 a 6 años (n=82)

Estimaciones de riesgo	beta		beta	Características de la madre
Conocimientos	.31	<i>Higiene</i>	-.24	Depresión
Percepción	-.20			

$r^2 = .24$

Para niñas de 0 a 6 años (n=86)

Estimaciones de riesgo	beta		beta	Características de la madre
Conocimientos	.31	<i>Higiene</i>	-.34	Permisividad
Frecuencia de conducta adecuada	.29			

$r^2 = .33$

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Las infecciones diarreicas están relacionadas principalmente con los niveles de higiene del hogar, el niño y la madre, y tienen por esto, una dinámica recurrente. Niños reportados como enfermos en los 15 días anteriores a la visita presentan datos que nos hacen ver la importancia no sólo del conocimiento, sino de la conducta adecuada de prevención y la estimación de vulnerabilidad

del niño.

Posiblemente, esta estimación es un elemento motivacional para procurar conductas de prevención adecuadas y este factor tal vez sea dependiente del conocimiento de la madre sobre factores preventivos.

Por otro lado, es interesante apuntar que más que la autoridad, la permisividad, la depresión y el estrés de la crianza son variables relacionadas negativamente con los niveles de higiene.

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

* Dr. José Angel Vera Noriega.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

En términos del modelo de creencias en salud (Rosenstock, 1974) la probabilidad de que el usuario de los servicios de salud lleve a cabo una conducta preventiva depende de los beneficios percibidos menos las barreras percibidas como producto cruzado con la amenaza percibida, la cual, se deriva de dos indicadores de susceptibilidad y la intensidad estimada del problema de salud.

La evidencia ofrecida por los datos presentados nos hace ver que: en principio, la conducta adecuada que se relaciona con hábitos de higiene está relacionada positivamente, esto es, que si las madres reportan que el niño tiene una frecuencia alta de estas conductas se presentan mejores condiciones de higiene, lo cual podemos interpretar como una relación entre beneficios percibidos y probabilidad de respuesta preventiva. Además, la susceptibilidad como estimación de la vulnerabilidad biológica del niño se relaciona con los niveles de higiene, posiblemente porque incrementan la percepción de la amenaza y hacen más probable conducta adecuada (Janz y Becker, 1984).

El modelo de creencias en salud es una propuesta heurística por llevar a cabo investigación que nos permita conocer las variables relacionadas con los problemas de adherencia terapéutica, continuidad en el

diagnóstico y seguimiento y en general, porque las personas se comportan en contra de su rehabilitación (Rosenstock y Rirsch, 1979). Aún cuando se menciona no se enfatizan, ni la bibliografía presenta datos que muestren la interacción de los patrones de estimación y los de personalidad. En este punto podemos decir que, en cuanto al establecimiento de repertorios de higiene, el estado anímico y estilo de ejercer poder en la familia por parte de la madre parecen interactuar con aquellos de estimación para explicar los niveles de higiene del niño, la madre y el hogar.

En síntesis un programa preventivo de infecciones diarreicas en la zona rural deberá considerar no sólo impartir conocimiento sino además incrementar los niveles de estimación de susceptibilidad y proveer el material necesario para posibilitar conducta adecuada, como infraestructura sanitaria y servicios de agua y hay además de detergentes y ascépticos. Deberá además considerar que las características de la madre relacionados con su estado anímico y ejercicio del poder en casa son fundamentales por lo cual, un programa preventivo deberá extenderse a establecer redes de apoyo y estrategias de afrontamiento en las madres además de entrenamiento en habilidades de cuidado del niño que decrementen el estrés de la crianza.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Martirell, R: Child growth retardation. A discussion of into causes and its relationship to health: In Blaxter R. L. and J. C. Waterlow. eds. Nutrition, adaptation in man. London: John Libbey. 1985; 13-29.
- 2.- Kimate, J: Morbilidad y mortalidad por diarreas en México: En Terregrosa, F., Olartem J., Rodríguez-Suárez, R., Santos-Preciado, J., Velázquez-Jones, L. eds. Enfermedades diarreicas en el niño. Novena edición. México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1988; 11-20.
- 3.- Sepúlveda-Amor, J: Encuesta sobre morbilidad, mortalidad y tratamiento de diarreas en México: Informe preliminar. México. Dirección General de Epidemiología. SSA. 1986.
- 4.- National Research Council: RDA Recommended Dietary Allowences: 9th. Washington, D.C. National Academy of Scienc. 1980.
- 5.- Abidín, R.R: Anual del índice de estrés parental: Universidad Autónoma de México. Ayala, H. y Gutiérrez, M (traductores). Documento Inédito. 1992.
- 6.- Vígano, D. y Díaz-Loving, R: Desarrollo y análisis psicométrico del EMACM: Escala Multidimensional de Autoritarismo en la Cultura Mexicana: Revista Interamericana de Psicología. 1990; 24: 2: 139-158.
- 7.- Radloff L.S: The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population: Appl. Measurement. 1977; 137: 1081-1084.
- 8.- Rosa, J: Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM. 1986.
- 9.- Nunnally, J.C. y Berenstein, J.I: Teoría Psicométrica. México, McGraw-Hill. Tercera



edición. 1975.

10.- Reyes-Lagunes, I: Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de Instrumentos: Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad. Vol 9: 1, 83-99, 1993.

11.- Reyes-Lagunes, I. Técnicas de redes semánticas: conceptos básicos instrumentación y resultados. XXIII Congreso Interamericano de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología. San José Costa Rica. 1991.

12.- Rosentock, I: The health belief model and preventive health behavior: Health Education Monographs. Vol. 2: 354-386, 1974.

13.- Janz, N.K. y Becker, M.H: Ther health belief model: a decade later: Health Education Quarterly. Vol. 11: 1-47.1984.

14.- Rosentock, I. y Kirscht, J: Why people seek health care: In G. Stone, F, Cohen y N, Adler eds. Healt Psychology. San Franciaco, Jossey Bass.

Higiene y Características de la Madre: Una Comparación por Edad, Condición de Riesgo y Género del Niño.

* Dr. José Angel Vera Noriega.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.