

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“Determinantes de la salud en los niños menores de 5 años
con infecciones respiratorias agudas en el servicio de
hospitalización de pediatría y consulta externa. Hospital III
Essalud - Chimbote, 2012”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

YULIANA NATALY PAJUELO FLORES

ASESORA:

Lic. Enf. ELENA ESTHER REYNA MÁRQUEZ

CHIMBOTE - PERU

2014

JURADO EVALUADOR

Ms. Enf. JULIA AVELINO QUIROZ.

PRESIDENTE

Ms. Enf. LEDA GUILLEN SALAZAR.

SECRETARIA

Ms. SONIA GIRON LUCIANO

MIEMBRO

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación quiero dedicárselo en primer lugar a Dios por haberme permitido concluirlo, brindándome salud y mucha confianza de poder lograrlo y ser una profesional.

Seguidamente dedico este trabajo a mis padres, ellos son unos de los principales motivos de lucha y sacrificio en mi vida, es por eso que se los dedico para que se sientan orgullosos de mí como yo me siento de ellos.

A mis hermanos , para que lo tomen como ejemplo a seguir, que siempre luchen por sus metas trazadas y que estén convencidos de que todo se puede lograr con sacrificio.

AGRADECIMIENTO

Empezaré agradeciendo en primer lugar a Dios, por su fortaleza brindada, por haberme ayudado a levantarme cuando creía caer, por su infinito amor y por darme la certeza de que todo sacrificio en la vida tiene su recompensa, gracias a él he llegado hasta aquí con mucho esfuerzo y seguiré esforzándome por seguir mejorando .

En segundo lugar quiero agradecer a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, por su confianza depositada en mí, por guiarme siempre y ser el sendero que me encamine hacia el logro de mis objetivos y mis metas.

Finalmente agradezco a los docente por las asesorías durante el proceso de la realización de mi tesis, especialmente a la Lic. Elena Esther Reyna Márquez quien fué mi última asesora.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tiene como objetivo general identificar los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas en los servicios de hospitalización de pediatría y consultas externas del Hospital III Essalud 2012. La muestra estuvo constituida por 150 niños menores de 5 años y sus respectivos padres; se les aplicó un cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software SPSS versión 18.0. Concluyendo que: La mayoría de los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas son del sexo masculino, cuyas familias tienen un ingreso económico de 751 a 1000 soles; de ocupación estable, con una vivienda unifamiliar y propia, con servicios de agua y energía eléctrica, en cuanto a su alimentación consumen frutas y lácteos de 3 a más veces a la semana, verduras y legumbres dos veces, y muchos de los niños lactantes leche materna a diario; no reciben ningún apoyo social organizado ; no recibe ningún tipo de apoyo social, el carro recolector de basura no pasa todos los días y muchos de ellos depositan en los contenedores de basura. El hospital se encuentra a regular distancia de sus casas, refieren buena calidad de atención.

Palabras clave: Determinantes, niño menor de 5 años, infecciones respiratorias agudas.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive design with a single box. Its general objective is to identify the determinants of health in children under 5 years with acute respiratory infections in inpatient services for pediatric and outpatient Hospital III Essalud 2012. The sample consisted of 150 children under 5 and their parents; to whom it applied an questionnaire on health determinants using the technique of the interview and observation. The data were processed in a database of Microsoft Excel and then export to a database in the PASW Statistics version 18.0, for their respective processing software. For analysis of the data distribution tables absolute and percentage relative frequencies were constructed. And their respective statistical graphics. Concluding that: The majority of children under 5 with acute respiratory infections are male, whose families have an income mostly 751-1000 soles; stable occupation, most are single-family and homeownership, with water and electricity, in terms of power consumed fruits and dairy more than 3 times a week, vegetables and legumes twice, and many of the children infants breast milk daily; receive no organized social support, most do not receive any social support, collecting garbage truck does not happen every day and many of them deposited in dumpsters. The hospital is a moderate distance from their homes, mostly good quality of care concern, all secured in greater proportion by their husbands.

Keywords: Determinants, child under 5 years ARI.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	19
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Marco teórico.....	21
III. METODOLOGÍA.....	27
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	27
3.2. Población y muestra.....	27
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	28
3.4. Técnicas e instrumentos.....	40
3.5. Plan de análisis.....	43
3.6. Consideraciones éticas.....	44
IV. RESULTADOS.....	46
4.1. Resultados.....	45
4.2. Análisis de resultados.....	54
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	77

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	45
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.

TABLA 2.....	46
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.

TABLA 3.....	49
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.

TABLA 4, 5,6.....	52
--------------------------	-----------

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.

INDICE DE GRÁFICOS

Pg.

GRÁFICOS DE LA TABLA 1.....	77
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONÓMICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.	
GRÁFICOS DE LA TABLA 2.....	79
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.	
GRÁFICOS DE LA TABLA 3.....	86
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.	
GRÁFICOS DE LA TABLA 4, 5,6.....	91
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD DE CHIMBOTE 2012.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en aquellos niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas en el servicio de hospitalización de pediatría y consulta externa del hospital III Essalud Chimbote, y con ello contribuir a la mejora de la calidad y estilos de vida .

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

La incidencia de los virus respiratorios en los dos últimos años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, muestra que en 2012 el virus sincitial respiratorio causó el 62% de los casos estudiados, seguido de Influenza AH1N1 (18%), Parainfluenza (8%) Influenza A estacional (6%), Influenza B (3%) y los adenovirus (3%).

La población más afectada son los menores de 5 años y los principales síntomas son: fiebre, malestar general, congestión y secreción nasal, así mismo también se pueden presentar síntomas como tos, dolor de garganta, expectoración y dificultad para respirar.

En niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus siendo de buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, faringitis, sinusitis y neumonía.

El estudio está estructurado en cinco capítulos: Capítulo 1, referido a la introducción; Capítulo 2, como se fundamenta a través de la revisión de la literatura; Capítulo 3, muestra la metodología usada en esta investigación; Capítulo 4, presenta los resultados y el Capítulo 5 revela las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se citan las referencias bibliográficas y anexos.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en

consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (6). El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

Necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y

al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimamente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas.

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

Actualmente en el Perú existe una población total de 29,99 millones de habitantes, siendo 2,902,000 millones de niños menores de 5 años dentro de esta población y de los cuales 1,480,990 son del sexo masculino y 1,480,929 son del sexo femenino. En cuanto al ingreso económico de las familias peruanas según INEI a nivel de Lima Metropolitana es de 1,500 nuevos soles y el resto del país un promedio de 950 nuevos soles como básico mensualmente. El 82,3% cuenta con saneamiento básico mientras que el 17,7% de la población peruana aún no gozan de ello, así mismo el 6,8% de la población aún emplean leña o carbón para preparar sus alimentos. El 85,6% cuenta con una casa independiente y propia mientras que el 24,4% habita en casa alquilada en vecindad y/o quinta. (13)

A esta realidad no es ajena el Hospital III de Essalud de Chimbote que fue inaugurado el 13 de julio de 1963, tiene como sede central el Departamento de Ancash, provincia del Santa, Distrito de Chimbote, ubicado en Av. Circunvalación 119 Urb. Laderas del Norte. Esta institución brinda más de 11 mil consultas médicas mensuales en sus 36 consultorios, más las atenciones por hospitalización. Dentro de ellos tenemos al consultorio de pediatría en la cual se atiende a un promedio de 60 niños por día y al servicio de hospitalización de pediatría que tiene un ingreso promedio de

usuarios de 95 niños al mes. Ambos servicios cuentan con un total de 8 pediatras especialistas, materiales, equipamiento y recursos humanos complementarios para la debida y oportuna atención.

De los niños atendidos en la institución la gran mayoría son procedentes de la zona del 21 de abril, Miramar bajo, la Balanza y Laderas pudiendo relacionar estas procedencias con las IRAS en los niños, ya que estos son lugares en los cuales existen factores que van a determinar el estado de salud en ellos; tal es así el sector Miramar está en una zona cerca al mar en donde existe mucha humedad y exposición a la humareda tóxica que emanan las fábricas que se encuentran a su alrededor. Por otro lado, tenemos a la Balanza y Laderas, ambas sometidas a la contaminación de la empresa de Sider Perú, en el caso de la Balanza es un lugar donde abunda aún la arena y el polvo, no cuenta con muchas áreas verdes, es un lugar donde existe el pandillaje, la delincuencia, es de temeroso acceso y se encuentra cerca del Hospital Essalud.

Las afecciones respiratorias más comunes que se presentan en estos niños son: resfrío común, faringitis, amigdalitis aguda, laringitis aguda, rinosinusitis bronquitis aguda y en su presentación más grave neumonía.

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas del servicio de hospitalización de pediatría y consulta externa del Hospital III Essalud Chimbote 2012?**

Para poder dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Identificar los determinantes de salud en los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas el servicio de hospitalización de pediatría y consultas externas del Hospital III Essalud Chimbote. Para poder seguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los niños menores de 5 años que son atendidos en el Hospital III Essalud Chimbote.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en los niños menores de 5 años del Hospital III Essalud Chimbote.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en los niños menores de 5 años del Hospital III Essalud Chimbote.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ya que permitió generar conocimientos para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población de los niños menores de 5 años que son atendidos en el hospital III Essalud de Chimbote y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizará es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población de los niños menores de 5 años y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio de Investigación se realizó en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la

población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M y col (14), en su investigación “Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar C y García C (15), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel nacional:

Rodríguez Q (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

A nivel local:

Melgarejo E y col (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (19).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la

edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (20)

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (20).



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (21).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (21)

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (21).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud.

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (21).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (18).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (21).

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud.

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables y los servicios que promueven y mantienen la salud (21)

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo: Cuantitativo, descriptivo (22, 23).

Diseño de una sola casilla (24, 25).

3.2. Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 150 niños menores de 5 años del servicio hospitalización de pediatría y consultas externas del Hospital III Essalud Chimbote.

3.2.1. Unidad de análisis

El niño menor de 5 años con infección respiratoria aguda en el servicio hospitalización de pediatría y consulta externas del hospital III Essalud Chimbote, que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de inclusión

- Niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas que son atendidos en el hospital III Essalud Chimbote.
- Madre del niño menor de 5 años con infecciones respiratorias agudas que acepte participar en el estudio.
- Madre del niño menor de 5 años con infección respiratoria aguda con disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- Madre del niño menor de 5 años con infección respiratoria aguda que presenten algún trastorno mental.

3.3. Definición y operacionalización de variables

I.- DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

- **Edad**

Definición Conceptual.

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (26).

Definición Operacional

Escala nominal. La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

- Recién nacidos
- Niños de 29 días a 11 meses 29 días
- Niños 1 a 4 años
- Niños de 4 años 11 meses 29 días

- **Sexo**

Definición conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (27)

Definición Operacional

Escala nominal

- a) Masculino
- b) Femenino

- **Grado de Instrucción**

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (28).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria completa e incompleta
- Superior no universitaria completa e incompleta

- **Ingreso Económico**

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (29).

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

- **Ocupación**

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

II.- . DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO.

- **Vivienda**

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (31).

Definición operacional

Escala nominal

Tipo

- Vivienda Unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindada, quinta choza, cabaña
- Local no destinado para habitación humana
- Otros

Tenencia

- Alquiler
- Cuidador/alojado
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Láminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit

Material de las paredes:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Red pública
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia, canal
- Letrina
- Baño público
- Baño propio

Combustible para cocinar

- Gas, Electricidad
- Leña, Carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

- A campo abierto
- Al río
- En un pozo
- Se entierra, quema, carro recolector

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semanas, pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana
- Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas

Eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

III.- DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (32).

Definición operacional

Escala nominal

Acude al establecimiento de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)

- Si
- No

Escala

Número de horas que duermen

- 6 a 8 horas
- 8 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se baña

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

- Si
- No

En las dos últimas semanas el niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue.

- La misma cantidad
- Menos cantidad
- Más cantidad
- Aun no le da otro tipo de alimentos
- No presento diarreas

Los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar

- Caída
- Golpes
- Electrocutado
- Quemaduras
- No presento ninguno

Las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño.

- Respiración rápida
- No puede respirar
- No come, ni bebe
- Se pone frio
- Más de 3 días con calentura
- Le sale pus en el oído
- Le aparecen puntos blancos en la garganta
- No presentó

El niño(a) tiene su carnét de vacunas completas de acuerdo a su edad

- Si
- No

Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad

- Si
- No

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (33).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

- Diario
- 3 o más veces por semana
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

IV.- DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en Contextos de complejidad (34).

- **Apoyo social natural**

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

- **Apoyo social organizado**

Escala ordinal

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado

- **Apoyo de organizaciones del estado**

- Cuna más
- PVL(Vaso de leche)
- Pad Juntos
- Qali warma
- Otros
- No recibo

- **Acceso a los servicios de salud**

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (35).

- **Utilización de un servicio de salud en los 12 últimos meses:**

Escala nominal

Institución de salud atendida

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Particular
- Otros

Lugar de atención que fue atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos
- Muy lejos de su casa
- No sabe

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

- Muy largo
- Largo
- Regular
- Corto
- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

3.4. Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos:

Técnicas

En la presente investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento.

Instrumento

En la presente investigación se utilizó 1 instrumento para la recolección de datos que se detalla a continuación:

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en niños menores de 5 años. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de las Regiones del Perú** desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años .(Anexo N°03)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Dónde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años del Perú.

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (37). (Anexo N° 04)

3.5. Procedimientos y análisis de datos:

3.5.1.-Procedimiento de recolección de datos:

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento de las madres de los niños menores de 5 años de dicho nosocomio, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con las madres de los niños menores de 5 años sobre su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fué aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2.- Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construirán tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Consideraciones éticas

Se valoró previamente los aspectos éticos de la investigación, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como también se planteó si los resultados que se puedan obtener fueran éticamente posibles (38).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las madres de los niños menores de 5 años que la investigación sería anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las madres de los niños menores de 5 años, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las madres de los niños menores de 5 años los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las madres de los niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas del hospital III Essalud de Chimbote que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05)

IV.- RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1.- DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

SEXO	N	%
Masculino	100	67
Femenino	50	33
Total	150	100
Edad	N	%
Recién nacido	5	3
Niño de 29 días a 11 meses y 29 días	8	5
Niño de 1 a 4 años	137	92
Niño de 5 a 8 años	0	0
Niño de 9 a 11 años	0	0
Total	150	100
Grado de instrucción de la madre del niño	N	%
Sin nivel e instrucción	0	0
Inicial/Primaria	0	0
Secundaria: completa/ incompleta	97	65
Superior: completa /incompleta	53	35
Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	0	0
De 751 a 1000	135	90
De 1001 a 1400	15	10
De 1401 a 1800	0	0
De 1801 a más	0	0
Total	150	100
Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	125	83
Eventual	25	17
Sin ocupación	0	0
Jubilado	0	0
Estudiante	0	0
Total	150	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.*

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	116	77
Vivienda multifamiliar	34	23
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación humana	0	0
Otros	0	0
Total	150	100
Tenencia	N	%
Alquiler	10	7
Cuidador/alojado	0	0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0
Alquiler venta	0	0
Propia	140	93
Total	150	100
Material del piso	N	%
Tierra	0	0
Entablado	0	0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	86	57
Láminas asfálticas	64	43
Parquet	0	0
Total	150	100
Material del techo	N	%
Madera, esfera	0	0
Adobe	0	0
Estera y adobe	0	0
Material noble, ladrillo y cemento	110	73
Eternit	40	27
Total	150	100
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	0	0
Estera y adobe	0	0
Material noble ladrillo y cemento	150	100
Total		
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0
2 a 3 miembros	73	49
Independiente	77	51
Total	150	100

TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	0	0
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	150	100
Total	150	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0
Acequia, canal	0	0
Letrina	0	0
Baño público	0	0
Baño propio	150	100
Otros	0	0
Total	150	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	150	100
Leña, carbón	0	0
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	0	0
Total	150	100
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Energía eléctrica permanente	150	100
Vela	0	0
Total	150	100
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	0	0
Al río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	150	100
Total	150	100
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	7	5
Todas las semana pero no diariamente	136	90
Al menos 2 veces por semana	7	5
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
Total	150	100

TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

	Conclusión	
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	125	83
Montículo o campo limpio	10	7
Contenedor específico de recogida	15	10
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
Total	150	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vilchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS

TABLA 3

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.*

ASIS\CRED	n	%
Si	130	87
No	20	13
Total	150	100
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	20	13
[08 a 10)	125	84
[10 a 12)	5	3
Total	30	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente		33
3 veces a la semana	20	67
No se baña	0	0
Total	30	100
Reglas establecidas para el niño	n	%
Si	11	37
No	19	63
Total	30	100
En las últimas 2 semanas que su niño(a) presento diarreas su alimentación fue:	n	%
La misma cantidad	3	10
Más cantidad	0	0
Menos cantidad	2	7
Suspendió los alimentos	0	0
Aún no le da otro tipo de alimentos	0	0
No presentó diarreas	25	83
Total	30	100
Accidentes que presento el niño(a) durante los últimos 6 meses.	n	%
Caída	7	23
Golpe	3	10
Electrocutado	0	0
Quemaduras	0	0
Otros	0	0
No presentó ninguno	20	67
Total	30	100
Signos de alarma de enfermedad respiratoria en el niño(a)	n	%
Respiración rápida	6	4
No puede respirar	35	23
No come ni bebe	22	15
Se pone frio	0	0
Se ve más enfermo	45	30
Más de 3 días con calentura	28	19
Le sale pus en el oído	0	0
Le aparecen puntos blancos en la garganta	14	9
No presentó		0
Total	150	100

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Carnet completo de vacunas del niño	n	%
Si	136	91
No	14	9
Total	150	100

Vacunas y control de acuerdo a sus edad	n	%
Si	136	91
No	14	9
Total	150	100

ALIMENTOS QUE CONSUME	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total N°
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frutas	140	94	5	3	0	0	0	0	5	3	150
Carne	30	20	45	30	70	47	0	0	5	3	150
Huevos	7	5	26	17	112	75	0	0	5	3	150
Pescado	5	3	5	3	125	83	10	7	5	3	150
Fideos	90	60	20	13	15	10	20	13	5	3	150
Pan, cereales	145	97	0	0	0	0	0	0	5	3	150
Verduras, hortalizas	25	17	12	8	102	68	18	12	5	3	150
Embutidos	0	0	6	4	13	9	109	73	22	15	150
Lácteos	60	40	70	47	15	10	0	0	5	3	150
Dulces	0	0	0	0	18	12	132	88	0	0	150
Refrescos con azúcar	0	0	0	0	10	7	15	10	125	83	150
Lactancia materna	25	17	30	20	0	0	0	0	95	63	150

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vilchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Institución de salud en la que se atendió el niño	n	%
Hospital	150	100
Centro de salud	0	0
Puesto de salud	0	0
Clínicas particulares	0	0
Otras	0	0
Total	150	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	16	11
Regular	95	63
Lejos	15	10
Muy lejos de su casa	24	16
No sabe	0	0
Total	150	100
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	150	100
SIS – MINSA	0	0
SANIDAD	0	0
Otros	0	0
Total	150	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	67	45
Largo	57	38
Regular	17	11
Corto	9	6
Muy corto	0	0
No sabe	0	0
Total	150	100
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	15	10
Buena	46	31
Regular	77	52
Mala	12	8
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
Total	150	100

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	95	63
No	55	37
Total	150	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	0	0
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	0	0
No recibo	0	0
Total	150	100
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Instituciones de acogida	0	0
Organizaciones de voluntariado	0	0
No recibo	150	100
Total	150	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE. 2012.

Organización al que pertenece el niño	n	%
Cuna mas	98	65
Vaso de leche	0	0
Ninguno	52	35
Otros	0	0
Total	150	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud aplicada en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas. Hospital III ESSALUD, Chimbote. 2012, elaborado por Ms. Vilchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación

4.2 Análisis de los resultados

En la Tabla 01: De los 150 encuestados, el 66% de los niños con infecciones respiratorias agudas del hospital III Essalud de Chimbote son del sexo masculino, el 92% son niños de 1 a 4 años de edad y sólo el 3% son recién nacidos, el 65% tiene grado de instrucción secundaria completa/incompleta, en cuanto a los ingresos económicos el 90 % tiene un ingreso mensual de 751 a 1000 S/; el 10% tiene un ingreso de 1001 a 1400; el 83 % son trabajadores estables y sólo el 17 % de los padres trabajan eventualmente .

Se encontraron investigaciones similares tales como: Belquis W. (38), en su investigación titulada “Infecciones respiratorias agudas”, encontró que el mayor número de casos estuvo representado por el sexo masculino y los niños entre 1 y 4 años de edad, con 201 para un 55.99 % del total de los pacientes. Se plantea que el varón y los niños entre 1 y 5 años son más sensible a la acción de los cambios y/o alteraciones del medio ambiente, lo que los coloca en una posición desventajosa ante las infecciones.

Se asimila también la investigación de: Nolzco A, Flores A, y colab.(39), en su investigación titulada Morbi-mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el hospital regional San Vicente de Paul de República Dominicana concluye que la edad más afectada correspondió a la comprendida entre 1 año y 5 años con 668 casos (49.8%), seguido de las edades de 2 meses a 12 meses, con 495 casos(36.8%), mientras que la edad menos afectada fueron los menores de 2 meses con 179 casos (13.4%).

Según resultados de la presente investigación estos guardan correlación con el autor ya que la mayoría de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas son del sexo masculino y están entre 1 y 5 años de edad.

A todo lo mencionado, podemos recalcar que tanto la edad de los niños como el grado de instrucción de sus padres y su ingreso económico determinan el estado de salud de los menores de 5 años poniéndolos en riesgo a adquirir algunas de las infecciones respiratorias agudas.

Según literatura las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año (40).

La corta edad, la mayoría de las infecciones respiratorias agudas ocurren en los primeros años de vida y sobre todo en los primeros 6 meses, debido a la inmadurez de las vías respiratorias y sus mecanismos defensivos, lo que favorece la mayor gravedad y la predisposición a la infección respiratoria aguda (41).

De la misma forma tenemos que gran parte de las madres de los niños menores de 5 años tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta siendo diversas las causas como puede ser que se hicieron madres muy jóvenes y dejaron de estudiar o también no contaron con los medios económicos para continuar con sus estudios entre otros. Teniendo en cuenta que son las madres en su mayoría las encargadas de cuidado de los niños, es de suma importancia el nivel del conocimiento y preparación educativa que tenga la madre ya que de acuerdo a sus conocimientos trataran de cuidar a sus hijos de la mejor manera y sobre ello también será más fácil el que puedan o no

comprender la parte educativa preventiva que les pueda brindar el personal de salud en beneficio de su hijo.

Como otro determinante tenemos el grado de instrucción, el cual se define como el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformados. Así mismo tenemos que el nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo Nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto Nivel de Instrucción (42).

De lo anterior puedo establecer que la edad del niño, grado de instrucción de los padres y el ingreso económico pueden contribuir como un riesgo en la salud del niño, ya que el bajo nivel de escolaridad de la madre y posiblemente también del padre generará que no haya las suficientes oportunidades de obtener un trabajo con un salario que cubra las necesidades básicas del niño sin contar que muchas estas familias son numerales. Además la población de este grupo etáreo como son los niños menores de 5 años son mucho más vulnerables a sufrir diversas enfermedades en este caso infecciones respiratorias agudas, ya que su sistema inmunitario y sistémico aún se encuentra en proceso de reforzamiento y madures, por lo que se les considera una población que requiere de mayor atención y cuidado.

De acuerdo con estos resultados obtenidos podemos decir que en este grupo etáreo como son los niños menores de 5 años, lo que los pone o incrementa el riesgo a padecer de un infección respiratoria aguda es en primer lugar el ingreso económico familiar, pues al tener un ingreso económico bajo no se va a poder cubrir satisfactoriamente las

necesidades básicas de todos los integrantes de la familia, en especial de los niños y dentro de ello cabe destacar la alimentación, no tendrán una buena alimentación y por consiguiente no tendrán una dieta balanceada y equilibrada que les permita reforzar su sistema inmunitario y estar protegidos contra diversas enfermedades que puedan adquirir, destacando entre ellos las infecciones respiratorias agudas; seguidamente tenemos a la insatisfacción de medios necesarios para el abrigo, es decir tener ropa de abrigo para protegerlos y evitar exponerlos ante el frío pudiéndoles causar una IRA.

En segundo lugar tenemos el grado de instrucción de los padres de estos niños, pues la educación es importante para poder brindar un cuidado y atención correcta, tendrán mucha más capacidad de entendimiento al momento de recibir indicaciones, consejerías de prevención y cuidados de sus hijos

En la tabla 02: Del 100% de los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas el 77% cuenta con una vivienda unifamiliar, 93% tiene casa propia; el 57% tiene piso de loseta, vinílico o sin vinílico; el 73% tiene su techo de material noble, ladrillo, y cemento; el 51% duermen en una habitación independiente, mientras que sin mucha diferencia con un 49% duermen de 2 a 3 miembros en una sólo habitación; el 100% cuenta con conexión de agua domiciliaria; elimina las excretas en un baño propio; usa gas, electricidad para cocinar; cuenta con energía eléctrica permanente; deposita su basura en carro recolector; el 90% refieren que pasa el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente; el 83% elimina su basura en el carro recolector de basura .

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por :Cordero M, Rodríguez N y colab.(43), en su investigación titulada Infecciones

respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el área rural de del policlínico universitario Luis Li Trijunt del municipio Güines –La Habana, en donde se obtuvo como resultado que el 44% de los niños viven en condiciones de hacinamiento, lo que resulta indicativo que los niños vivan en condiciones de hacinamiento durmiendo en una habitación de dos a más personas poniéndolos en predisposición a adquirir IRA.

Se encontró otros estudios similares tales como: Pérez J. (44), en su investigación titulada Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica.Guaycaipuro-Cuba, en donde obtuvo como resultado que el 56,4 % de los niños se encuentran en hacinamiento familiar ,pues ellos duermen en habitaciones donde comparten con dos a más personas más ,lo cual se comportó como un factor de riesgo para que los niños padezcan de las infecciones respiratorias agudas .

En la presente investigación se puede observar que la gran mayoría de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas gozan de regular a buena infraestructura de sus viviendas ya que en su totalidad tienen sus viviendas de material noble, a la vez cuentan con los servicios básicos, sin embargo, existe hacinamiento en gran porcentaje con el 49%.

El que exista hacinamiento familiar incrementa el riesgo y contribuye a la transmisión de infecciones mediante las gotas de secreciones y su asociación con las infecciones respiratorias.

El hacinamiento según INEI es definido como la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda: “El hacinamiento resulta de relacionar el número de personas con el número total de habitaciones que tiene la vivienda, sin contar el baño, cocina ni pasadizo. Se

determina que hay hacinamiento cuando residen más de tres personas por cuarto” (45).

Hoy en día influye mucho la cantidad de personas que habitan en un hogar en las infecciones respiratorias, tal es así que cuanto mayor es el número de personas por habitación, mayor es el riesgo de exposición a agentes patógenos, la posibilidad de portarlos y el riesgo de contraer una infección respiratoria aguda. Es por eso que las infecciones respiratorias agudas en el menor de 5 años son directamente proporcionales al nivel de hacinamiento que haya en la vivienda, y principalmente en el dormitorio donde se encuentre el niño, reforzado además sí se trata de una madre adolescente quien desconoce de las medidas de prevención de estas enfermedades por su corta edad biológica (41).

Por otro lado, estos estudios difieren con los resultados obtenidos por: El departamento de epidemiología del ministerio de salud de Chile 2009, en donde obtuvieron como resultado que se establece una relación entre las tasas de IRAS y la calidad de las viviendas donde habitan los niños menores de 5 años, pero que a la vez no son estadísticamente significativas las variables de hacinamiento, más por el contrario son significativas las variables construcción y eliminación excretas (46).

El material de construcción de las viviendas y el número de personas que duermen en una habitación estarían contribuyendo como un riesgo, ya que pueden albergar alérgenos o parásitos que van a debilitar la salud del niño por lo tanto se pueden considerar como factores negativos. Los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos,

además es conveniente que el niño tenga su cuarto propio y los padres su cuarto matrimonial.

En la tabla 3: El 83% de los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, acuden al establecimiento de salud para el AIS/CRED; el 84% de los niños duermen de 8 a 10 horas; el 67% se baña 3 veces a la semana; el 63% no tiene reglas establecidas por sus padres; el 83% no presentó diarreas en las últimas 2 semanas; el 67% no presentó accidentes los últimos 6 meses, el 30% de los niños se vé más enfermo; el 91 % sí tiene el carnét completo de vacunas de la misma forma que vacunas y control de acuerdo a la edad del niño; el 93% consume frutas a diario; el 47% consume carne de 1 a dos veces a la semana; el 75% consume huevos de 1 a dos veces por semana; el 83% consume pescado de 1 a dos veces por semana; el 60% consume fideos a diario; el 97% consume pan y cereales a diario; el 68% consume verduras y hortalizas de 1 a dos veces por semana; el 47% consume lácteos 3 o más veces por semana; el 88% consume dulces menos de 1 vez a la semana; el 83% consume refresco con azúcar nunca o casi nunca; el 63% ahora nunca o casi nunca recibe lactancia materna pero que sí les brindaron cuando estaban en edad de lactantes.

En cuanto a la alimentación de los niños es necesario e importante que tengan una alimentación balanceada que contenga alimentos nutritivos , pues lo ideal es que lo consuman de 3 a 4 veces a la semana para poder reforzar sus sistemas y contribuyan a mantenerlos sanos, lo que en este caso no se dá pues según nuestros resultados estos niños solo lo consumen de 1 a 2 veces , lo que les aumenta el riesgo de poder contraer enfermedades diversas entre ellos las infecciones respiratorias agudas, considerando que al no tener buena alimentación su sistema de defensa se encontrará disminuido y expondrá al niño a la vulnerabilidad de enfermar.

A la vez estos resultados se relacionan con los de: Prieto M, Russ G. y colab. (47), en su investigación titulada Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en donde concluyen que del 100% el 95,5% de las encuestadas brindaron una lactancia materna inadecuada, mientras que en los controles sólo el 32,2 % no la recibió de forma adecuada, comportándose esta variable como factor de riesgo para que los menores de 5 años presentaran episodios de infecciones respiratorias agudas.

Otra investigación similar es la de: Otazú F (48), en su investigación titulada percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el hospital distrital de horqueta, año 2012, en la cual destacó que en cuanto a la lactancia materna , el 81% de las madres respondieron que les brindan a sus hijos leche materna , mientras que el 15% les brinda lactancia mixta y el 4 % lactancia artificial ; llegando así a la conclusión que las madres conocen que la lactancia materna es una medida para prevenir la infección respiratoria aguda.

En la presente investigación se obtuvo que el 63% de las madres actualmente ya no brindan a sus hijos leche materna porque ya no corresponden a su edad pero que si les brindaron cuando tenían la edad apropiada, mientras que el 37% restante aún les brindan lactancia materna, por el cual en mis resultados no mantiene relación significativa con la infecciones respiratorias agudas aún sabiendo que la lactancia materna puede proteger contra la IRA mediante un cierto número de mecanismo , incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas lo que prevendría las IRAS.

La leche materna es el alimento ideal de la especie y garantiza las necesidades del lactante. Contiene además anticuerpos, lactoferrina, células y productos celulares que impiden la colonización del tracto

respiratorio superior por bacterias patógenas y protegen al niño pasivamente contra múltiples agentes infecciosos: virus sincitial respiratorio y virus de la influenza, estreptococo B, neumococo, Haemophilus influenzae y otros (49).

En cuanto al alimento complementario que consumen los niños menores de 5 años, la nutrición es un aspecto muy importante en la prevención de la IRA, por ello se debe de mejorar las prácticas de alimentación en el niño, proporcionando una alimentación balanceada para asegurar un mejor estado nutricional, ya que el niño desnutrido está expuesto a muchas infecciones como son las IRAS que a su vez condicionan mayor desnutrición.

Según la OMS una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad (50).

En la tabla 04, 05, 06, en relación a los determinantes de redes sociales y comunitarias, podemos decir que el 100% (150) de las madres llevan a sus hijos a ser atendidos en un hospital, el 63%(95) considera que el hospital se encuentra en regular distancia de sus casas, el 100% (150) tiene seguro Essalud, el 45% (67) refirió que el tiempo para ser atendidos fue muy largo, el 52% (77) considera que la calidad de atención recibida fué regular, el 63% (95) refieren que existe pandillaje y delincuencia cerca de sus casas, el 100% (150) afirma que no recibe ningún apoyo social natural, el 100%(150) tampoco no recibe algún apoyo social organizado, el 65% (98) de los niños pertenecen o asisten al programa de cuna más.

Estudios similares como la investigación de Moreno, L. (51), en su estudio titulado Infecciones respiratorias agudas en el sector 4 Caña de azúcar –Venezuela destaca como resultado obtenido que de su población de 359 niños con IRA, el 50.69% asistían a instituciones y/o círculo infantil, por lo que concluyó que las guarderías favorecen a convivencia estrecha entre los niños, incluso entre los adultos que los cuidan, por lo que representa un excelente medio para la adquisición de enfermedades infecciosas.

Se asimila la investigación de Martínez, I. (52), en su estudio de Portadores asintomáticos *Streptococcus pneumoniae* en niños de un círculo infantil de la ciudad de la Habana en donde concluye que el 60% de su población en estudio acudieron a las consultas médicas por IRAS, aclarando que este porcentaje asiste a guarderías, por lo tanto, encuentra relación entre los niños que asisten a las guarderías y las adquisiciones de infecciones respiratorias agudas.

En la presente investigación se pudo obtener que gran porcentaje de los niños con infecciones respiratorias asisten a una organización como es “cuna más”, ya sea porque los padres trabajan y no hay quien los cuide como también para favorecer a su desarrollo social e interactivo, pero esto a su vez contribuye a que los niños contraigan infecciones tales como las IRAS pues por lo mismo de estar en un mismo ambiente existe mayor riesgo al contagio ya sea entre los mismos niños como de la cuidadora hacia los niños.

Las condiciones socioeconómicas de las zonas urbanas, promueven que la mayoría de las zonas urbanas, promueven que la mayoría de los integrantes de los núcleos familiares trabajen y se eleve el número de niños que asisten a guarderías y escuelas con regímenes de internado, situación que favorece la socialización y el desarrollo temprano de habilidades, así como la interacción diaria con otros

niños; sin embargo; facilita la diseminación de enfermedades infecciosas como son las IRAS (53). Así mismo esta incidencia pudiera explicarse por las características y condiciones ambientales de esas instituciones, así como por la edad, madurez inmunológica y una mayor colonización nasofaríngea. En ocasiones, las condiciones higiénicas existentes y contar con áreas pobremente ventiladas, facilitan la diseminación de *S. pneumoniae*. Los niños de círculos infantiles mantienen un contacto estrecho, comparten juguetes, tosen y eliminan secreciones nasales en estrecha proximidad (54).

En relación a la distancia entre el hospital y los domicilios de los niños con infecciones respiratorias agudas, se obtuvo que el 63% (95) consideraba que se encontraba en regular distancia del hospital, por lo que ante los primeros síntomas las madres lo atendían en casa con remedios caseros, pero frente a la complicación recién optaban por llevarlos al hospital, en donde muchas veces necesitaban ya ser hospitalizados por la severidad del caso.

Estudios similares como la de Sáenz, S. (55), en su estudio Manejo de las infecciones respiratorias agudas en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala, obtuvo como resultado que más de la mitad de las entrevistadas (57%) trataron a sus hijos enfermos en casa con remedios caseros antes de consultar a un proveedor de atención salud. Cuando buscaban atención, solían acudir a médicos u otros proveedores en centros de salud y ocasionalmente en consultorios privados, pero la búsqueda raras veces era oportuna debido a la poca accesibilidad de los servicios y a la subestimación de la gravedad de los síntomas.

Estudios similares como el realizado por la Dirección de epidemiología del ministerio de salud de la Nación de la República Argentina, en su investigación titulada abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas (56), revelan que las infecciones respiratorias agudas

constituyen uno de los problemas de salud pública más importante para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. Dentro de esta, los diagnósticos principales son: Neumonía e Influenza, seguidas por Bronquitis y Bronquiolitis. Así mismo la mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de ese país es domiciliaria y de ese 20%, un alto porcentaje es atribuible a Infecciones respiratorias baja.

Similares resultados se obtuvo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estudio experiencia frente a temporadas de bajas temperaturas (51), revelan que las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad.

De lo anterior puedo establecer que la percepción del tiempo promedio de espera para la atención del niño fue muy larga, pues es el tiempo de espera es un factor que aumenta el riesgo ya que muchas veces o por no decir en su mayoría lo que hace que las madres no lleven a tiempo a sus niños a ser atendidos cuando recién presentan algún signo o síntoma de un resfrío simple y común, poniéndolos en riesgo a poder presentar un cuadro más agudo como son las infecciones respiratorias.

Los programas de apoyo social organizado no están siendo aprovechados por la población, por lo cual se comportarían como factores de riesgos para la salud del niño. Por ello considero que es necesario que se rediseñe el sistema de citas o generar otro tipo de acciones que puedan mejorar este aspecto, nuevas estrategias que promuevan el aprovechamiento de estas organizaciones en beneficio

del niño para poder contribuir a la disminución de los altos índices de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.

Una de las medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas es tener un ambiente ventilado, es decir cortinas y ventanas abiertas y si fuese posible también puerta, pero en estos casos por causa del pandillaje y la delincuencia que existe en las zonas de donde viven los niños, las madres optan por tener todo cerrado y no se practican estas medidas de prevención, por lo que se comporta como factor de riesgo a que sufran infecciones respiratorias agudas estos niños, manteniéndolos inmersos en un ambiente sin ventilación y con los virus, microorganismos circulando en el mismo ambiente y mucho peor si es que algún familiar ya se encuentra enfermo.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de investigar sobre los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años se llegó a la siguiente conclusión:

- La mayoría de los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas son sexo masculino, de 1 a 4 años de edad, sus madres tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, con un ingreso económico de 751 a 1000 soles, ocupación de trabajador estable, tienen vivienda unifamiliar propia con piso de loseta, vinílico o sin vinílico, con techo de material noble ladrillo o cemento, en su totalidad tienen sus paredes de material noble, con agua y baño propio, cocina a gas, con energía eléctrica permanente, más de la mitad duermen en una habitación de 2 a 3 miembros, refieren que recoge la basura el carro recolector todas las semanas pero no diariamente.
- La mayoría de niños tiene CRED, duermen de 8 a 10 horas, se bañan 3 veces a la semana, no tienen establecidas reglas, no presentaron diarreas en las últimas semanas, no presentaron accidente durante los últimos 6 meses, se veía más enfermo, tienen su carné completo de vacunas de acuerdo a sus edades.
- En su mayoría los niños menores de 5 años consumen frutas, fideos, pan, cereales, diariamente, en menor cantidad consumen carne, huevos, pescado, verduras, lácteos y leche materna, en su totalidad son atendidos en un hospital, tienen seguro por Essalud, más de la mitad considera que el hospital está en regular distancia con el hospital, el tiempo que esperó a ser atendido fue muy largo, regular calidad de atención, en su totalidad no cuentan con ningún apoyo social, en su mayoría los niños acuden a cuna más.

5.2. Recomendaciones

- Es necesario informar los resultados y recomendaciones de la presente investigación al personal de salud y autoridades encargadas del Hospital III Essalud Chimbote, con la finalidad de fomentar la práctica de actividades preventivas –promocionales mediante la educación de las IRAS en sus usuarios asegurados e identificar y dar prioridad a los grupos de mayor riesgo como son los niños menores de 5 años .
- Sensibilizar al personal de salud a la buena atención con calidad y calidez hacia el usuario y así poder evitar abandonos de tratamientos y atención de los primeros síntomas de alarma de las IRAS en las consultas por consultorio, disminuyendo de esta manera hospitalización por cuadros más graves de las IRAS .
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes ámbitos de la salud en base a los obtenidos en esta investigación de tal forma que permita disminuir los factores de riesgo y de la misma forma identificar nuevos determinantes que pongan en riesgo la salud de salud de los niños, logrando así que las IRAS ya no sea una de las primeras causas de mortalidad infantil, lo que actualmente es un problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. INEI Perú. [página de internet .Lima. Instituto Nacional de Estadística e Informática [actualizado Sep.2014; citado 22 Feb.2103].Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.

18. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición.
19. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
20. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
26. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas

- demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
27. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
28. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
29. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
33. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
34. Martos Carrión Esther. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
35. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
36. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
37. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

38. Belquis W. Infecciones respiratorias agudas.[monografía en internet].2010.[citada el 7 de abril 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/109201765/Infecciones-Respiratorias-Agudas-Ninos>
39. Nolzco A, y colab. Morbi -mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el hospital regional san Vicente de Paul.Arch Dom Ped.[serie en internet].[citado 26 Sep. 2103]; 33 (3).Disponible en: http://campus.uladech.edu.pe/pluginfile.php/3156821/mod_resource/content/1/Normas%20de%20Vancouver.pdf
40. Rodriguez R., Sánchez N. Infecciones Respiratorias Agudas. [Biblioteca virtual].Cuba. [Citado 7 Nov.2012]. Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm
41. Díaz M. Infecciones Respiratorias agudas. [monografía en internet].Cuba: Facultad de ciencias médicas “Ernesto Che Guevara de la serna”.2009.[citado 4 abril 2013]. Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm
42. Citep.Centro de innovación en tecnología y pedagogía.España[página de internet] 2012;.Grado de instrucción Materna.[citado 21may 2014].Disponible en:<http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder>
43. Cordero M, Rodríguez N y colab. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en al área rural de del policlínico universitario Luis Li Trijent del municipio güines –La Habana I Parte. Disponible en : http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_2_08/hab06208.pdf

44. Pérez J. Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica. Guayaquillo. [monografía en internet]. Cuba [citado 15 junio 2014]. Disponible en : http://www.monografias.com/trabajos48/riesgo-infeccion_respiratoria/riesgo-infeccion-respiratoria2.shtml
45. Instituto Peruano de Economía. [página de internet]. Lima. [actualizado 2009][citado 28 Junio 2014]. Disponible en: <http://ipe.org.pe/content/mas-viviendas-menos-hacinamiento>
46. Gonzales C, Aguilera X, y colab. Encuesta de calidad de vida y salud MINSAL. El Vigía 16. [serie en internet]. 2009 Jun. [citado 4 Julio 2014]; 5 (16). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/Vigia16.pdf>
47. Prieto M, Russ G y colab. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Med Gen Integr. [revista online]. 2009. Marz. [citado 6 Julio 2014]; **16(2)**:160-4. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi10200.htm
48. Otazú F. infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el hospital distrital de horqueta, año 2012. [Tesis para optar el grado de Lic. En enfermería] Paraguay 2013. Disponible en <http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Fabio%20Otaz%C3%BA.pdf>
49. ESSALUD. Manual de Normas y Procedimientos de Crecimiento y Desarrollo. Lima. 2010
50. Organización Mundial de la Salud, Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas Perú 2011 [página de internet]. [citado 10 Julio 2014]. Disponible en : <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf>

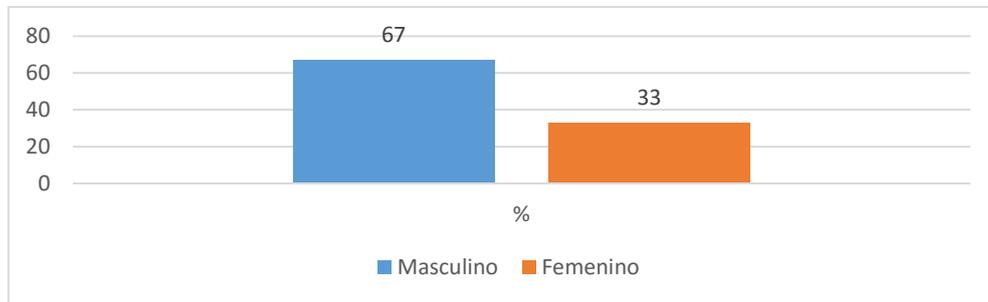
51. Moreno, L. Infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años del Consultorio Médico Popular Sector 4 Caña de Azúcar, en el sector 4 Caña de azúcar-Venezuela 2009. [monografía en internet]. Venezuela. [citada 22 Julio 2014]. Disponible en : <http://www.monografias.com/trabajos72/infecciones-respiratorias-agudas-ninos/infecciones-respiratorias-agudas-ninos3.shtml>
52. Martínez, I. Portadores asintomáticos *Streptococcus pneumoniae* en niños de un círculo infantil. Artículos microbiología. [Serie en internet]. 2010 [citado 23 Julio 2014]. Disponible en : <http://www.contactoquimico.com/htm/Articulos/Microbiologia/Microbiologia1Portadores.htm>
53. Gómez, A. Tratamiento de las neumonías extra hospitalarias en pediatría. En: Gómez Castillo J. Opiniones en neumología: Infecciones respiratorias. Madrid: Grupo Aula Médica, 1996:45-64.
54. García, A. y Colab. Microbiología de la infección respiratoria pediátrica. 2002;56:2-8
55. Sáenz, S. Manejo de las infecciones respiratorias agudas en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala. Public Health. [Revista on line] [citado 22 Julio 2014]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891997000400001
56. Dirección de epidemiología del ministerio de salud de la Nación. Abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas. [Página de internet]. Argentina 2010. [Actualizado Mar. 10; citado 22 de Julio 2014]. Disponible en : http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf_Medicina/abordaje_integral_IRA.pdf

ANEXO 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONÓMICOS

GRÁFICO 01

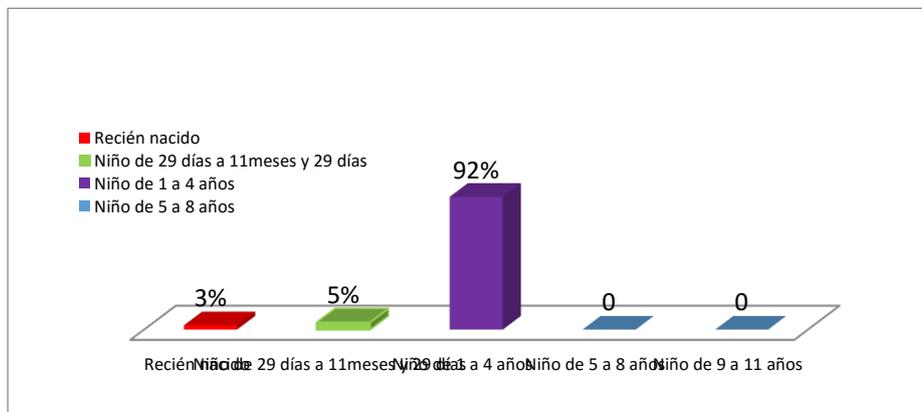
GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 02

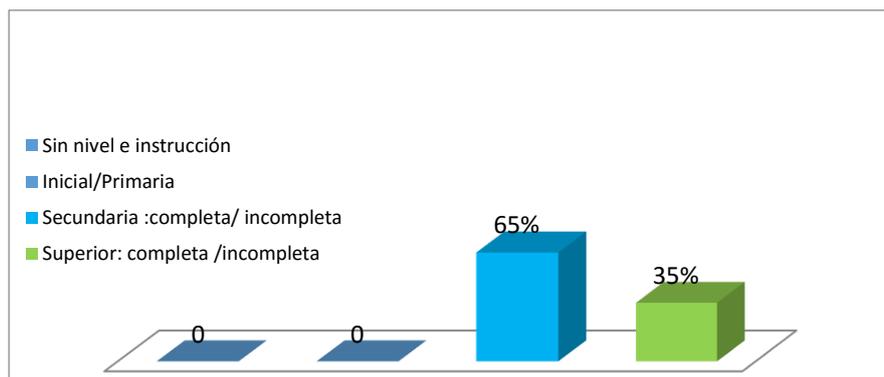
GRÁFICO SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 03

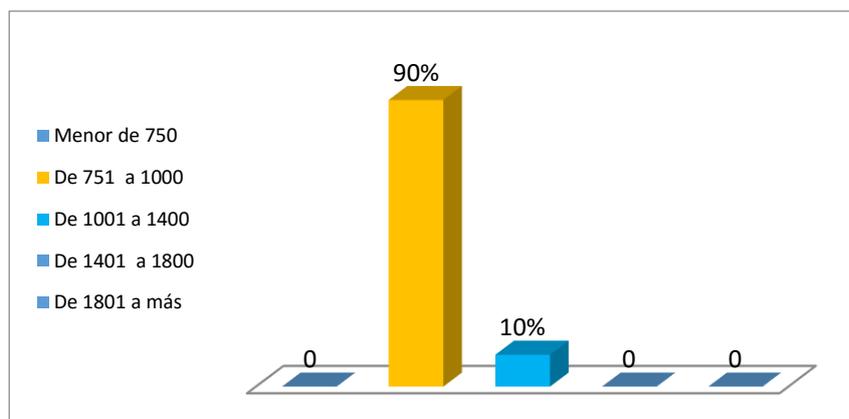
GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 04

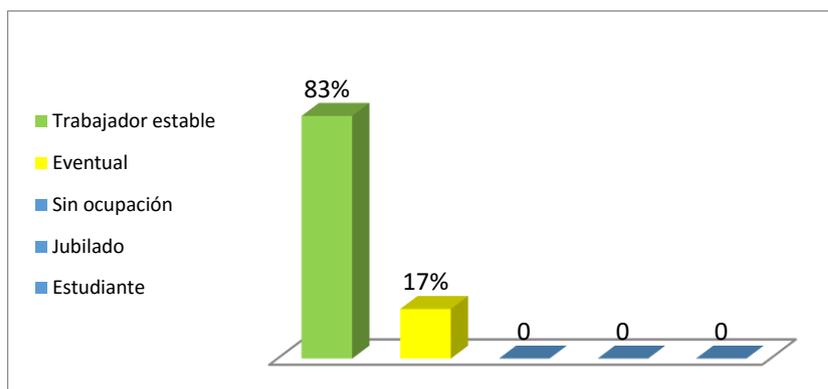
GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO EN LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 05

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012

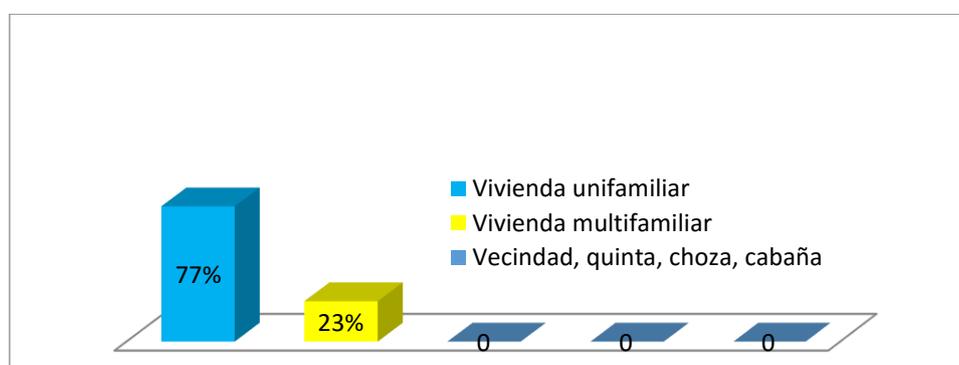


Fuente: Tabla 1

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 06

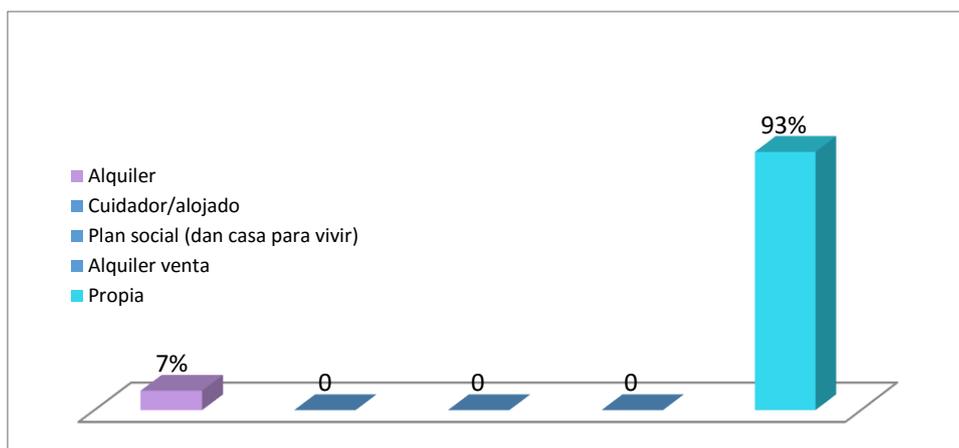
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 07

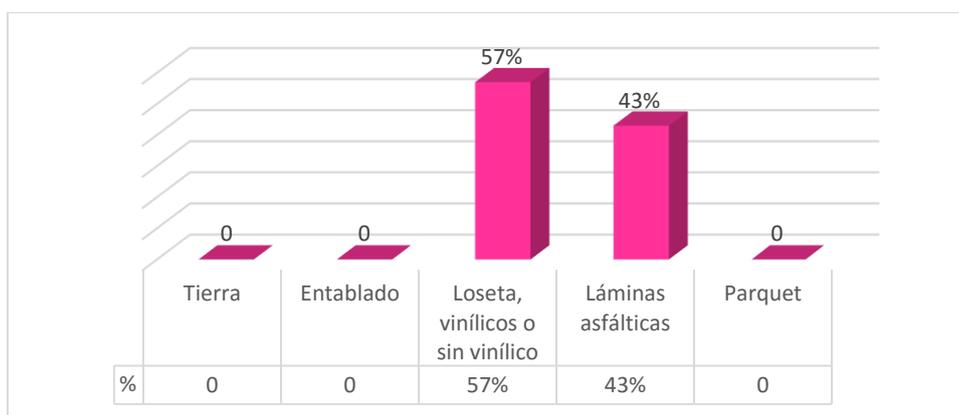
GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 08

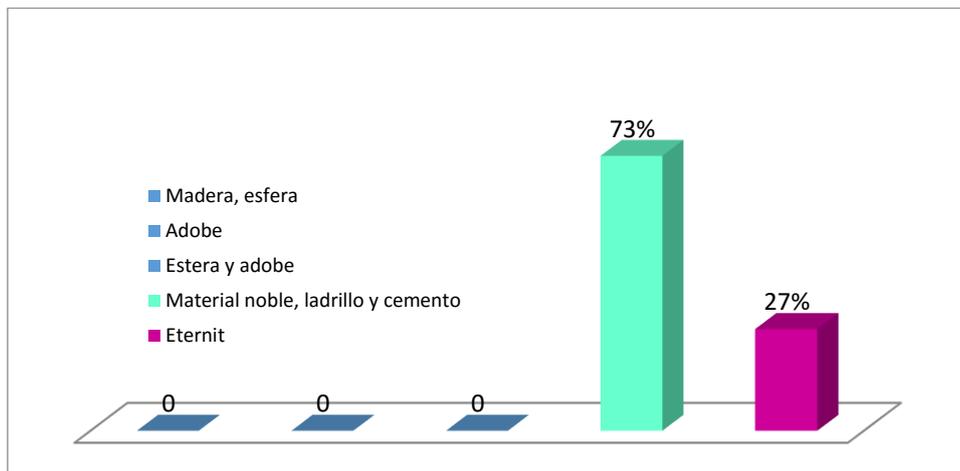
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 09

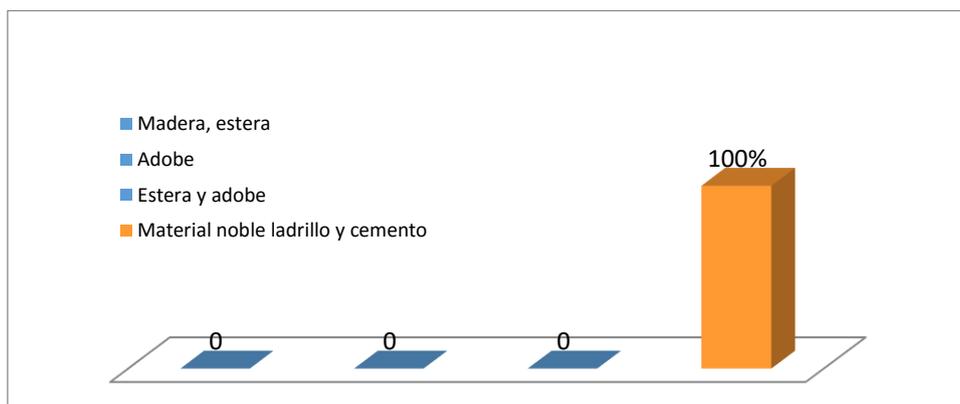
SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 10

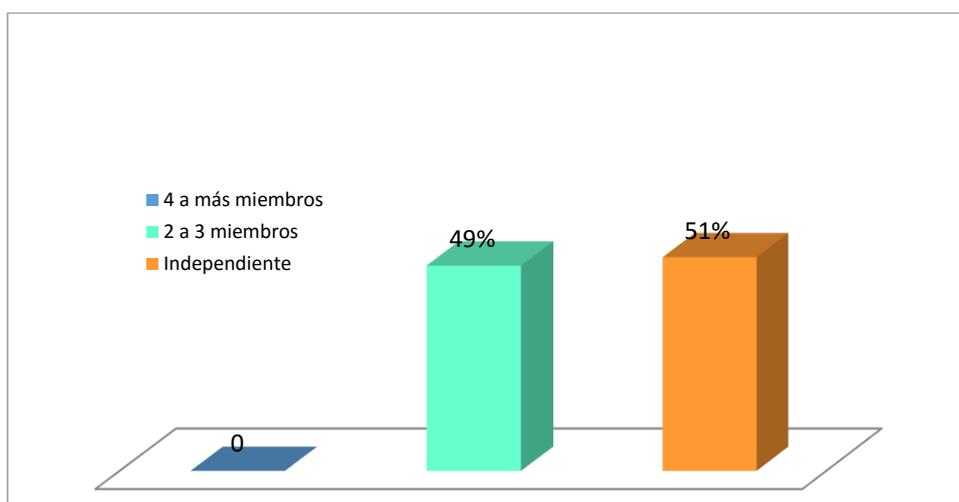
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 11

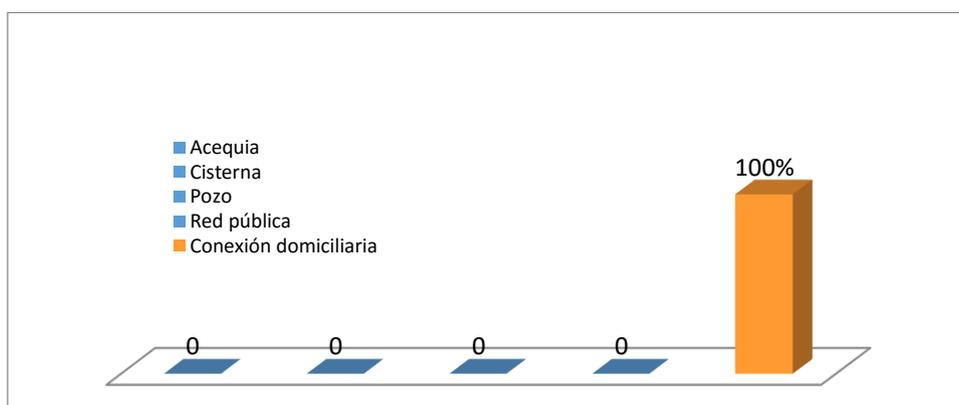
GRÁFICO SEGÚN N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 12

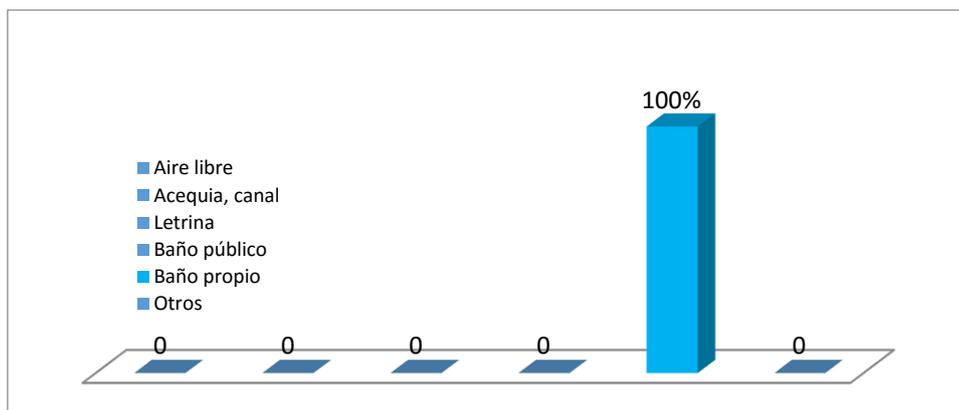
GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 13

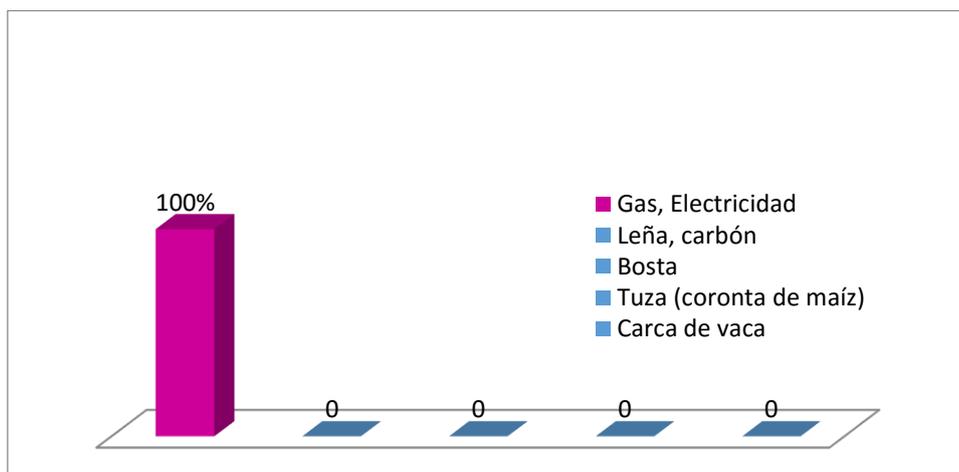
GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 14

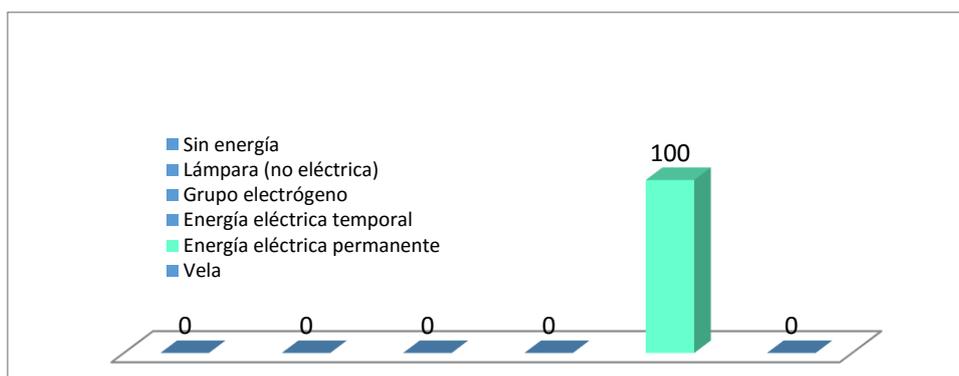
GRÁFICO SEGÚN USO DE COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 15

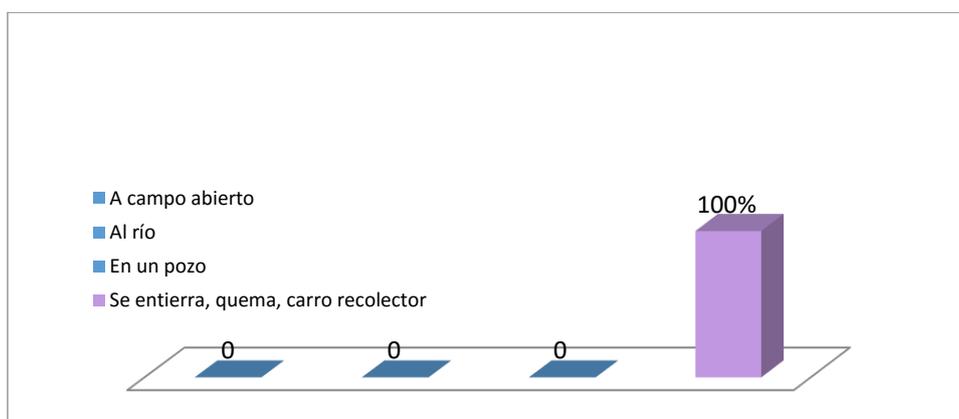
GRÁFICO SEGÚN USO DE ENERGÍA ELÉCTRICA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 16

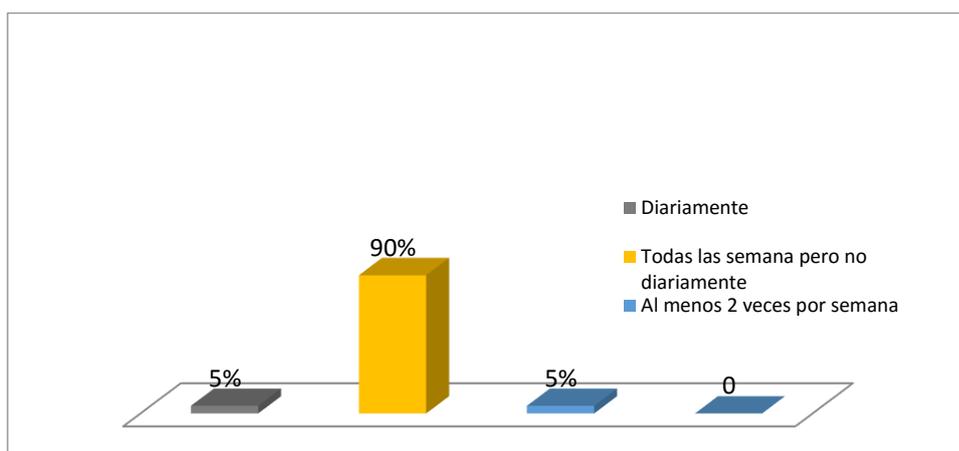
GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 17

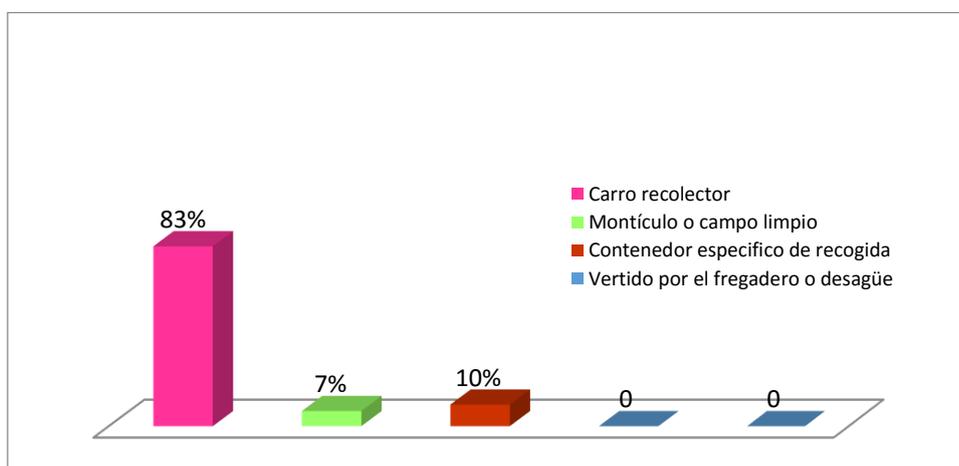
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 18

GRÁFICO SEGÚN LUGAR DE ELIMINACIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



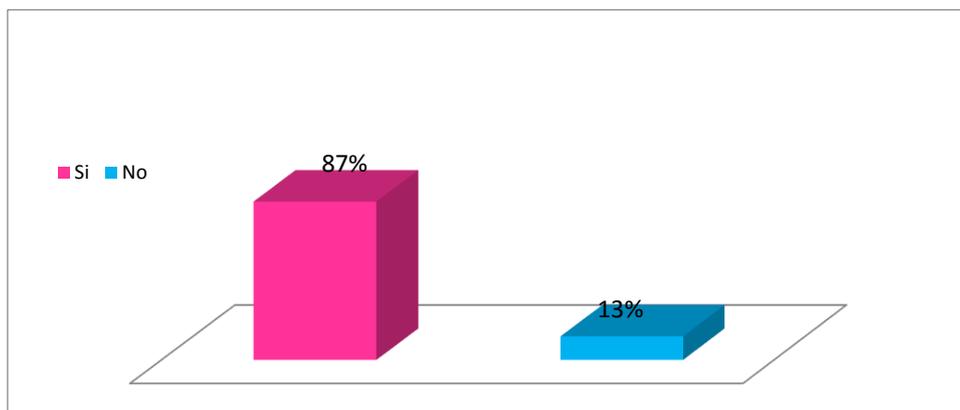
Fuente: Tabla 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS

DE VIDA

GRÁFICO 19

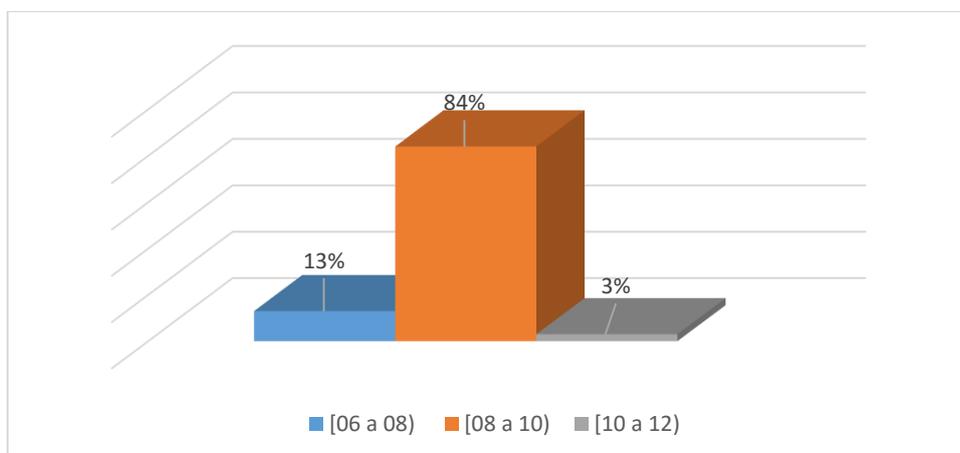
GRÁFICO SEGÚN VISITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA LA AIS/CRED DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 20

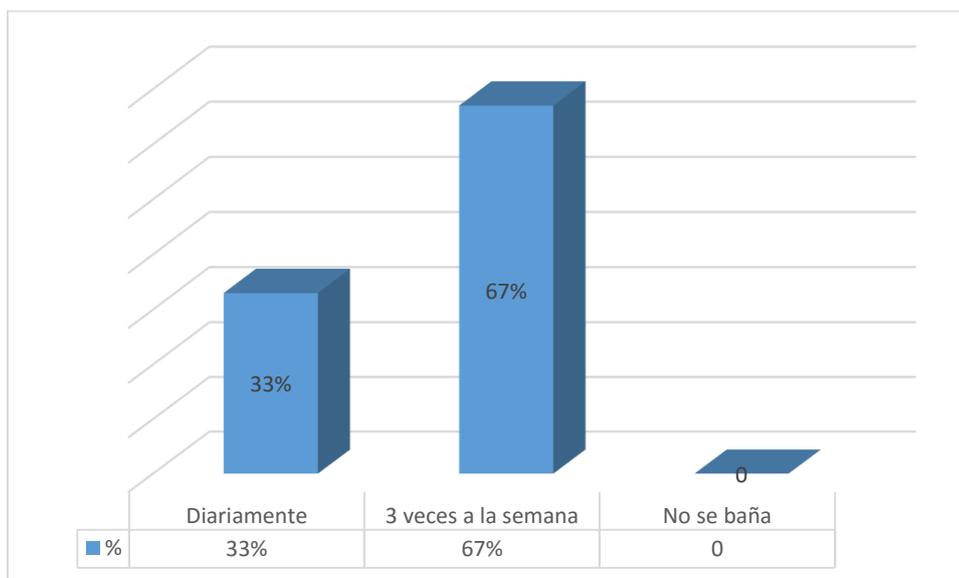
GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DURMEN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 21

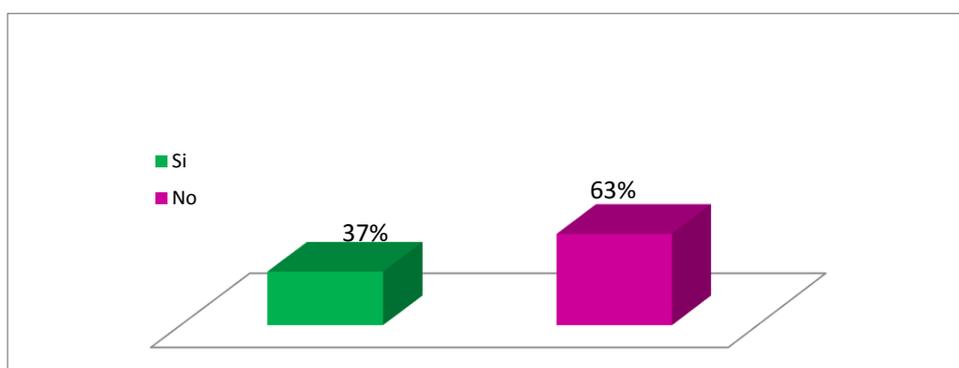
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 22

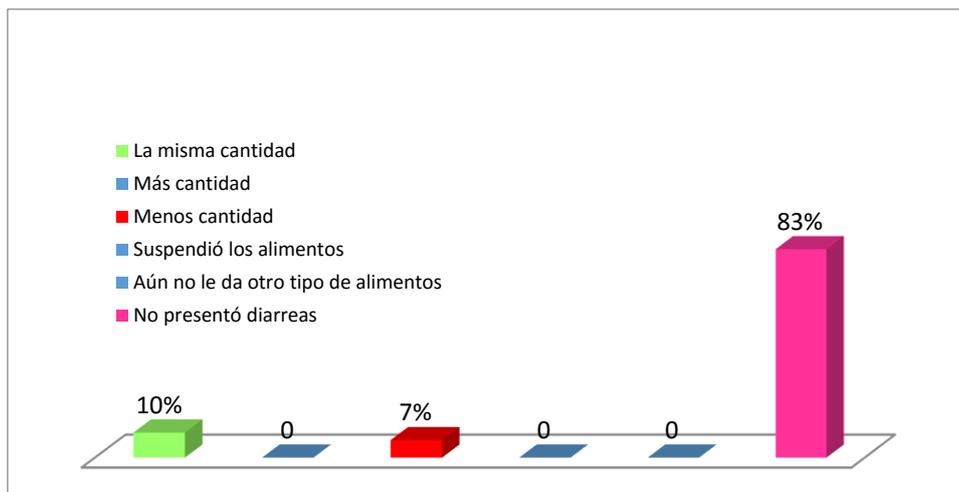
GRÁFICO SEGÚN REGLAS ESTABLECIDAS PARA LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 23

GRÁFICO SEGÚN CANTIDAD DE ALIMENTACIÓN ANTE PRESENTACIÓN DE DIARREA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 24

GRÁFICO SEGÚN ACCIDENTES QUE PRESENTARON LOS ULTIMOS 6 MESES LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.

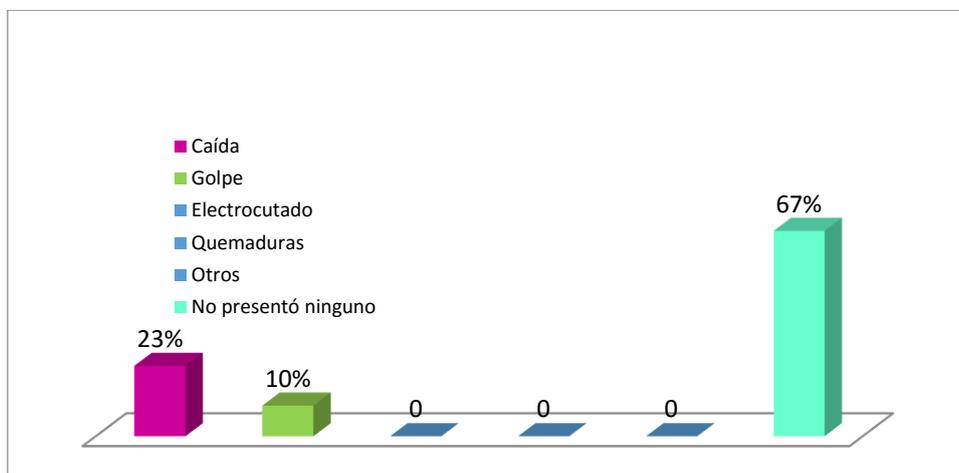
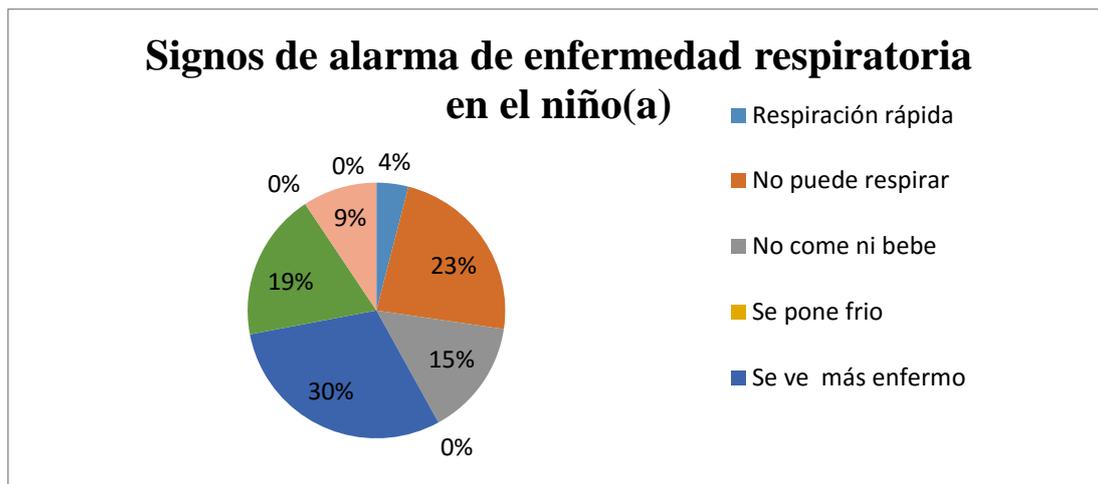


GRÁFICO 25

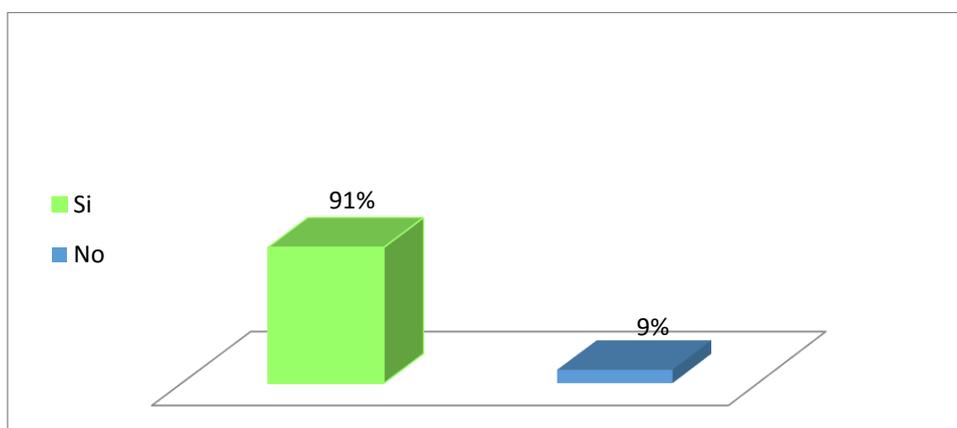
GRÁFICO SEGÚN SIGNOS DE ALARMA QUE PRESENTARON LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012.



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 26

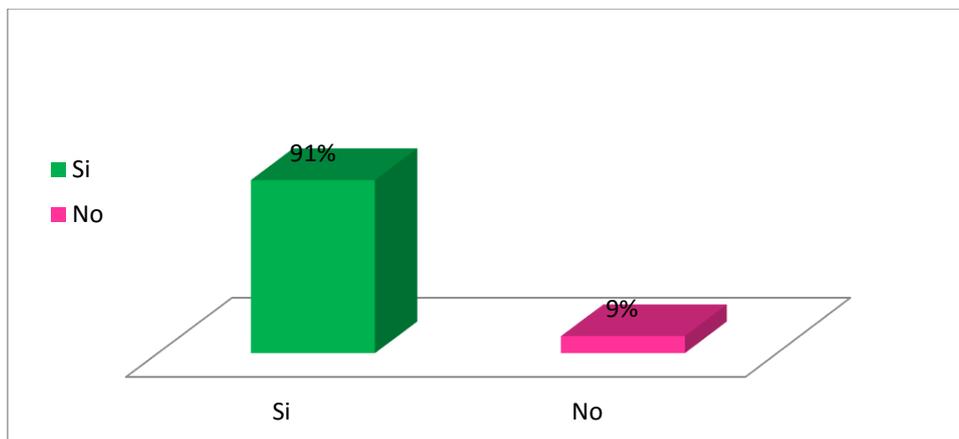
GRÁFICO SEGÚN CARNET COMPLETO DE VACUNAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 27

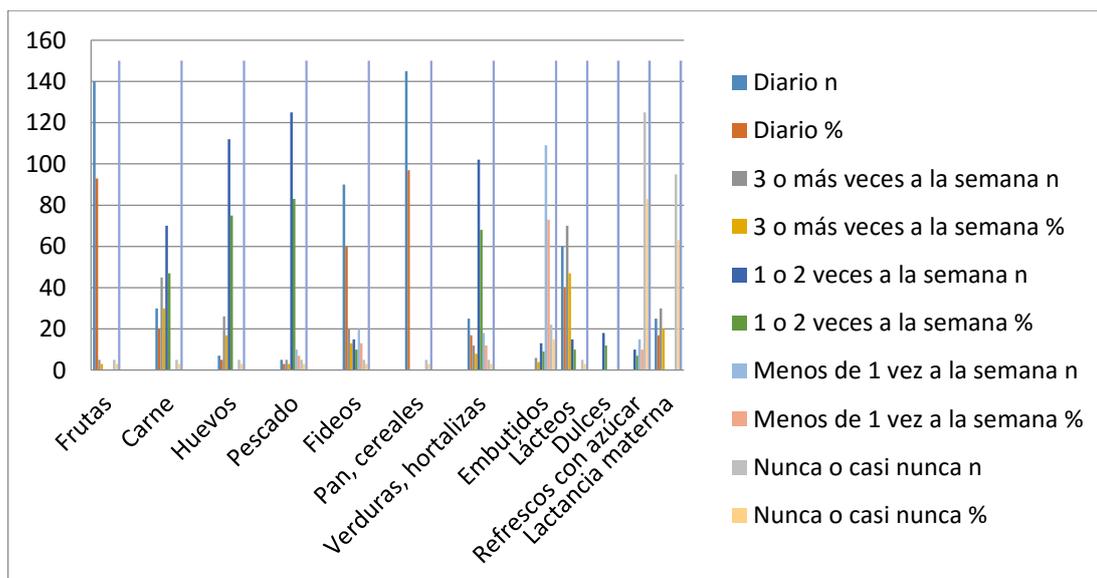
GRÁFICO SEGÚN VACUNAS Y CONTROL DE ACUERDO A SU EDAD EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 28

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012

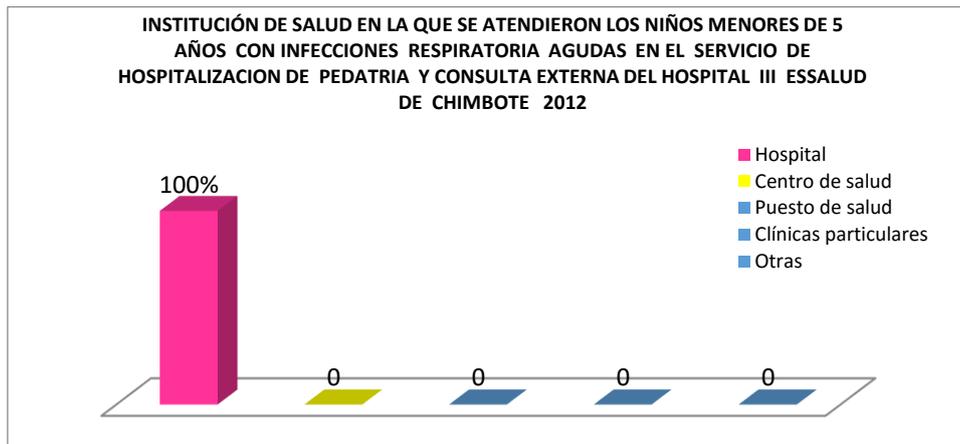


Fuente: Tabla 3

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 29

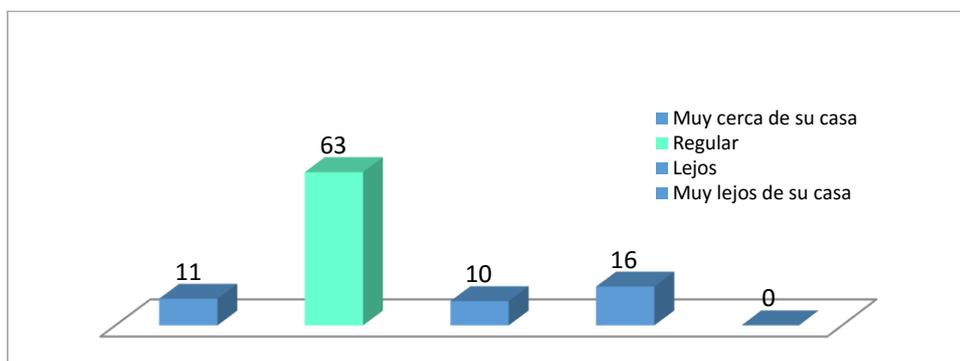
GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 30

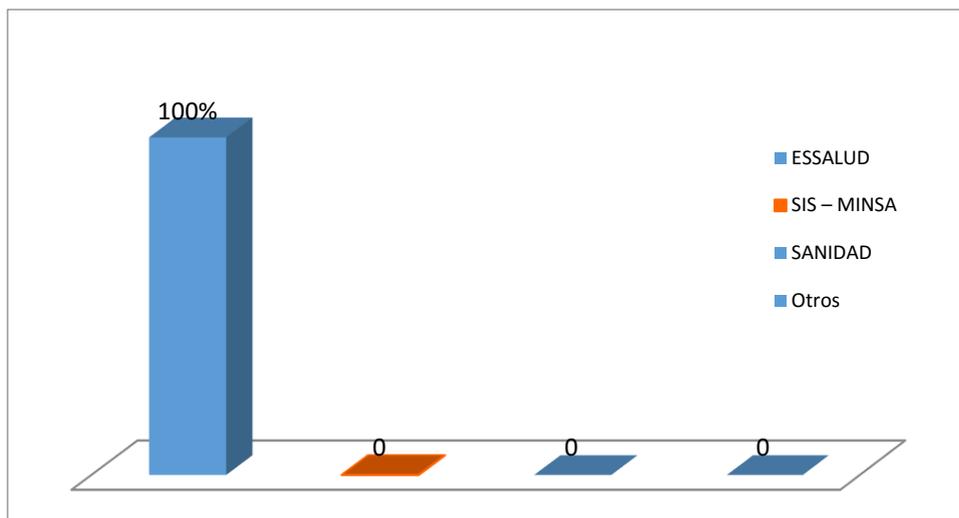
GRÁFICO SEGÚN LA DISTANCIA EN DONDE SE ATENDIERON LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 31

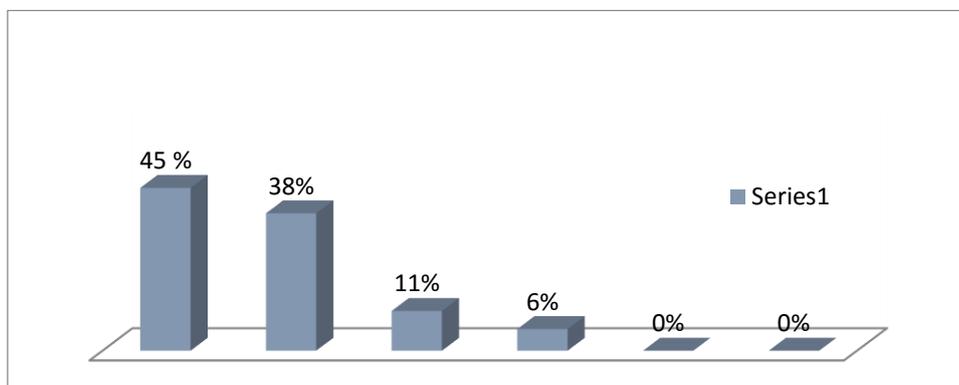
**GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012**



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 32

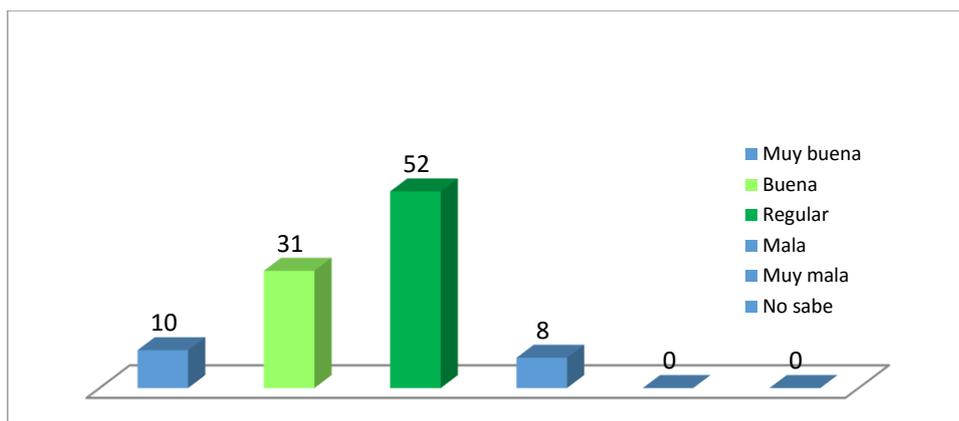
**GRÁFICO SEGÚN TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION DE LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012**



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 33

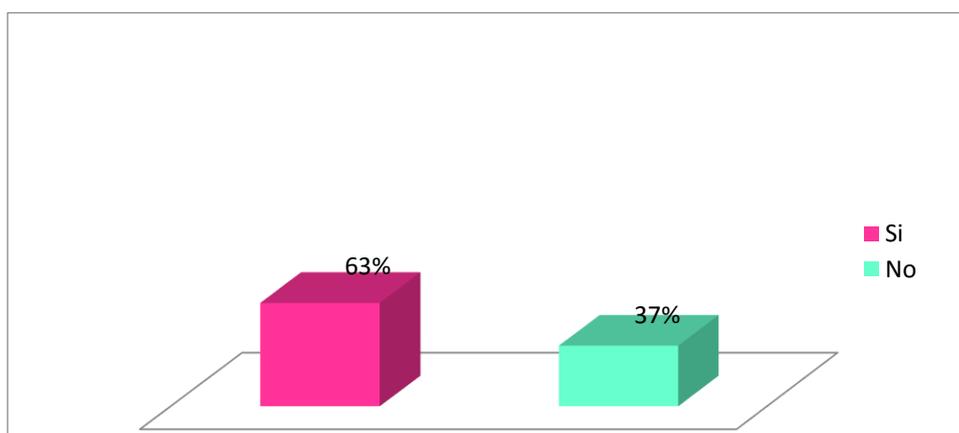
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 34

GRÁFICO SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LAS CASA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012

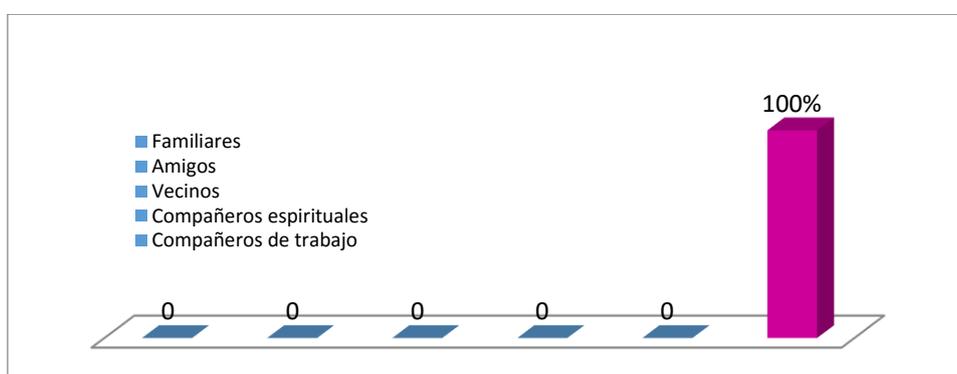


Fuente: Tabla 4

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

GRÁFICO 35

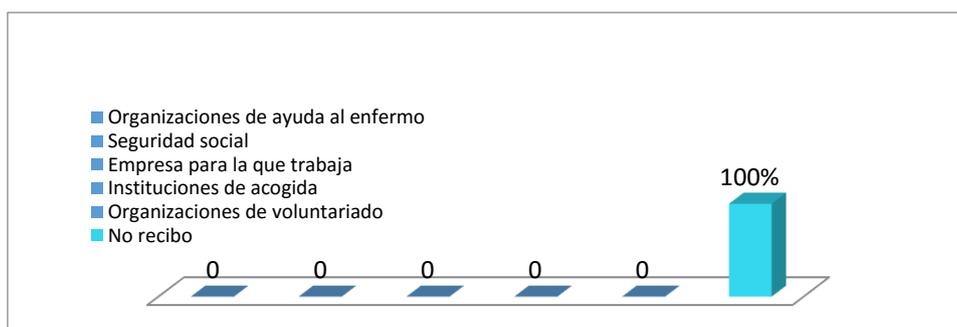
GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO 36

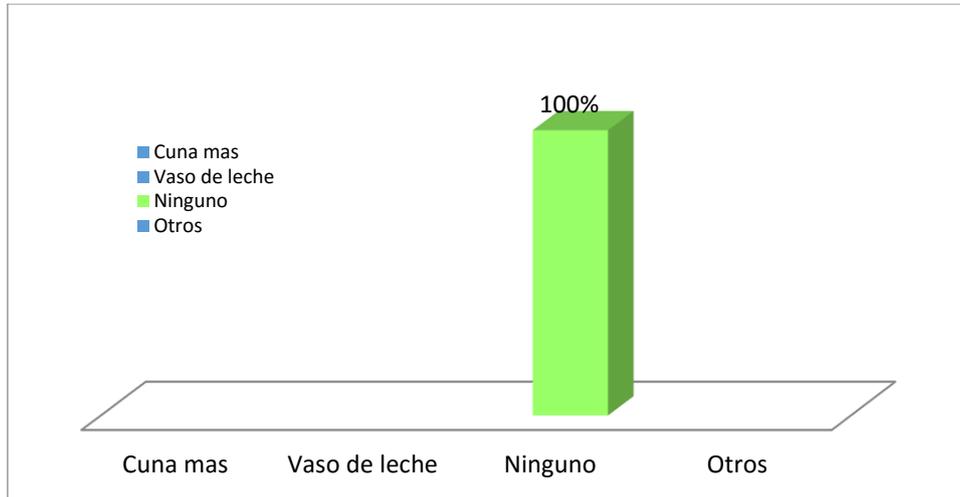
GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO 37

GRÁFICO SEGÚN ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECEN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE -2012



Fuente: Tabla 6

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
NIÑO DE 0 A 11 AÑOS EN EL PERU

Elaborado por Vílchez Reyes María Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la
persona.....

Dirección.....

...

1.-DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

- **Sexo:** Masculino () Femenino ()

- **Edad:**
 - Recién Nacido. ()
 - Niño de 29 días a 11 meses y 29 días. ()
 - Niño de 1 a 4 años. ()
 - Niño de 5 a 8 años. ()
 - Niño de 9 a 11 años. ()

- **Grado de instrucción de la madre:**
 - Sin nivel instrucción ()

 - Inicial/Primaria ()
 - Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
 - Superior completa e incompleta ()
 - Superior no universitaria completa e incompleta ()

• **Ingreso económico familiar en nuevos soles**

- Menor de 750 ()
- De 751 a 1000 ()
- De 1001 a 1400 ()
- De 1401 a 1800 ()
- De 1801 a más ()

• **Ocupación del jefe de familia:**

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Jubilado ()
- Estudiante ()

• **Vivienda**

Tipo:

- Vivienda Unifamiliar ()
- Vivienda multifamiliar ()
- Vecindada, quinta choza, cabaña ()
- Local no destinada para habitación humana ()
- Otros ()

Tenencia:

- Alquiler ()
- Cuidador/alojado ()
- Plan social (dan casa para vivir) ()
- Alquiler venta ()
- Propia ()

Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()
- Láminas asfálticas ()
- Parquet ()

Material del techo:

- Madera, estera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()

Material de las paredes:

- Madera, estera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()

Cuántas duermen en una habitación

- 4 a más miembros ()
- 2 a 3 miembros ()
- Independiente ()

Abastecimiento de agua:

- Acequia ()
- Cisterna ()
- Pozo ()
- Red pública ()
- Conexión domiciliaria ()

Eliminación de excretas:

- Aire libre ()
- Acequia , canal ()
- Letrina ()
- Baño público ()
- Baño propio ()
- Otros ()

Combustible para cocinar:

- Gas, Electricidad ()
- Leña, Carbón ()
- Bosta ()
- Tuza (coronta de maíz) ()
- Carca de vaca ()

Energía eléctrica:

- Sin energía ()
- Lámpara (no eléctrica) ()
- Grupo electrógeno ()
- Energía eléctrica temporal ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

Disposición de basura

- A campo abierto ()
- Al río ()
- En un pozo ()
- Se entierra, quema, carro recolector ()

¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos 2 veces por semana ()
- Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas ()

• ¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?

- Carro recolector ()
- Montículo o campo limpio ()
- Contenedor específico de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()
- Otros ()

2.-DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

• ¿El niño acude al establecimientos de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente?

Si () NO ()

• ¿Cuántas horas duerme el niño?

10 a 12 horas () 08 a 10 horas () 6 a 08 horas ()

• El baño en el niño es?

Diariamente () 4 veces a la semana () No se baña ()

• El niño tiene establecidas reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

Si () No ()

- **En las dos últimas semanas que su niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue en:**

- La misma cantidad ()
- Más cantidad ()
- Menos cantidad ()
- Suspendió los alimentos ()
- Aun no le da otro tipo de alimentos ()
- No presento diarreas ()

- **¿Durante los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar?**

- Caída ()
- Golpe ()
- Electrocutado ()
- Quemaduras ()
- Otros ()
- No presento ninguno ()

- **¿Durante las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño(a)? indique el signo de alarma que observo:**

- Respiración rápida ()
- No puede respirar ()
- No come, ni bebe ()
- Se pone frío ()
- Se ve más enfermo ()
- Más de 3 días con calentura ()
- Le sale pus en el oído ()
- Le aparecen puntos blancos en la garganta ()
- No presento ()

- **El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad:**

Muestra el carnet:

Si () No ()

Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad:

Si () No ()

- **DIETA:**

¿Con qué frecuencia el niño (a) y su familia consumen los siguientes alimentos?

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas.....					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos					
• Lácteos					
• Dulces					
• Refrescos con azúcar					
• LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					

3.-DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

- **¿Recibe algún apoyo social natural?**

- Familiares ()
- Amigos ()
- Vecinos ()
- Compañeros espirituales ()
- Compañeros de trabajo ()
- No recibo ()

- **¿Recibe algún apoyo social organizado?**

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()

- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()
- No recibo ()

• **Pertenece el niño en algunas de estas organizaciones de apoyo:**

- Cuna Mas si () no ()
- PVL (vaso de leche) si () no ()
- Pad Juntos si () no ()
- Qali warma si () no ()
- Otros (red) si () no ()
- No recibo ()

• **Indique en que institución de salud se atendió el niño en estos 12 últimos meses(a):**

- Hospital ()
- Centro de salud ()
- Puesto de salud ()
- Clínicas ()
- Otros ()

• **Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron al niño(a) está:**

- Muy cerca de su casa ()
- Regular ()
- Lejos ()
- Muy lejos de su casa ()
- No sabe ()

• **Qué tipo de seguro tiene el niño(a):**

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

• **El tiempo que espero para que atiendan al niño(a) ¿le pareció?**

- Muy largo ()
- Largo ()
- Regular ()

- Corto ()
- Muy corto ()
- No sabe ()

• **En general, ¿la calidad de atención que recibió el niño(a)?**

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()
- No sabe ()

• **Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si () No ()

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **cuestionario sobre determinantes de la salud de los niños en las regiones del Perú** desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Dónde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo--).

3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla --)

Tabla

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud los niños adulta en las Regiones del Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coeficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de los niños en las regiones del Perú.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

Se evalúa aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador.

ANEXO 4
REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS
EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO 05

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL NIÑO DEL PERÚ**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

INSTRUCCIONES: Colocar una “X” dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación.

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								

P6.2								
Comentario:								
P6.3								
Comentario:								
P6.4								
Comentario:								
P6.5								
Comentario								
P6.6								
Comentario:								
P7								
Comentario:								
P8								
Comentario:								
P9								
Comentario:								
P10								
Comentario:								
P11								
Comentario:								
P12								
Comentario:								
P13								

Comentario:								
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								
Comentario								
P21								
Comentario								
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								

Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

VALORACIÓN GLOBAL: ¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?	1	2	3	4	5
Comentario:					

Gracias por su colaboración.



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA Y CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE. 2012.**

Yo,.....acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....

FIRMA

