

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

## SEDE VALLE JEQUETEPEQUE

Facultad de Enfermería

Departamento Académico de Enfermería en Salud Comunitaria



### **Lactancia Materna, Inmunizaciones, Condiciones de la Vivienda, Nivel de Conocimiento de las Madres y frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 1 a 5 años de edad**

*Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería*

#### **AUTORAS:**

- *Br. Cubas Medina Gary Julissa.*
- *Br. Fernández Claros Ruby Janneth.*

#### **ASESOR:**

- Dr. Carlos Alberto Tello Pompa.

#### **COASESOR:**

- Dr. Sebastián Bustamante Edquén



**GUADALUPE-PERÚ**  
2007

***Un agradecimiento especial a Nuestro Padre Celestial:***

***Gracias padre, oh Dios del cielo  
Dueño absoluto y creador  
Sobre los cielos y la tierra  
De toda doctrina de amor.***

***Hoy que de los cielos miras  
A la tierra en su girar  
Rige Señor los senderos  
En nuestro arduo caminar.***

***Gracias por toda esperanza  
Que nos ayuda a vencer,  
La que nos muestra el camino  
Y sostiene nuestra fe.***

***Por tu bondad infinita,  
Por tu amor y poder  
Bajo tu amparo y tu guía  
Nos permites hoy crecer.***

***Porque aun entre la guerras  
Internas nos sueles dar  
Las armas que nos liberan  
Tu paz, tu amor y tu verdad.***

***Porque pese a todo ruido  
Al silencio o al dolor  
Hemos presentido tu presencia,  
Y podemos oír tu voz.***

***Gracias por ayudarnos a fortalecer  
Nuestra vocación y profesionales ser  
Por llamarnos al cuidado de la humanidad  
Con el mismo amor que tú nos das.***

***Gracias por el privilegio Señor,  
De permitirnos ser: ENFERMERAS.***

***(Gary y Ruby)***

:

***A mi Madre: Maria Irene***

***Le doy gracias a Dios por tener una Madre y un padre en una sola persona y esa eres tú madre adorada porque siempre estuviste a mi lado cuando te necesite, porque hiciste tuyas mis penas y mis alegrías fuiste participe de mis logros.***

***Eres mi gran apoyo incondicional, porque con tu buen ejemplo me inculcaste valores, con ahínco nos sacastes adelante a mi hermano y a mi logrando en mi lo que siempre anhele ser un profesional .Gracias madre por tus sacrificios y por el gran amor que nunca me faltó.....Te Adoro.***

**Gary**

***A mis abuelitos: Julio y Teresa***

***A ustedes que son mis segundos padres les quiero dar un millon de gracias porque nunca dudaron en apoyarme en todos estos años de mi vida y aun en mi vida profesional; siempre me enseñaron a no caer ya superar todos los obstáculos que se me presentaron.***

***Gracias abuelitos por uel gran amor que siempre me dieron.....Su nieta que***

***los Ama.***

**Gary**

***A mí querido sobrino:***

***A mi lindo y tierno Flavio que es la luz de mis ojos, que me inspira bellos sentimientos, es mi motivo de superación que con su llegada a este mundo a logrado un lugar muy importante en mi vida.....Tu Tia que te quiere.***

***Gary***

***A i querida Tía Sor Tersa:***

***A ti tía quiero darte infinita gracias porque eres la persona que estuvo conmigo en los momentos mas difíciles de mi vida profesional, que me apoyaste emocional, psicológica y espiritualmente; que a pesar de las distancia nunca me abandonaste al contrario siempre estas pendiente de mi, sobre todo pidiendo a Dios que me cuide y que por buen camino.....Tu sobrina que te quiere.***

***Gary***

*Les agradezco su infinito amor, su apoyo incondicional, sus enseñanzas que me dieron y que siguen dándome, por ser además de mis padres, mis buenos amigos.*

***A mi querido Padre ROGER:***

*Del cual me siento muy orgullosa,  
Por ser una persona maravillosa y un padre ejemplar,  
Por la amistad y confianza que me das a diario y que en algún momento defraude,  
Por tus consejos sabios, por enseñarme el camino correcto,  
Porque un padre como tu quedan pocos,  
Por los sacrificios que haces por y tus hijos  
GRACIAS por todo lo que haces por mí. Papito Adorado*

***A mi querida Madre LUCY:***

*Por el esfuerzo constante, sacrificio y amor desinteresado,  
Por sus atenciones, cuidados y las malas noches cuando enfermaba,  
Por su ejemplo de lucha y de fortaleza que siempre muestras,  
Por ser una buena madre, la mejor que Dios me pudo dar  
Por darme una palabra de aliento cuando en los momentos difíciles,  
Ahora que soy madre entiendo muchas cosas y que la felicidad, tristezas y logros de los hijos son también los nuestros  
GRACIAS por todo lo vivido Mamita Adorada*

*A ustedes les dedico este trabajo, por ayudarme a cumplir uno de mis grandes  
anhelos, SER PROFESIONAL.*

***(RUBY)***

*A mí adorado y amado hijo Jorgito:*

*Por que desde quimera vez en mi vientre, haz llenado de dicha y  
felicidad mi vida.*

*El día que naciste vi en tus ojos la esperanza y la fe que nunca debe  
perderse.*

*Porque eres mi fuerza y el motor que me impulsa a ser mejor cada  
día, eres y serás siempre lo más grande y maravilloso de mi vida.*

*Porque para poder obtener lo que ahora tengo sacrifique muchos  
momentos y no estuve a tu lado viendote crecer, reír y desarrollarte,  
pero mi amor valió la pena porque tu madre ahora es profesional.*

*Te ama.....Tu madre*

***A mis Hermanitos queridos y sobrino adorado: MARLON HELEN Y ADRIAN:***

*Por haberme apoyado siempre a seguir*

*Esforzándome a ser cada día mejor.*

*Por las alegrías, tristezas y algunas peleitas compartidas y*

*Por su cariño y paciencia.*

*Y especialmente a mi sobrinito que desde que nació al igual que Jorgito dieron dan mucha dicha y felicidad en nuestro hogar Adriancito.*

*Los quiero mucho*

*(RUBY)*

***No podría dejar de me mencionar a mis queridos abuelitos:***

***Antonia y Adriano:***

*Partieron a lado de nuestro creador a cual le dedicaron gran parte de su vida y al que desde muy niña me enseñaron a creer y tener fé en él porque él todo lo puede y todo lo sabe,*

*Se que desde el cielo junto a Dios están viéndome y están felices por mí,  
Gracias por sus enseñanzas y grandes momentos que Dios me permitió tenerlos a su lado.....Su nieta que siempre los tiene presente.  
(RUBY)*

*Con cariño y gratitud:*

*Al Dr. Carlos Alberto Tello Pompa,*

*y al Dr Sebastián Bustamante Edquén*

*Por su acertada asesoría,*

*Por compartir sus conocimientos,*

*Y Transmitirnos actitudes positivas.*

*Por ser además de maestro, amigo.*

*A las enfermeras asistenciales, personal técnico y los pacientes del Programa  
De Control y Desarrollo del Niño del Hospital Lafora Guadalupe*

*(GARY Y RUBY)*



# ÍNDICE

	Pág. N°
ÍNDICE	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
III. DEFINICIÓN DE VARIABLES	35
IV. RESULTADOS	43
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	56
VI. CONCLUSIONES	81
VII. RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	73

---

---

# LACTANCIA MATERNA, INMUNIZACIONES, CONDICIONES DE LA VIVIENDA, NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD

---

---

Cubas Medina, Gary Julissa<sup>1</sup>  
Fernández Claros, Ruby Janneth<sup>2</sup>  
Tello Pompa, Carlos Alberto<sup>3</sup>  
Bustamante Edquén, Sebastián<sup>4</sup>

## RESUMEN

En el presente estudio de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal se realizó en el Distrito de Guadalupe, Provincia Pacasmayo durante los meses de Octubre 2008– Enero 2009, con el propósito de determinar si la Lactancia Materna (LM), Inmunizaciones, Condiciones de la Vivienda y el Nivel de Conocimiento de las Madres condicionan la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 1 a 5 años. La muestra estuvo conformada por 154 madres de niños de la edad mencionada anteriormente pertenecientes al programa de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años del Hospital Lafora de Guadalupe, seleccionados según los criterios de inclusión establecidos. Para la obtención de datos se aplicaron tres formularios semiestructurados y una escala que mide el nivel conocimiento de las madres en Infecciones Respiratorias Agudas (Confiabilidad según Alfa de Cronbach fue de 0.884 y 0.450 respectivamente, la validez interítem-ítemtotal fue de 0.893). Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó la prueba de ETA y  $r$  de Pearson con un nivel de significancia  $p < 0.05$ . Los hallazgos muestran que no hubo relación significativa entre LM y las variables en estudio con la frecuencia de IRA.

**PALABRAS-CLAVE:** Lactancia Materna, Inmunizaciones, Condiciones de la vivienda y Nivel de Conocimientos de la madre.

---

<sup>1</sup> Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, sede Valle Jequetepeque

<sup>2</sup> Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, sede Valle Jequetepeque

<sup>3</sup> Doctor en Enfermería. Profesor Principal a dedicación exclusiva adscrito al Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

<sup>4</sup> Doctor en Enfermería. Profesor Principal a dedicación exclusiva adscrito al Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

---

---

## BREASTFEEDING, IMMUNIZATIONS, HOUSING CONDITIONS, LEVEL OF KNOWLEDGE OF MOTHERS AND FREQUENCY OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILDREN FROM 1 TO 5 YEARS OF AGE

---

---

<sup>1</sup> Cubas Medina, Gary Julissa

<sup>2</sup> Fernánadez Claros, Ruby Janneth

<sup>3</sup> Tello Pompa, Carlos Alberto

<sup>4</sup> Bustamante Edquén, Sebastián

### ABSTRAC

The present research study is a descriptive, correlational and cross sectional type. It was realized in the District of Guadalupe, Province of Pacasmayo, from October 2008 to January 2009. The purpose was determine if Breastfeeding, Immunizations, Housing conditions and The level knowledge of the mothers are a condition to frequency of Acute Respiratory Infections in children under 1 to 5 years old. The sample was composed by 154 mothers that belonged to the Development and Growth Program of children under 5 years old at the Lafora Hospital of Guadalupe that were selected as established inclusion criterias. It was applied three formularies semistructured an a measure scale of the level knowledge of the mothers in Acute Respiratory Infections (reliability as Cronbach's alpha was 0.884 and 0.450 respectively, interitem-itemtotal validity was 0.893). Test ETA and Pearson's r were used for statistical analysis with a significance level  $p < 0.05$ . The findings show there were not significative relation between Breastfeeding and the study variables with the frequency of Acute Respiratory Infections.

**KEYWORDS:** Breastfeeding, Immunizations, Housing conditions and the level knowledge of the mother.

- 
1. Bachelor of Nursing at the National University of Trujillo, Valle Jequetepeque seat.
  2. Bachelor of Nursing at the National University of Trujillo, Valle Jequetepeque seat.
  3. Doctor of Nursing. Principal Professor dedicated to the Department of Academic Family and Community Health, School of Nursing at the National University of Trujillo.
  4. Doctor of Nursing. Principal Professor dedicated to the Department of Academic Family and Community Health, School of Nursing at the National University of Trujillo.

## I. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas, representan en nuestro medio, una de las mayores causas de enfermedad de la población de niños menores de 1 a 5 años. Muchos organismos nacionales e internacionales relacionadas con la salud han hecho esfuerzos considerables por cambiar este panorama.

En el año 1989, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF hicieron una declaración conjunta para fomentar la Lactancia Materna. Estos organismos internacionales declaran que la Lactancia Materna forma parte natural e ideal de la alimentación del lactante y constituye una base biológica única para el desarrollo del niño.

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las Infecciones Respiratorias Agudas. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones (GANDARIAS, 1996.).

La lactancia Materna desempeña un destacado papel como nutriente óptimo para el recién nacido y el lactante pequeño (hasta los 12 meses de vida) (Gandarias, 1996.). La lactancia materna (LM) parece conferir protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia (Mulholland, 1994.). El amamantamiento promueve los factores

bioactivos, hormonas, factores de crecimiento, nutrientes específicos y factores estimulantes de la flora bacteriana, y produce la maduración de la mucosa gastrointestinal (ODDY, 2002.).

Para todos es conocido las ventajas que posee la lactancia materna en la alimentación del lactante; sin embargo para muchos profesionales, éstas se circunscriben a su mayor digestibilidad, su esterilidad y que resulta más económica. Es cierto que dichas ventajas tienen una gran importancia, pero consideramos muy necesario que los trabajadores de la salud reconozcan su don máspreciado: "la prevención de las infecciones". La leche materna debe ser considerada "la primera vacuna" que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes, que amenazan a éste durante el primer año de vida (HONORIO, 2001.).

La lactancia materna exclusiva ayuda a disminuir la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en 5% de los casos. Descubrimientos recientes en esta área, combinado con las tendencias mundiales actuales en relación con la lactancia han provocado un renovado interés en esta práctica tan antigua (BATISTA, 1998.).

Los bebés alimentados con Lactancia Materna presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo que puede contribuir a la reducción en la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas. Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las Infecciones Respiratorias

Agudas. La lactancia materna exclusiva asegura el crecimiento normal del niño pequeño y lo protege de infecciones respiratorias y diarreicas. El abandono de esa práctica saludable, unido a la presencia de desnutrición, incrementa el riesgo de adquirir infecciones respiratorias (BATISTA, 1998; GONZALES, 1999; PRIETO, 2000.).

Existen numerosos estudios acerca de las ventajas que proporciona la Lactancia Materna al niño entre ellas tenemos:

Calzado (1998), en su estudio “Influencia de la Lactancia Materna en la Salud del Niño” realizado en el Policlínico Comunitario Armando García Aspurú, Santiago de Cuba, nos demuestra la relación lactancia materna con enfermedades frecuentes Infecciones Respiratorias Agudas, así como otras afecciones; indica que de un total de 37 niños que representa el 94,7%, recibieron lactancia materna y no enfermaron.

Prieto (1996), en su estudio de casos y controles “Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años” realizado en el policlínico Este de Camagüey, durante el año 1996. Demuestra que al analizar el uso de la lactancia materna se observó que el 95,5 % de los casos fue inadecuada, mientras que en los controles sólo el 32,2% no la recibió de forma adecuada, comportándose esta variable como factor de riesgo.

González (2000), en su estudio sobre lactancia materna realizado en el Policlínico Docente “Rolando Monterrey” demuestra que dentro de las

enfermedades más frecuentes que influyeron en el tiempo de duración de la lactancia materna, encontramos a las infecciones respiratorias agudas con el 30%; además en el grupo de madres que lactaron adecuadamente las frecuencias de enfermedades respiratorias agudas fueron mucho más bajas

Brooks (2002), en su estudio “Factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría” realizado en hospital docente materno infantil 10 de octubre de Cuba. Encontró que el factor de riesgo más frecuente fue prácticas inadecuadas de lactancia materna con 84 casos.

Carratala (2004), en su estudio “Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos” encontró que a menor continuidad de la Lactancia Materna Exclusiva, mayor fueron los episodios de las Infecciones Respiratorias, al menos el 79,2% padeció alguna en el primer año de vida.

Ortiz (2004), en su estudio “Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas”, realizado en el Hospital Pediátrico "General Milanés", Bayamo, Granma, Cuba, encontró que la mayoría de los niños, 64,5% no recibió lactancia materna exclusiva hasta el 4to. Mes, factor que de forma unánime, se considera "de riesgo " para la adquisición y el agravamiento de las Infecciones Respiraciones Agudas.

En el Perú, Honorio (2001), en su estudio “Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas” realizado en el Centro de Salud Max Arias Schereirber de la ciudad de Lima, observa

que la Lactancia materna es una medida preventiva muy importante, pues se ha observado que el niño alimentado con lactancia materna exclusiva se encuentra protegido contra las enfermedades respiratorias y tiene más resistencia a las mismas que un niño que ha recibido lactancia mixta o lactancia artificial.

En La Libertad Huaccha y Ramírez (1990), en un estudio sobre “Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas y su relación con Vacuna y Lactancia Materna” realizado en el sector Bellavista del Distrito la Esperanza Trujillo se pudo observar que la mayor incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas moderada a grave corresponde al grupo de niños que reciben Lactancia artificial (57.1%), seguido de lactancia mixta (50.0%) y lactancia materna exclusiva con solo el 16% quedando demostrado que Lactancia Materna Exclusiva es una medida preventiva importante y de mayor seguridad para la protección del niño contra las Infecciones Respiratorias Agudas.

Por otro lado pareciera que el estado de inmunización del niño tendría relación con la alta morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

La inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud (MINSa, 2007.).



Las inmunizaciones (también llamadas vacunas) que se administran a los niños a diferentes edades sirven para prevenir enfermedades peligrosas de la infancia. Las enfermedades contra las cuales nos protegen las vacunas tienen complicaciones serias que incluso pueden ser mortales.

La inmunización expone a las personas a una cantidad muy pequeña y muy segura de las enfermedades más importantes que probablemente se vayan a encontrar en algún momento de sus vidas. Esta exposición leve ayuda al sistema inmune a reconocer y atacar la enfermedad de manera eficiente. Si las personas se exponen completamente a las enfermedades posteriormente en la vida, no resultan infectados o tienen infecciones mucho menos serias. Ésta es una forma natural de hacer frente a las enfermedades infecciosas (PAHO, 2008 citado por el MINSA, 2008.).

Existen organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han derivado sus esfuerzos en la creación de un programa que canalice estos esfuerzos.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se basa en una resolución WHA 2757 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 1974. Esta iniciativa, resultado de una acción conjunta entre las naciones del mundo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, planteó como estrategia esencial para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000, la prevención de las

enfermedades transmisibles en la población infantil, a través del uso de vacunas disponibles. (OMS/OPS, 1999.).

El pilar fundamental que ha permitido que este programa se sustente en el tiempo, a pesar de la gran diversidad entre los países signatarios, es la visión estratégica de la Organización Panamericana de la Salud de trabajar con metas transnacionales, independiente de estas diferencias. La gran diversidad en condiciones socioeconómicas, organización en salud, indicadores básicos de salud, voluntad política y convicción de la importancia del programa, como en la aceptación de las inmunizaciones por parte de la población, gratuidad del programa, en la disponibilidad de inmunizaciones de demostrada eficacia frente a problemas relevantes y contingentes en Salud Pública, disponibilidad de una red de conservación y distribución de vacunas bajo condiciones de cadena de frío y en la existencia de un recurso humano técnicamente competente, exigió que cada país pusiera énfasis en sus necesidades para cumplir las metas comunes. (OPS 1999.).

Las enfermedades objeto del Programa de Inmunizaciones son: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina (pertussis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, Haemophilus influenzae tipo B, hepatitis B (OPS, 1999.).

Se sabe que el Haemophilus influenzae tipo b (Hib) había sido el responsable, por lo menos de 380 000 muertes entre los niños en los

países subdesarrollados; tanto por las complicaciones neurológicas como respiratorias (WHITNEY, 1998.).

En Cuba, a partir de un incremento en la incidencia de la meningitis por Hib, unido a una multiresistencia a los antibióticos de elección para un elevado porcentaje de las cepas aisladas de casos clínicos, las autoridades cubanas de salud tomaron la decisión, en 1999, de incluir la vacuna contra el Hib (PRP-HBOC) en el esquema de vacunación de la población menor de un año de edad (DICKINSON, 2001.).

Después de tres años de haber empezado la inmunización, un grupo de investigadores evaluó el impacto en la salud de esta intervención. El estudio llevado a cabo por Dickinson y otros demostró que la vacunación tuvo una efectividad alta (99 %) y causó una disminución de 56, 1 % en la incidencia de la meningitis en los niños de 0 a 4 años de edad (DICKINSON, 2001.).

En relación al impacto técnico de la Inmunización, resultados similares han sido reportados en otros estudios llevados a cabo en algunos países de Asia y América Latina. En China y la India la incidencia por enfermedades causadas por Hib disminuyó en 64 % y la mortalidad en 85 %.(Whitney, 1998.). En Colombia la disminución de la incidencia fue de 40 %.<sup>10</sup> En Arabia Saudita se produjo una disminución de la incidencia de la meningitis para el Hib (Almuneef, 2001.). Estudios desarrollados en Europa, también apoyan la efectividad de la vacunación. Italia y Valencia lograron reducciones del 91 % y del 71 %, respectivamente, en la

incidencia de enfermedades invasivas causada por este agente. En Estados Unidos se reporta, un decremento de 95 % de los casos relacionados con Hib, en el período de 1992 a 1997, como resultado de la vacunación. (TEITELBAUM, 1992.).

En países en vías de desarrollo, la enfermedad por Haemophilus influenzae tipo b causa la muerte de 450,000 niños anualmente. Muchos niños mueren por neumonía y otros por meningitis. La enfermedad ha sido virtualmente erradicada en países desarrollados en donde la vacuna fue introducida una década atrás. Causa neumonía severa en alrededor del 20% de los niños y cerca de un tercio a una mitad de los casos de meningitis bacteriana en menores de dos años de edad. En países en vías de desarrollo el 40% de los casos de meningitis por este germen son fatales, y un 15 a 35% de los sobrevivientes quedan con secuelas neurológicas o sordera. La bacteria esta mostrando un incremento en la resistencia a antibióticos (HVIID, 2004; WATT, 2003.).

El compromiso de recursos económicos públicos con la inmunización se ha realizado típicamente sobre la base de la ética y derechos humanos (ausencia de enfermedad, ahorro en gastos por prestaciones, medicamentos y hotelería hospitalaria); estos mismos argumentos económicos a pesar de su esfuerzo han sido limitados en diversidad e impacto. Por lo tanto la salud y por ende la prevención de enfermedades a través de vacunación son elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando a su vez:

- Un incremento en la producción.
- Mejor educación.
- Mejora en la inversión pública y
- Un impacto positivo en la demografía.

El Programa Nacional de Inmunizaciones existió en el Perú desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del niño, con fecha 27 de julio del 2004 fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones (MINSa, 2007.).

Existen numerosos estudios que se han realizado acerca de los beneficios de la inmunización en el niño, entre ellas tenemos:

Fariñas (2000), en su estudio “Costo efectividad de la inmunización contra Haemophilus influenzae tipo b en niños entre 0-4 años” realizado en la ciudad de la Habana Cuba, encontró que La inmunización evitó 21 casos y 9 muertes, para 65,6 % y 75 % de efectividad, respectivamente.

En el Perú, Honorio (2001), en su estudio “Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas” realizado en el Centro de Salud Max Arias Schereirber de la ciudad de Lima encontró como factor de riesgo importante para la IRA la falta de vacunación, ya que ésta

es una de las principales medidas preventivas, y las inmunizaciones protegen al niño de complicaciones producidas por enfermedades inmunoprevenibles por vacunas, haciendo resistente el organismo del niño frente a la presencia de enfermedades.

En otro aspecto de la discusión sobre la temática, es necesario considerar a factores relacionados con el entorno y la vivienda.

Los factores ambientales mas frecuentes asociados a las infecciones respiratorias, incluyen el hacinamiento, el uso de lámparas a combustible por falta de energía eléctrica, la falta de acceso al agua y la ausencia de servicios sanitarios.

Se ha encontrado que hay un a relación directa sobre la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas y el hacinamiento en el hogar ya que aumenta el riesgo a enfermedades respiratorias, ello es debido a la posibilidad de contagio mediante las secreciones respiratorias que expulsamos al hablar, el respirar o al toser, siendo el riesgo mayor cuánto mas cercano están las personas.

El costo alto y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustión, conduce al frecuente uso doméstico de combustible orgánico e inorgánico, los cuáles incluyen Kerosén, madera y desperdicios humanos y agrícolas. Se calcula el 0% de las viviendas urbanas y el 90% de los rurales emplean tales combustibles como la mayor fuente de energía para cocinar y generar calor estos materiales se queman usualmente bajo

condiciones ineficientes y a menudo sin ningún tipo de chimenea. Estudios realizados, han mostrado mayor morbilidad de Infecciones Respiratorias Agudas en niños expuestos a contaminación doméstica por este tipo de compuesto (TAMALA, 2000.).

En efecto, las condiciones de vivienda desventajosas (no tener luz, agua o servicios sanitarios), el residir en zona rural y algunas características sociales de la madre, son en este sentido, las que presentan mayor relevancia como factor condicionante para las infecciones respiratorias agudas.

Con origen en aljibes, cachimbas, u otros (arroyo, río, etc.); o como se observe, no se incluye el agua que proviene de pozos surgentes. Aún reconociendo que en áreas urbanas y peri urbanas existen en estos casos riesgos de contaminación, hay que considerar que las redes generales (que ofrecen las mayores garantías) no son una opción factible en buena parte del territorio nacional, y que no son evidentes los efectos negativos de importancia, en la salud de la población que se abastece de este tipo de fuente. (ENCARTA, 2008.).

La distancia de acarreo, se encuentra sin duda relacionada con el riesgo de contaminación. Sin embargo, no es posible tenerla en cuenta en esta oportunidad al no contarse con información sobre esta variable en el Censo de 1996. (INEI, 1996.).

Los desagües de los servicios higiénicos a la superficie o a huecos en el suelo, representan carencias sanitarias de importancia, así como el

uso compartido de los servicios por otros hogares. Los pozos negros o fosas sépticas no se incluyen como carencias, dado que las redes generales de evacuación tienen una cobertura parcial, aún en áreas urbanas. Por otra parte, los riesgos de contaminación asociados a esos sistemas pueden estar en muchos casos razonablemente neutralizados si la construcción de las conexiones y depósitos se ajustan a las especificaciones técnicas.

El mantenimiento de condiciones higiénicas adecuadas a los hábitos de un hogar se compromete severamente, si el servicio sanitario es compartido con otros hogares, y no dispone de descarga instantánea de agua. (ENCARTA, 2008.).

El no tener servicio sanitario en la vivienda supone el doble de riesgo para la defunción infantil que el hecho de tenerlo; es con mucho, el factor de riesgo más fuertemente asociada a la mortalidad infantil, con una clara significación estadística. Es lógico el gran peso de este factor, dada la indudable influencia que tiene sobre la muerte; en este período ejercen las condiciones higiénico-ambientales; a su vez, resume el efecto de otros factores de riesgo muy relacionado con ella, referido a las condiciones de la vivienda. (Gonzales, 1990.).

En el estudio que realizó González (1990), el análisis se realiza teniendo en cuenta las condiciones más riesgosas se aprecia, en primer lugar, que la tasa de mortalidad infantil sería de 60,5%, 3,5 veces la tasa real alcanzada en 1982. Esto significa que si todos los menores de un año



vivieran bajo condiciones socioeconómicas relativamente adversas sin agua, electricidad ni servicios sanitarios dentro de la casa, fueran hijos de madres menores de 18 años, ni casadas, ni unidas, pertenecientes al grupo social de trabajadores por cuenta propia, etc. su probabilidad de morir sería similar a la de los niños de muchos países latinoamericanos. La verdadera tasa cubana, comparada con este pronóstico, da una idea de los avances que en materia social ha experimentado Cuba, los cuales han favorecido indudablemente a la salud materno-infantil.

Fernández (1999), reportó que el índice de consultas en niños en condiciones de hacinamiento, se eleva a 5,9 consultas por niño por año y aunque en su estudio este factor no influyó tanto como el hábito de fumar en los padres o el uso de lactancia artificial, debe tenerse siempre en cuenta.

Las malas condiciones de la vivienda y el hacinamiento, unido a otros factores como el nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres y la presencia de alérgenos, sobre todo inhalantes, favorecen la infección y se asocian a mayor morbilidad y mortalidad (RIVERON, 1999; JONES, 2003; PERONI, 2003.).

Las investigaciones acerca de las condiciones de la vivienda como factor de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas en niños, son realmente pocas, pero que sin embargo son necesarias conocerlas.

Prieto (1996), en su estudio de casos y controles “Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años” realizado

en el policlínico Este de Camagüey, durante el año 1996. Demuestra que el hacinamiento tuvo relación con las Infecciones Respiratorias, pues un 60% de los casos presentaba este factor en los controles se presentó de forma diferente, solo el 11.1% dormían hacinados.

Ortiz (2004), "Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas", realizado en el Hospital Pediátrico "General Milanés", Bayamo, Granma, Cuba, encontró que el hacinamiento estuvo presente en 54,4 % de los casos afectados por Infecciones Respiratorias Agudas.

Finalmente se considera necesaria para la presente investigación, tener en cuenta, el nivel de información de la madre sobre este tema.

El nivel de información materna, sobre Infección Respiratoria Aguda es la medición del conocimiento, actitud y práctica materna acerca de las medidas preventivas sobre Infección Respiratoria Aguda.

Russel (1998), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a través de estos.

Villapando (1998), al respecto sostiene que el conocimiento es único de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual, ello se

origina de concepciones aislados y de hechos causales de ellas. Conocimiento de la razón, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas.

Para Bunge (1995), el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose a todas las representaciones que el común de los hombres si hacen su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales sociales se materializan mediante le lenguaje simple y natural del conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.

Kant (2002), en su teoría de conocimiento refiere que éste esta determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimiento, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia.

De lo expuesto por los cuatro autores se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población rural o urbano-marginal, pues ellos continúan poniendo en

práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan ante las enfermedades de acuerdo a la opción y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos. Por ejemplo, las percepciones sobre la causalidad de las enfermedades, pueden afectar las prácticas evolucionadas con la exposición al enfriamiento. Las madres son generalmente muy cuidadosas con respecto a dejar a los niños descubiertos o al bañarlos cuando el clima está muy frío. Tal preocupación en cuanto a la temperatura puede, sin embargo, conducir a la exposición a factores de riesgo como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos para producir calor (CAMACHO, 2002.).

La madre como principal responsable de la crianza del niño, cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad, entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo, por medio de una educación formal e informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias, costumbres y prácticas, entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje. Evidenciándose que las madres relacionan la enfermedad como causas posibles del desabrigo, el enfriamiento, la ingesta de frutas cítricas, entre otras (HONORIO, 2001.).

Existe consenso en que cuantos mayores son los conocimientos de las madres acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas, posiblemente relacionados con un mejor nivel socioeconómico y educacional, mayores son las posibilidades de que tales infecciones sean prevenidas e identificadas correcta y oportunamente en el seno familiar y de que se instauren medidas preventivas o curativas adecuadas. En particular, la capacidad de las madres para reconocer los signos que indican que un niño puede tener neumonía, llevarlo al centro de salud, administrar correctamente el tratamiento en el hogar si así se prescribe, y regresar con él al centro si su condición se agrava, es un elemento esencial en el desenlace de esta enfermedad, por su influencia en la supervivencia del niño. (CAMPBELL, 1998.).

El mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y familias es una de las estrategias principales del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (OPS, 1998.).

Las investigaciones halladas acerca sobre el nivel de conocimiento de las madres como un factor de riesgo para las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños son escasas, las cuales se exponen a continuación.

Quiroz y Bizconde (1999), en el trabajo de investigación que realizaron “Efectividad del modelo Educativo de Enfermería sobre el control – prevención de IRA y EDA en el nivel de conocimiento en los padres de niños menores de 5 años” realizado en la Campaña de Moche los

resultados obtenidos demuestran que un nivel de conocimiento alto en los padres ayudan a mejorar y controlar las infecciones respiratorias y diarreicas agudas.

A nivel Regional encontramos a León (1995), en su investigación "Factores que influyen en el nivel de información materna e incidencia de IRA en niños de 1 año" realizado en Trujillo metropolitano observamos que el nivel de información influye en las medidas preventivas para las Infecciones Respiratorias Agudas.

Y finalmente nos referimos al objeto principal de la presente investigación.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son un complejo, conjunto de afecciones clínicas de diferentes etiología y gravedad comprometiendo uno o más partes del aparato respiratorio, tiene una duración menor de 14 días y representa uno de los problemas principales de salud en los menores de 5 años. La gran mayoría de episodios son leves y autolimitado, pero sin embargo uno de cada 30 de estos episodios genera complicaciones de las cuales se estiman que mueren entre el 10% y el 20% de los niños afectados (CIFUENTES, 1997.).

El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, solo en contadas ocasiones es motivo de infección. En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa proporciona la infección (BENQUIQUI, 1999.).

La mayor parte de las Infecciones Respiratorias Agudas tienen lugar de forma epidémica en los meses de otoño e invierno, y en su etiología se invoca especialmente, los virus respiratorios: Rinovirus, Adenovirus, Influenza, Parainfluenza, etc., aunque también juega un papel fundamental algunas bacterias y otros microorganismos (MULHOLLAND, 1998.).

En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Las Infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio (LEONARD 1998; VEJAR 1998.).

A pesar de los éxitos obtenidos en el control de las Infecciones Respiratorias Agudas entre las décadas de los años cuarenta a los setenta del siglo anterior, continúa siendo uno de los principales problemas de salud en el mundo. De hecho, a nivel mundial, es la primera enfermedad en importancia por su elevada morbimortalidad, ocasionadas por neumococos, etc. En la actualidad se estima, entre 300 a 500 millones de casos anuales y diariamente mueren de 3000 a 5000 personas, la mayoría de ellos niños menores de cinco años (BATISTA, 1998.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 1999) estima que alrededor de 4.3 millones de niños menores de 5 años de edad mueren

cada año en el mundo por infección respiratoria aguda. En la Región de las Américas las infecciones respiratorias agudas se ubican entre las primeras 5 causas de defunción de menores de 5 años y representa la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud.

Según estudios realizados en países de América latina más de 140 000 niños menores de 5 años mueren anualmente por neumonía, por cada 8 fallece un niño por infecciones respiratorias agudas y estas constituyen la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas. Estas cifras por sí solas hacen comprender la necesidad de programas para su control. La Organización Mundial de la Salud en los últimos años ha apoyado el programa de control de Infecciones Respiratorias Agudas en el que uno de sus pilares fundamentales lo constituye el manejo estándar de casos, que destaca que por su etiología y evolución en la mayoría de los casos resulta innecesario y hasta perjudicial el uso de productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas y más aún el uso indiscriminado de antibióticos (SUAREZ, 2000.).

Actualmente en el Perú, las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de morbilidad y la segunda de mortalidad en los menores de 5 años. Al respecto, el número de casos registrados de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, según la Dirección General de Salud de las personas del Ministerio de Salud (Oficina Ejecutiva de Estadística), en el año 2001 fueron 2 174 000 casos.



Las infecciones respiratorias agudas representan el 40 y 60 % de las consultas a los servicios de salud y entre el 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas muchas de las cuales se asocian a complicaciones posteriores que afectan la salud y relación social del niño (MINSA, 2001.).

Desde el año 2006 el Programa del Control de las Infecciones Respiratorias Agudas forma parte del Programa de crecimiento y desarrollo como parte del paquete integral que se le brinda al niño, tomando en cuenta la clasificación de la Infecciones Respiratorias Agudas según los lineamientos de la OPS/OMS que está orientado a permitir la detección, tratamiento y prevención de la Infección Respiratoria Aguda por la familia y el personal de salud. Se clasifican en ENFERMEDAD MUY GRAVE, NEUMONIA GRAVE, NEUMONIA Y NO NEUMONIA, las cuáles pueden o no estar acompañadas de fiebre y presentar uno o más de los siguientes síntomas.

ENFERMEDAD MUY GRAVE (Que comprende: sepsis, meningoencefalitis, proceso infecciosos generalizado y Crup con dificultad respiratoria), se caracteriza por presentar frecuencia respiratoria rápida o taquípnea, retracción del tórax, cianosis, aleteo nasal, dificultad para alimentarse ausencia de sibilancias.

NEUMONIA GRAVE (Que comprende: Bronconeumonía, empiema, absceso pulmonar o bronquiolitis con dificultad respiratoria) Se caracteriza por presentar tos con expectoración purulenta, frecuencia respiratoria de

50 a 70 por minuto sin tiraje, secreción nasal verde o amarillenta, dolor y/o secreción purulenta disfonía o voz apagada, faringe con secreción purulenta.

NEUMONIA (Que comprende: Bronquiolitis con dificultada respiratoria) Se caracteriza por presentar respiración rápida, no presenta tiraje, ni sibilancia y ni signos de peligro.

NO NEUMONIA (Que comprende: resfrío común sinusitis, faringitis, adenoiditis, faringoamigdalitis purulenta aguda, bronquitis, crup o bronquiolitis sin dificultad respiratoria) se caracteriza por la ausencia de la respiración rápida, no hay tiraje ni signos de peligro. Entre los factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas encontramos a: Lactancia Artificial (por la falta de anticuerpos maternos), Vacunas Incompletas, Hacinamiento entre otros (MINSA, 2006.).

En La Libertad reportaron 342.771 casos de Infecciones de las vías respiratorias en el año 2006 (INEI 2006).

A nivel local en el Hospital Lafora de Guadalupe durante el año 2007 se presentaron 1.797 casos de Infecciones Respiratorias Agudas en niños de 1 a 5 años de edad según la Oficina de Estadística e Informática (2008) del Hospital mencionado anteriormente.

En esta investigación, tenemos como objeto de estudio a algunos factores condicionantes: Lactancia Materna, Inmunización, Condiciones de la Vivienda; y la Frecuencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en

Niños de 1 a 5 años. Dichos niños serán considerados de aquellos que pertenecen al Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) donde se otorga el Paquete de Atención Integral de Salud del Niño, del Ministerio de salud (MINSA), del Hospital Lafora de Guadalupe. Nuestro propósito fundamental está dirigido a incentivar a los padres de familia a la participación en el cuidado del niño teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna y las inmunizaciones en su salud y desarrollar inevitablemente la educación para la salud manteniendo en condiciones adecuadas su vivienda y el interés por mantenerse informados acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas ya que es una enfermedad que afecta principalmente a los niños. Este programa a nivel nacional cuenta con la participación directa de la enfermera que tiene como función la Vigilancia Epidemiológica, Conserjería en Prevención, Promoción y Recuperación en Atención Directa al usuario; otra de sus funciones es el trabajo en equipo realizando interconsultas con los demás profesionales de salud que cuenta el Hospital a fin de dar una buena atención al usuario de acuerdo a las necesidades que éste requiera.

Hay que considerar que además la presente investigación es necesaria para los (as) gerentes del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas y de Crecimiento y Desarrollo, porque enfocaría puntos críticos de la educación sanitaria para la modificación de aquellas conductas no saludables.

Es importante para la población en general y para las madres en especial, debido a que identificados aquellos factores que condicionan la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas, pueden intervenir a nivel del hogar, para identificar signos de alarma y valorar aquel factor que atribuye condicionando a este riesgo.

Es necesario para la escuela de enfermería, para implementar nuevas estrategias de trabajo en familias, a nivel local, así mismo para diseñar un sistema de vigilancia basada en riesgos identificados.

El marco teórico que orientara a la presente investigación es una modificación de hecha por las autoras al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

El término de promoción de la salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, el gran historiador médico definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación y afirmó que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. (OPS, 1996.)

Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus

necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La Organización Panamericana de Salud (1996.), sostuvo que la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en prácticas.

Nola J. Pender (1999), en su Modelo de Promoción de la Salud, enfatiza la importancia mediadora de los procesos cognitivos en la regulación de conductas, definiendo a la promoción de la salud como actividades encaminadas a promover estilos de vida sanos. Este modelo de enfermería está muy ligado a la promoción de la salud y nace como una concepción que une a la salud el concepto de bienestar, tomando el aspecto positivo de ella y encaminando las acciones del hombre hacia su propio desarrollo y a un alto nivel de bienestar personal (MARRINER Y RAILE, 1999.).

Un resumen de su concepción, puede verse en la siguiente figura:

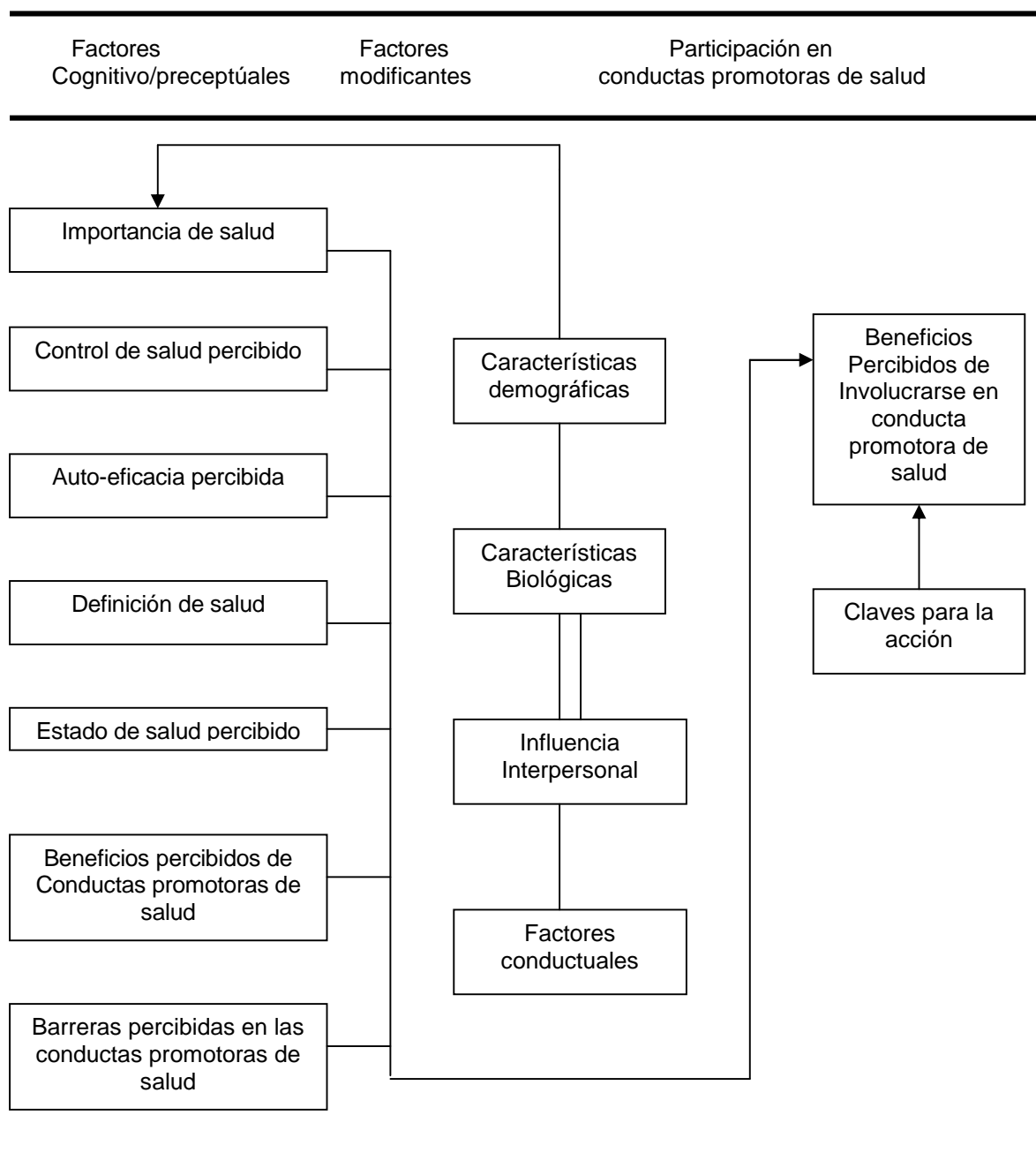


Fig. 1- Modelo de Promoción de la Salud de Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice (2ª edic.). Nueva York; citado por Marriner y Raile (1999).

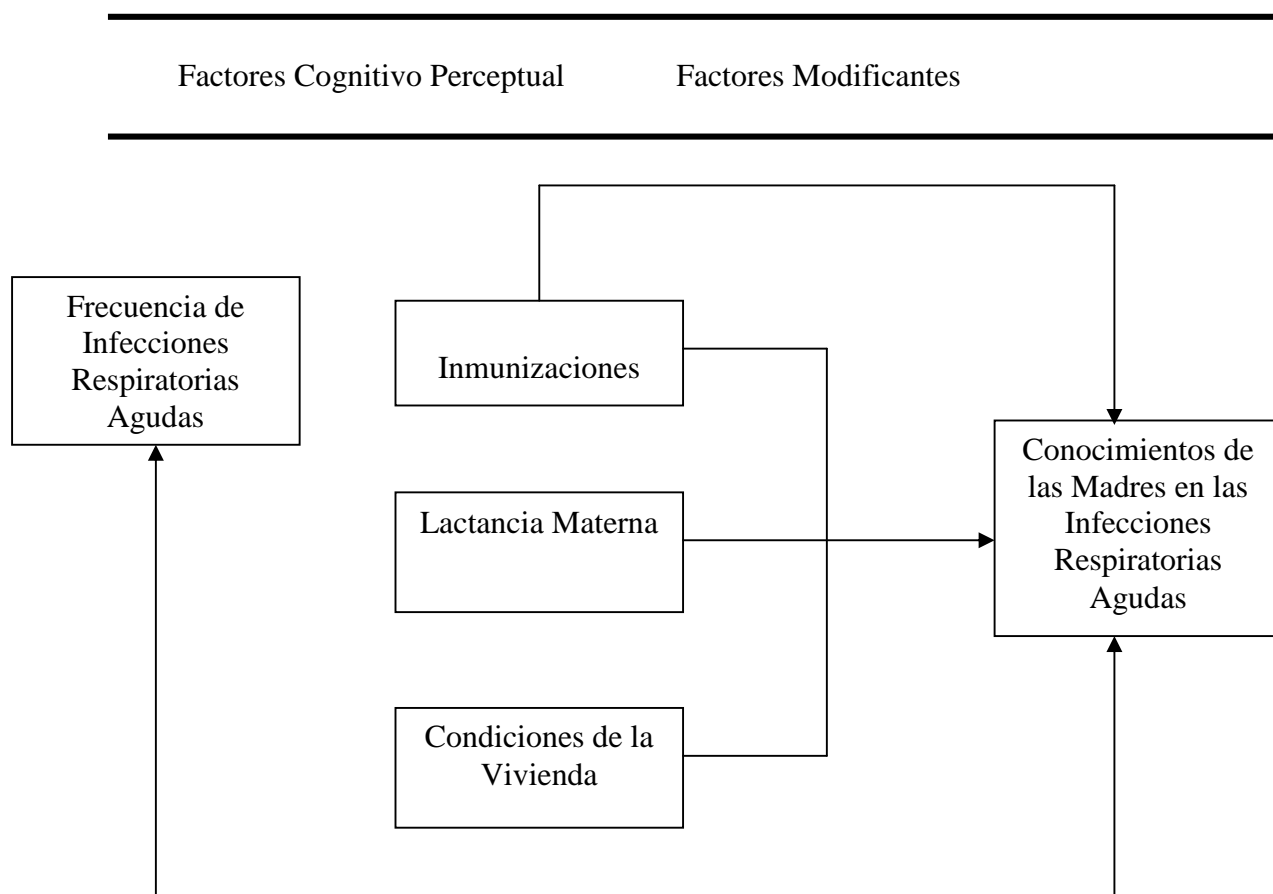


Fig. 2- Esquema propuesto por las autoras para las variables de Influencia de la Lactancia Materna, Inmunizaciones, Condiciones de la vivienda y el nivel de conocimiento de la madre en la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 1 a 5 años.

El cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los períodos de la enfermedad y la salud, la actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado, para ello la enfermera debe ser competente en el dominio del

conocimiento científico la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto nivel moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida. Estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, ignorancia sobre los acontecimientos de su salud, crea un ambiente de incertidumbre, inseguridad y ansiedad; por lo que la enfermera debe poseer habilidades y destrezas que permitan al paciente verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiendo a la enfermera conocer al usuario y lograr su aceptación y participación en el cuidado que recibe empoderándose al saber cuidar de sí mismo, siendo así el cuidado de enfermería un proceso mental que se expresa a través de sus acciones, palabras, actitudes, y aplicación de técnicas propias. (REMUZGO, 2003.).

En ese sentido, y teniendo en cuenta las variables que presenta la investigación, las autoras proponen un constructo tal como se visualiza en la pagina 33, en donde se considera a los factores modificantes y los cognitivos perceptuales en su relación con los conocimientos de las madres en relación con las Infecciones Respiratorias Agudas.



**FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la relación existente entre Lactancia Materna, Inmunización, Condiciones de la Vivienda y Nivel de Conocimiento de las Madres en la frecuencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 1 a 5 años del Hospital Lafora de Guadalupe?

**HIPÓTESIS:**

- La Lactancia Materna, Inmunización, Condiciones de la Vivienda y el Nivel de Conocimientos de las Madres influirán significativamente en la frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 1 a 5 años de edad.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación es de tipo Descriptiva, Correlacional de corte transversal, se realizó en el Hospital Lafora de Guadalupe Octubre 2008 - Enero del 2009.

### 2.2.- UNIVERSO:

El universo del presente estudio estuvo constituido por 251 menores de 1 a 5 años que acuden a su control del Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Lafora de Guadalupe.

Criterios de inclusión:

- Menores de 1 a 5 años de edad que acuden al programa de crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Lafora de Guadalupe que halla presentado un episodio de IRA.
- Menores de 1 a 5 años que cuenten con su Carnet de control y de inmunizaciones.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes sin alteración del estado mental.
- Madres que voluntariamente deciden participar en el estudio.
- Niños que estén registrados en el Hospital Lafora.
- Madres que residan por lo menos 1 año en la zona.

### **2.3.- UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Estuvo constituida por la madre del menor de 1 a 5 años.

### **2.4.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

La muestra estuvo conformada por 154 madres de niños menores de 1 a 5 años que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Lafora de Guadalupe (Anexo 1); considerándose la muestra de tamaño adecuado y accesible en razón al tiempo destinado a la realización de la investigación.

### **2.5.- INSTRUMENTO:**

Para la recolección de datos se utilizó cuatro instrumentos, los cuales se describen a continuación:

#### **A. Formulario Semiestructurado sobre lactancia materna.**

Es un instrumento elaborado por las investigadoras y consta de 4 ítems frente a los cuales se solicitará a los entrevistados que indiquen la frecuencia con la que llevan a cabo el acto de amamantar o dar de lactar comprendido en dicha escala.

#### **B. Formulario Semiestructurado Inmunizaciones.**

Es un instrumento elaborado por las investigadoras y consta de 2 ítems frente a los cuales se solicitará a los entrevistados que indiquen el estado de vacunación de su niño.

### **C. Formulario Semiestructurado sobre el nivel de condiciones de la vivienda.**

Es un instrumento elaborado por Honorio C. (2001); el cual fue modificado por las investigadoras, y consta de 6 preguntas cerradas que permitió determinar el nivel de condición de la vivienda en la que vive el niño y su familia.

### **D Escala sobre el nivel de conocimientos en infecciones respiratorias agudas**

Es un instrumento elaborado por Rodríguez Y. (1990); el cual fue modificado por Quiroz R. (1999); que también fue modificado por las investigadoras, y consta de 10 preguntas cerradas que permitió determinar el nivel de conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias en las madres de familia participantes.

## **2.6.- PROCEDIMIENTO:**

Después de realizar los diferentes trámites administrativos con la directora del Hospital Labora de Guadalupe y enfermera encargada del programa; y de haber obtenido el consentimiento informado de las madres de los menores pertenecientes al programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED), los instrumentos fueron aplicados a cada madre del mencionado programa anteriormente, teniendo en cuenta los principios éticos de anonimato y de confidencialidad.

## 2.7.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez obtenidas las encuestas se realizó el análisis de los datos por pruebas estadísticas. La información obtenida fue tabulada y procesada con el software estadístico SPSS (The Statistical Package For The Social Sciences) versión 15.0 y presentada en cuadros estadísticos descriptivos simples y de contingencia.

Se aplicó la  $r$  de Pearson para establecer la correlación entre las variables principales, en aquellas otras variables secundarias se aplicó la prueba estadística Eta, cuando el caso fue requerido; es decir cuando hubo que hacer cruces de variables de intervalo con variables nominales. Considerándose significativo cuando la probabilidad fue menor del 5% ( $P < 0.05$ ).

## 2.8.- CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

### PRUEBA PILOTO:

Los instrumentos utilizados en la siguiente investigación, han sido ampliamente aplicados en diversas investigaciones anteriores a esta, sin embargo para verificar su aplicabilidad han sido sometidos a una prueba preliminar de campo durante una investigación realizada el año pasado en una población de características similares, utilizando una muestra parcial seleccionada de pacientes de la zona que, finalmente no participaron en la

muestra definitiva, conformada por 20 madres de familias de niños de 1 a 5 años.

### **CONFIABILIDAD:**

La confiabilidad se determinó a través del coeficiente de Alfa de Cronbach del software SPSS v. 14.0. Obteniéndose los siguientes valores: 0.884 y 0.450 respectivamente para la Escala de Información sobre Lactancia Materna y acerca de la Escala de Información sobre Inmunizaciones.

### **VALIDEZ:**

La principal preocupación de cualquier investigación, es la validez: si el instrumento utilizado mide el fenómeno que se pretende medir (Hernández, 2003), es decir, si los datos recogidos por el investigador reflejan o no con precisión los fenómenos que están siendo investigados (Polit y Hungler, 1999) Para lograrlo, se correlacionó las tres escalas aplicadas en este trabajo de investigación utilizando la prueba interitem-item total. El valor fue de 0.893.

## **2.9.- CONSIDERACIONES ETICAS:**

**Anonimato.** Por la cual no se dio conocer el nombre de los participantes

**Consentimiento informado.** Se informó con detalle del procedimiento y las intenciones de la investigación, garantizando en cualquier momento que si el (a) participante desea abandonar el estudio, no será obstaculizada en ningún momento.

**Beneficencia.** Por medio de la cual, se garantizó a la participante que cualquier beneficio que traiga su participación en el estudio será acreedora a la misma.

**No maleficencia.** Por medio del cual se evitó por todos los medios posibles que las participantes sean objeto de daño, discriminación o mala intencionalidad al respecto.

### III. DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### A).- Lactancia Materna:

**Definición Conceptual:** La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre. Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño a la vez que fortalece el vínculo materno-filial. La OMS (1999), recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

**Definición Operacional:** Se operacionalizó en las siguientes categorías :

- Lactancia Materna Adecuada. (Recibió Lactancia Materna Exclusiva durante los 6 primeros meses de vida)
- Lactancia. Materna Inadecuada (Recibió otra diferente a la Lactancia materna).

#### B).- Inmunizaciones:

**Definición Conceptual:** Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

**Definición Operacional:** Se operacionalizó en las siguientes categorías:

- Inmunizado (Calendario de vacunación completa del niño )
- Vacunado (Calendario de vacunación incompleta del niño)



### C).- Condiciones de la Vivienda:

**Definición Conceptual:** El índice de Condiciones de Vivienda está compuesto por cuatro indicadores obtenidos a partir de la información sobre la vivienda y el hogar en el Censo de 1996. Las unidades de información se clasifican según el cumplimiento de estándares mínimos establecidos de acuerdo a la información disponible, verificando que cada indicador discrimine diferentes niveles de la variable. Los indicadores finalmente seleccionados son los siguientes:

**Hacinamiento;** Hogares con más de tres personas por habitación utilizada para dormir.

**Energía eléctrica;** Hogares en viviendas que no poseen ninguna fuente de energía eléctrica.

**Acceso al agua;** Hogares que utilizan para beber y cocinar con agua.

**Servicio sanitario;** Sin servicio sanitario; o sin sistema de evacuación; o con servicio sanitario sin descarga instantánea de agua, compartido con otros hogares.

**Definición Operacional:** Se operacionalizó en las siguientes categorías:

- Adecuada (Aquella que cumple con los requerimientos de una vivienda para vivir cómodamente además de la eliminación correcta de basura y excretas, 4 ó 3 de las condiciones se considerará también adecuada)

- Inadecuada (Aquella que solo cumple con 2 ó menos de los requerimientos de la vivienda).

**D).- Conocimiento que tiene la madre del niño menor de 5 años acerca de las Infección Respiratoria Aguda:**

**Definición Conceptual:** Es el conjunto de información que posee la madre del niño menor de 5 años acerca de los signos y síntomas de la Infección Respiratoria Aguda y las medidas preventivas de la misma, valoradas como alto medio y bajo, recogido a través de la entrevista, utilizando como instrumento a cuestionario.

**Definición Operacional:** Se operacionalizó en las siguientes categorías:

- Alto (Alcanzando una puntuación de 17 a 20 puntos)
- Medio (Alcanzando una puntuación de 14 a 16 puntos)
- Bajo (Alcanzando una puntuación de 10 a 13 puntos)

**E).- Infección Respiratoria Aguda (IRA):**

**Definición Conceptual:** Son un complejo grupo de afecciones clínicas de diferentes etiología y gravedad, que afecta a una o más partes de las vías respiratorias las cuales tiene una duración menor de 14 días.

**Definición Operacional:** Se categorizará como Prevalencia a más de 3 episodios de Infecciones Respiratorias Agudas en 1 año.

## IV. RESULTADOS

## CUADRO 1

Frecuencia de Infección Respiratoria Aguda según variables demográficas: Edad de la madre, edad del niño, tamaño familiar y tipo de familia. Guadalupe. 2008

Variables	Frecuencia de IRA							
	Ninguna vez	%	1-2 veces	%	3 a más veces	%	Total	%
<b>Edad de la madre</b>								
15 - 18	2	11.1	8	44.4	8	44.4	18	100
19 - 25	10	14.5	41	59.4	18	26.1	69	100
26 a más	11	16.4	41	61.2	15	22.4	17	100
								r = 0.118 p > 0.131 N. S.
<b>Edad del niño</b>								
1 - 2 años	7	12.5	29	51.8	20	35.7	56	100
> 2 - 3 años	6	17.1	19	54.3	10	28.6	35	100
> 3 - 4a 11m 29d	9	14.8	41	67.2	11	18	61	100
								r = 0.150 p > 0.182 N. S.
<b>Tamaño Familiar</b>								
3- 4 miembros	21	19.6	69	64.5	17	15.9	10,7	100
5 - 6 miembros	1	2.9	16	47.1	17	50	34	100
7 a más miembros	1	7.7	5	38.5	7	53.8	13	100
								r = 0.337 p > 0.367 N. S.
<b>Tipo de Familia</b>								
Nuclear	21	17.9	75	64.1	21	17.9	117	100
Extendida	2	5.7	14	40	19	54.3	35	100
Incompleta	0	0	1	50	1	50	2	100
								r = 0.319 p > 0.343 N. S.

Fuente: Elaborado a partir del formulario encuesta. 2008.

r = 0.319 p > 0.343 N. S.

En el presente cuadro se muestra la Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niños de 1 a 5 años, con relación a algunas variables situacionales: la edad de la madre, la edad del niño, el tamaño de la familia y el tipo de familia.

En lo que respecta a la edad de la madre, en la categoría de 15 a 18 años de edad, encontramos porcentajes similares (44.4% respectivamente) en aquellos que tuvieron de 1-2 veces y de 3 veces a más episodios de IRA en el menor. En la categoría de 19 a 25 años se encontró un porcentaje mayor en la categoría de 1 a 2 veces episodios de IRA (59.4%). Y en la categoría de 26 años a más de edad, el mayor porcentaje se encuentra en 1 a 2 veces episodios de IRA (61.2%). Por lo presentado podemos afirmar que a mayor edad materna, habría mayores posibilidades de encontrar frecuencia de IRAs de 1-2 veces.

Con respecto a la edad del niño, se observa que en la categoría > 3 – 4 a 11m 29d, encontramos que el mayor porcentaje es 67.2 % el cual corresponde a los niños que tuvieron de 1 a 2 episodios de IRA; seguido, por la categoría de 2 – 3 años cuyo porcentaje es de 54.3 % en niños que tuvieron de 1 a 2 episodios de IRA. En la categoría de 1-2 años encontramos que el mayor porcentaje es 51.8%, por lo que podemos afirmar que en la edad de 3 – 4 a 11m 29d hay mayor posibilidad de que el niño presente de 1 a 2 episodios de IRAs.

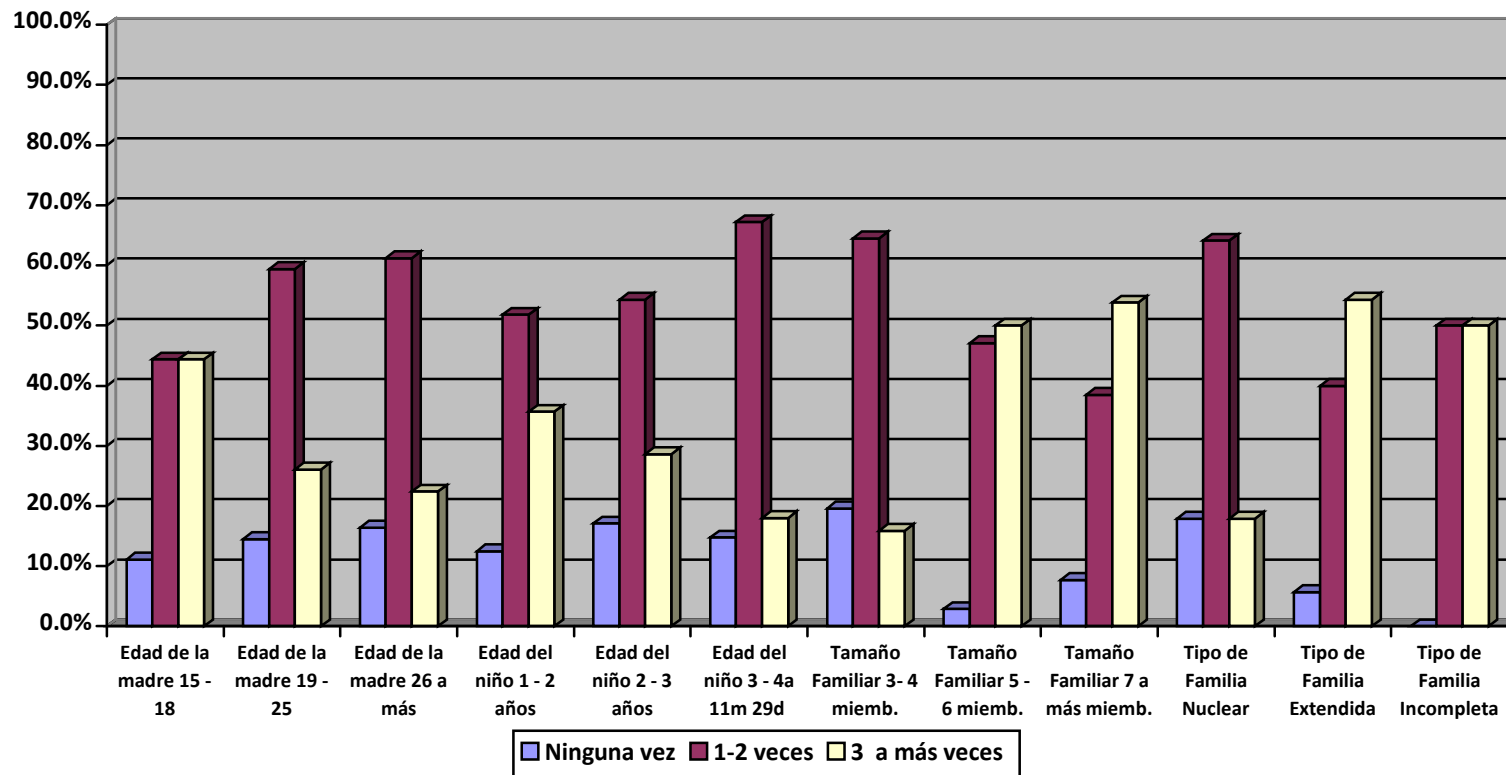
En la variable tamaño familiar, se observa el mayor porcentaje de 64.5% en la categoría de 3 – 4 miembros en aquellos niños que tuvieron de 1 a 2 episodios de IRA. Mientras que, en la categoría de 7 a más miembros se observa un porcentaje de 53.8% en aquellos niños que tuvieron de 3 a más episodios de IRAs. En la categoría de 5 a 6 miembros el mayor porcentaje es de 50.0% con

una frecuencia de IRA de 3 a más episodios. Por lo que se puede observar mientras menor sea el número de miembros en la familia los episodios de IRAs en los niños también será menor.

En este cuadro se observa que en la categoría tipo de familia Nuclear el mayor porcentaje es 64.1% en aquellos niños que tuvieron de 1 a 2 episodios de IRA. Mientras que en la categoría Tipo de familia Extendida el mayor porcentaje es 54.3% en aquellos con episodios de 3 a mas veces de IRA. En la categoría Tipo de familia Incompleta el mayor porcentaje es 50.0% con una frecuencia IRA de 3 a más episodios. Por lo que podemos definir que mientras el niño viva en una familia nuclear los episodios de IRAs será menor.

Figura 1

Frecuencia de IRA's según Variables Demográficas



**CUADRO 2**

**Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas según Lactancia materna  
en menores de 1 a 5 años de edad. Guadalupe. 2008.**

<b>Frecuencia de Ira</b>	<b>LACTANCIA MATERNA</b>				<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Adecuada</b>	<b>%</b>	<b>Inadecuada</b>	<b>%</b>		
Ninguna	22	20.6	1	2.1	23	14.9
1- 2 veces	77	72.0	13	27.7	90	58.4
3 a más veces	8	7.5	33	70.2	41	26.6
total	107	100	47	100	154	100

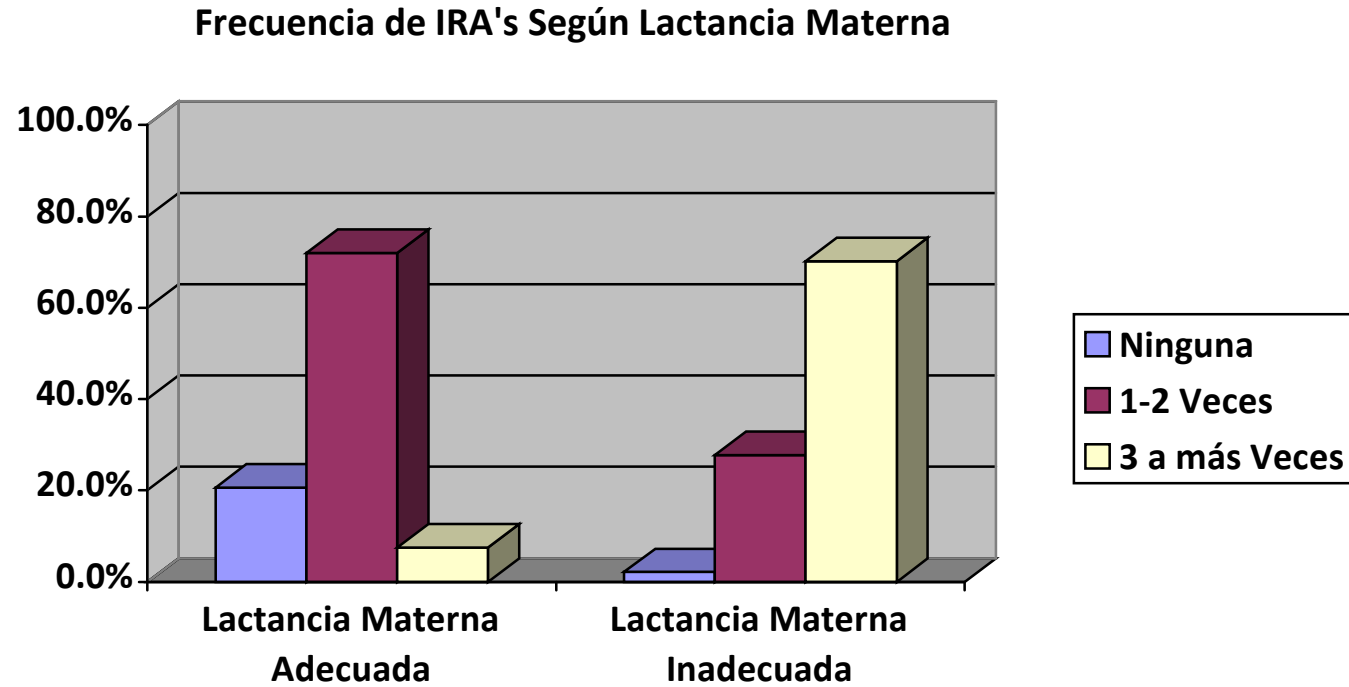
Fuente: Ibídem

ETA= 0.658 p = >0.05 N. S.

En el presente cuadro se puede observar que el mayor porcentaje (58.4%) de menores de 1 a 5 años presentó Infecciones respiratorias agudas con una frecuencia de 1-2 veces en los 3 últimos meses; no obstante, en la categoría de Lactancia Materna Adecuada, encontramos que el mayor porcentaje (72%) correspondió a IRAs con una frecuencia de 1-2 veces. En la categoría de Lactancia Materna Inadecuada se observa también mayor porcentaje (70.2%) de IRAs con una frecuencia de 3 a más veces. Sin embargo, la prueba estadística no demuestra relación significativa entre ambas variables, por lo que no podemos afirmar que una no influye en la otra. Por lo tanto la tendencia muestra que cuando hay una lactancia materna adecuada la frecuencia de IRAs es de 1-2 episodios, mientras que en el caso de Lactancia Materna inadecuada, la frecuencia de IRA es mayor, de 3 a más episodios de IRAs en los últimos 3 meses. En otras palabras a mayor lactancia materna, menor frecuencia de episodios de IRA.



FIGURA 2



**CUADRO 3**

**Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas según Inmunizaciones en menores de 1 a 5 años de edad. Guadalupe. 2008.**

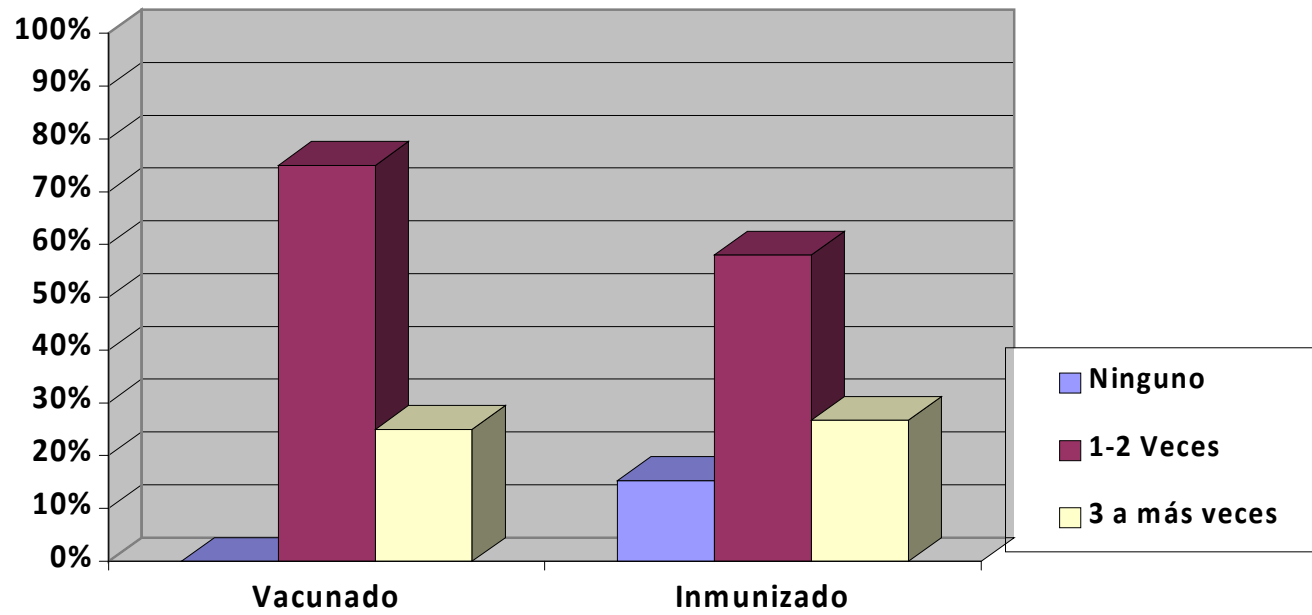
Frecuencia de IRA	INMUNIZACIONES				Total	%
	Vacunado	%	Inmunizado	%		
Ninguno	0	0	23	15.3	23	14.9
1 - 2 veces	3	75	87	58.0	90	58.4
3 a más veces	1	25	40	26.7	41	26.6
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

Fuente: Ibídem ETA= 0.073 p < 0.05 N. S

En el presente cuadro se puede observar que el mayor porcentaje (58.4%) de menores de 1 a 5 años presentó Infecciones Respiratorias Agudas con una frecuencia de 1-2 veces en los últimos 3 meses; Sin embargo, en la categoría de Vacunado, el mayor porcentaje (75%), corresponde de 1-2 veces. En la categoría de Inmunizado, encontramos que el mayor porcentaje (58%) correspondió a IRA con una frecuencia de 1-2 veces. No obstante, la prueba estadística no demuestra relación significativa entre ambas variables, por lo que no podemos afirmar que una variable influya en la otra. Sin embargo la tendencia muestra que sea cual fuere el estado de inmunizaciones del menor de 1 a 5 años, es probable que se encuentre mayor porcentaje de IRA de 1 a 2 veces.

FIGURA 3

Frecuencia de IRA's según Inmunizaciones



**CUADRO 4**

**Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas según Condiciones de la Vivienda en menores de 1 a 5 años de edad. Guadalupe. 2008**

Frecuencia de IRA	CONDICIONES DE LA VIVIENDA				Total	%
	Adecuada	%	Inadecuada	%		
Ninguna	20	18.5	3	6.5	23	14.9
1 - 2 veces	76	70.4	14	30.4	90	58.4
3 a más veces	12	11.1	29	63	41	26.6
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

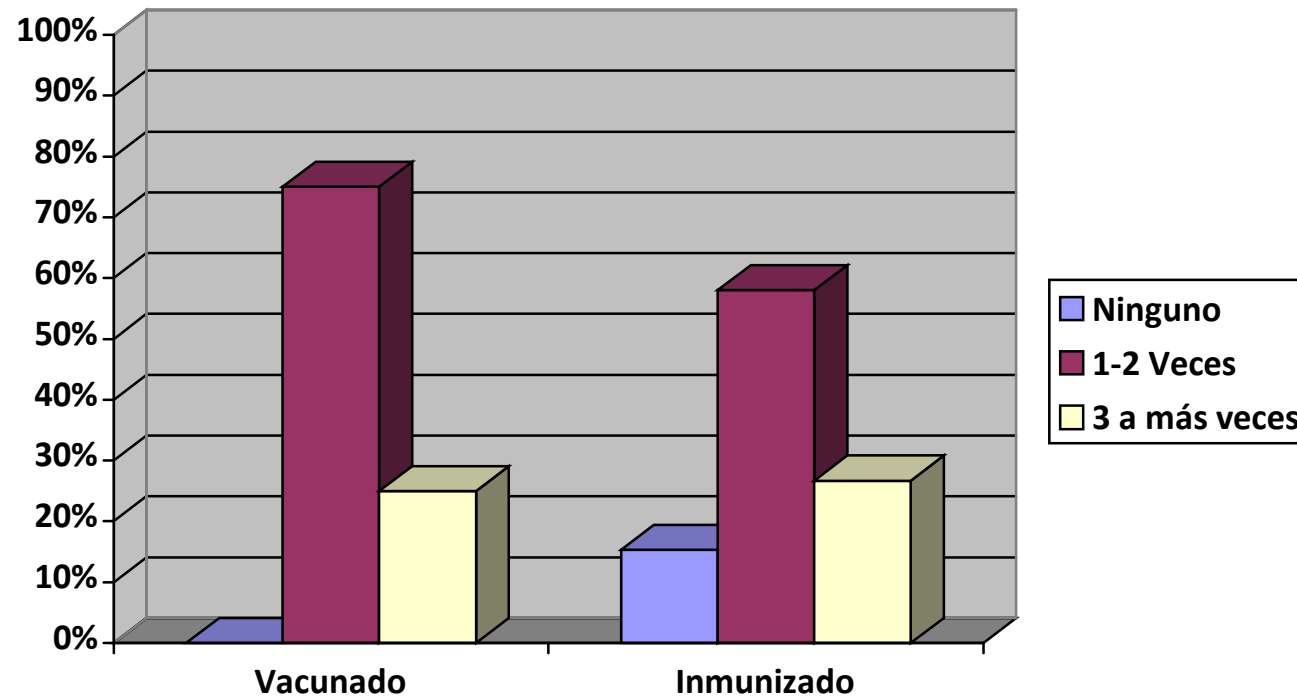
Fuente: Ibídem

ETA= 0.538 N. S

En el presente cuadro observamos que el mayor porcentaje (58.4%) de menores de 1 a 5 años presentó Infecciones respiratorias agudas con una frecuencia de 1-2 veces en los últimos 3 meses; sin embargo, en la categoría de Condiciones de la Vivienda Adecuada, encontramos que el mayor porcentaje (70.4%) correspondió a IRAs con una frecuencia de 1-2 veces. En la categoría de Condiciones de la Vivienda Inadecuada se observa también mayor porcentaje (63%) de IRAs con una frecuencia de 3 a más veces. Con respecto a la variable de Condición de la vivienda se observa que los niños que tuvieron de 3 a más episodios de IRA se presentaron con mayor frecuencia en aquellos que tuvieron una vivienda inadecuada. Con respecto a la variable condición de la vivienda observamos que los niños que no presentaron IRA son aquellos que tienen una vivienda con condiciones adecuadas. La prueba estadística no demuestra relación significativa entre ambas variables, por lo que no podemos afirmar que una influye en la otra.

FIGURA 4

## Frecuencia de IRA's según Condiciones de la Vivivenda



## CUADRO 6

Frecuencia de Infecciones Respiratorias Agudas según Conocimiento de la Madre en menores de 1 a 5 años de edad. Guadalupe. 2008

Frecuencia de IRA	CONOCIMIENTO DE LA MADRE						Total	%
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%		
Ninguna	11	16.9	12	17.1	0	0	23	14.9
1 - 2 veces	51	78.5	30	42.9	9	47.4	90	58.4
3 más veces	3	4.6	28	40	10	52.6	41	26.6
TOTAL	65	100	70	100	19	100	154	100

Fuente: Ibídem

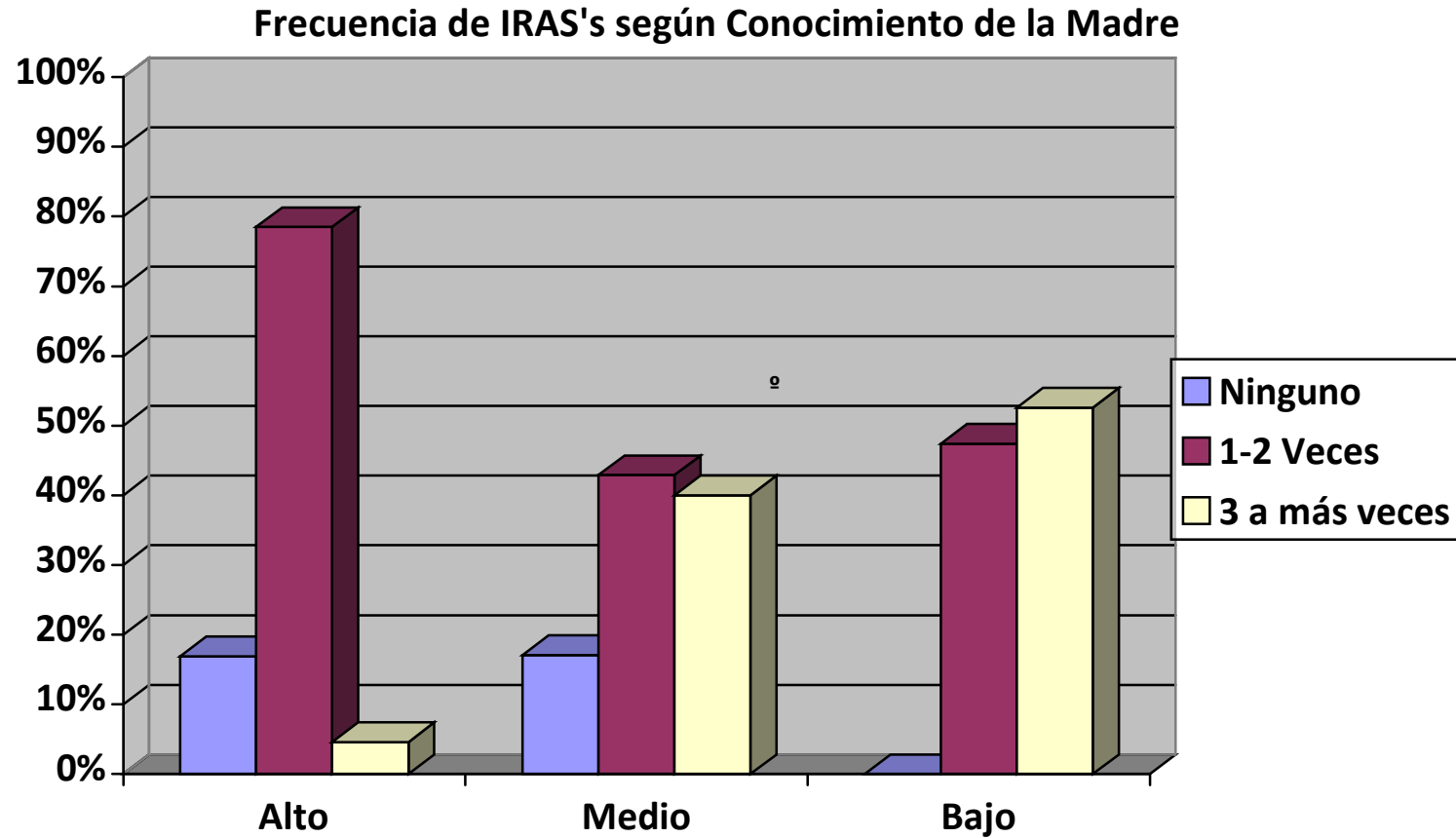
ETA= 0.419 p= >0.05 N. S



En el presente cuadro se puede observar que el mayor porcentaje (58.4%) de madres con hijos menores de 5 años presentó Infecciones respiratorias agudas con una frecuencia de 1-2 veces en los últimos 3 meses; no obstante, en la categoría de Conocimiento de la Madre con Nivel Alto encontramos que el mayor porcentaje (78.5%) correspondió a IRAs con una frecuencia de 1-2 veces. En la categoría de Conocimiento de la Madre con un Nivel Bajo se observa también mayor porcentaje (52.6%) de IRAs con una frecuencia de 3 a más veces. En cuanto a la categoría Nivel de Conocimiento Medio de la Madre el porcentaje mayor es (42.9%) presentando los menores una frecuencia de 1 a 2 episodios de IRA. La prueba estadística demuestra relación significativa entre ambas variables, por lo que podemos afirmar que una influye en la otra.

Con respecto a la variable Conocimiento de la Madre, se evidencia que aquellas que tuvieron un conocimiento alto sus hijos presentaron sólo de 1 a 2 episodios de IRA.

FIGURA 5



## V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1: Al relacionar la incidencia de las IRAs y factores de riesgo como edad materna observamos el mayor porcentaje en las categoría de 26 años a mas con el 61.2% cuyos hijos presentaron 1 a 2 episodios de IRAs. Con respecto a edad del niño el mayor porcentaje corresponde a la categoría de 3 a 4 años 11 meses 29 días con el 67.2% presentando estos niños 1 episodio de IRAs. En lo que respecta al tamaño familiar el mayor porcentaje corresponde a la categoría de 3 a 4 personas con 64.5% con episodios de IRAs en los niños de 1 a 2 veces y por ultimo al relacionar el tipo de familia el mayor porcentaje corresponde a la categoría de 64.1% con episodios de IRAs de 1 a 2 veces en los niños, estos resultados son similares con lo referido por Musgrove 1994 y por Reyes 1990 quienes afirman la edad materna no constituye un indicador directo en la morbilidad infantil.

La madre por ser la persona mas próxima y responsable directa del cuidado del niño, cumple un rol muy importante en su crecimiento y desarrollo normal (Waechter 1998) Sin embargo, existen factores maternos que influyen en la morbi- mortalidad infantil, sean estos, la edad, grado de instrucción, nivel de información sobre medidas preventivas de enfermedades infecciosas, el entorno familiar en que el niño crece como tamaño y tipo familiar (OMS 1996, Pimentel 1987.). Existen estudios que refieren que los factores antes mencionados condicionan la adopción de actitudes y practicas negativas tanto en la prevención, como manejo y tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas,

contribuyendo a incrementar su frecuencia y severidad (Hernández 1988, Caldwell 1991, OMS 1996.).

CUADRO 2: Cuando se compara la Frecuencia de la IRA en relación al tipo de lactancia, podemos ver que la tasa en niños que reciben Lactancia Materna Adecuada 72% es superior a las observadas en los niños que reciben Lactancia Materna Inadecuada 70.2%, resultados que coinciden con los reportados por Watkins, Copage, Pullan, Colmes, Magaña y el Royal College en el exterior y; por Amaya, Prieto, Gutiérrez en el Perú, quienes afirman que la Lactancia Materna es un factor protector contra enfermedades infectocontagiosas en el niño

Lo encontrado en el presente estudio revela el gran beneficio otorgado por la leche materna, alimento de alto valor nutritivo ( Proteínas, grasas, vitaminas y minerales en proporciones adecuadas) y poder inmunitario que confiere al niño resistencia a las Infecciones Respiratorias Agudas, especialmente por la Ig A que contiene, el cual inhibe la adherencia a los microorganismos virales y bacterianos a la superficie mucosa del tracto respiratorio en especial del virus de la influenza, rotavirus, virus sincitial respiratorio, neumococos, efectos que son evidentemente contrarrestados al incluir tempranamente leches artificiales (Lactancia mixta o Artificial) (Blake 1999, Marlon 1998, Niños 1998, Paredes 1997, ).

CUADRO 3: Cuando se compara la frecuencia de IRAs en relación a la condición de Inmunización, podemos observar que la tasa en el grupo de niños Inmunizados 58% es menor que en el grupo de niños que solo fueron vacunados 75%, dicha diferencia al ser estadísticamente comprobada no alcanza a ser

significativa resultados que coinciden con las reportadas por Prieto y Reyes a nivel local.

Se ha demostrado que los virus respiratorios debilitan la depuración mucociliar y las funciones de los neutrófilos polimorfo nucleares, los macrófagos alveolares y los linfocitos T, lo que permite que las bacterias patógenas invadan las vías respiratorias bajas e inicien una infección (Millar 1997, Mohs 1998, Niños 1998.).

Por lo anteriormente expuesto y dado que las enfermedades prevenibles por vacunas como: Pertusis, difteria, sarampión y tuberculosis graves (ganglionar, meningoencefalitis y miliar), comprometen el tracto respiratorio y algunas de sus complicaciones llevan a la muerte por neumonías o bronconeumonías, se puede afirmar que las vacunas del programa ampliado de inmunizaciones (PAE) confiere al niño una gran protección contra las infecciones respiratorias y sus secuelas afectando especialmente su gravedad al aumentar su resistencia a dichas infecciones: Puesto que en el, las secreciones de la Ig A, Ig G se producen especialmente en las vías respiratorias y los alveolos respectivamente son pobres y los niveles inmunológicos normales son alcanzados a los 2 años de edad para la Ig G y entre los 4 a 8 años para la Ig A y los mecanismos de inmunidad adquirida son análogos a aquellos que el organismo utiliza contra enfermedades virales y microbianas (Bellanti 1998, Valenzuela 1999.).

CUADRO 4. En esta tabla al relacionar la frecuencia de Infección Respiratorias Aguda (IRA) con la condición de la vivienda se muestra que el 70.4% de niños que viven en condiciones Adecuadas presentaron de 1 a 2

episodios de IRA mientras que el 63% de los niños que viven en condiciones de viviendas Inadecuadas presentaron de 3 a más episodios de IRA. Los resultados obtenidos concuerdan con estudios realizados por Pandey y Hernández. Investigaciones realizadas en la provincia de Trujillo por Díaz, Prieto y Reyes.

Las Deficientes condiciones de vida existente en los países en desarrollo contribuyen de manera importante a la multicausalidad y complejidad de la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años. Al respecto diversos autores coinciden en señalar que el hacinamiento asociado a factores socioeconómicos, ambientales y biológicos, favorecen el mecanismo de transmisión de estas enfermedades, aumentando la susceptibilidad a Infecciones Respiratorias Agudas en este grupo de edad. (OPS 1997, Hernández 1998, Niños 1998, Amery 1998.).

Es importante destacar que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) causa principal de mortalidad en nuestro país se debe específicamente a que las madres no tienen una información completa específica de las medidas preventivas y factores de riesgo tales como: Contaminación ambiental, humo de cigarrillos; uso de las, cocinas y lámparas de Kerosén, lesionan la mucosa traqueobronquial y el epitelio alveolar produciendo parálisis ciliar y edema afectando los mecanismos de defensa del tracto respiratorio.(Gilman 1999, Valenzuela 1999.).

CUADRO 5: En el nivel de conocimiento sobre IRA, en la población encuestada, se puede evidenciar que los niños de madres con un nivel de conocimiento alto es superior 78.5% a los observados a los niños de madres con

nivel de conocimiento medio 42.9% y aquellos niños de madres con nivel de conocimiento bajo 52.6% respectivamente. Estas diferencias tienen gran significación estadística; resultados que coinciden con los reportados por Colmes y Reyes a nivel local, asimismo un estudio realizado en Guatemala revela que entre los niños cuyas madres con nivel de conocimiento sobre IRA bajo, las tasas de mortalidad duplica a los hijos de madres con nivel de conocimiento sobre IRA medio y son 4 veces más altos que los hijos de madres con nivel de conocimiento alto.

Dichos estudios reflejan que a medida que mejora el nivel de conocimiento de la madre, disminuye la incidencia de IRA y por ende la mortalidad del niño. El mejoramiento de la educación es clave fundamental de la salud del niño, es así que las madres informadas rompen contradicciones y prácticas erróneas adaptando medidas preventivas y actitudes positivas ante las enfermedades y el tratamiento de éstas, mientras que las madres con deficiente conocimiento acerca de las IRAs tienen pocos conocimientos acerca de medidas preventivas promocionales, exponiendo al niño al riesgo de enfermar o morir por las decisiones o acciones que toman frente a la enfermedad (OPS 1995, Rodríguez 1990.).

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la lactancia materna, inmunización, condición de la vivienda, nivel de conocimientos de la madre con la frecuencia de infecciones respiratorias agudas en menores de dos años, por ese motivo se rechaza la hipótesis planteada en el presente trabajo de investigación, aceptándose la hipótesis nula.

## VI. CONCLUSIONES

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la lactancia materna, inmunización, condición de la vivienda, nivel de conocimientos de la madre con la frecuencia de infecciones respiratorias agudas en menores de uno a cinco años, por ese motivo se rechaza la hipótesis planteada en el presente trabajo de investigación, aceptándose la hipótesis nula.

No obstante, la tendencia estadística nos muestra:

- Con respecto a la edad de la madre el mayor porcentaje 61.2% pertenece a la categoría de 26 a más edad cuyos niños presentaron episodios de uno a dos veces, es decir que a mayor edad materna, habrá mayores posibilidades de presentar episodios de IRAS.
- En la edad del niño el mayor porcentaje pertenece a las edades de 3 a 4 años 11 meses y 29 días con el 67.2%, es decir, a mayor edad del niño mayores serán las posibilidades de presentar episodios de IRAS.
- En el tamaño familiar aquellos niños que viven en hogares de 3 a 4 miembros 64.5% los episodios de IRAS que se presentaron en estos niños fue menor. Similar ocurre en el tipo de familia 64.1% en niños que viven con familias nucleares.
- En lo que respecta a Lactancia Materna (LM) el mayor correspondió a LM adecuada con 72% lo que quiere decir que a mayor sea la lactancia materna, menor será los episodios de IRA.



- Por otro lado en la categoría de inmunizaciones la tendencia nos muestra que sea cual fuese el estado de inmunización del menor de 1 a 5 años es probable que se encuentre mayor porcentaje de IRA con episodios de 1 a 2 veces.
- En la categoría condición de la vivienda la tendencia nos muestra que en los niños que viven en condiciones de viviendas adecuadas el 70.4% presentaron episodios de IRAS de 1 a 2 veces, lo que quiere decir a mayor condiciones adecuada de la vivienda, menor son los episodios de IRAS.
- Y por último en cuanto al nivel de conocimiento de la madre se evidencia que aquellas madres que obtuvieron nivel de conocimiento alto que fue el 78.5% sus hijos presentaron de 1 a 2 episodios de IRA.

## VII. RECOMENDACIONES

Se sugiere a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, así como a las enfermeras asistenciales y docentes, continuar con investigaciones acerca de la influencia de las condiciones de la vivienda y Nivel de Conocimiento Materno en la frecuencia de IRA, en otros contextos y con mayor magnitud de población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almuneef, M; Alshaalan, M; Memish, Z; Alalola, S (2001). Bacterial meningitis in Saudi Arabia: The impact of Haemophilus influenzae type b vaccination. J Chemother.
- Amaya I. Lu Hen M. Algunos Factores condicionantes de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años. Tesis Universidad Nacional d Trujillo. Trujillo 1987.
- Amery J. (1998). Morir siendo tan niños. Instituto de Promoción y Educación. Chimbote.
- Batista Moliner,R. Feal Cañisares P (1998). Las Infecciones Respiratorias Agudas: Un problema siempre emergente.
- Batista Moliner R, Feal Cañisares P (1998). Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas en el mundo. Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud, Ministerio de Salud Pública. Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol11\\_2\\_98/res01298.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_2_98/res01298.htm) Accesado el 15 de Enero del 2008.
- Benquiqui Y , (1999). Prioridades en la Salud Infantil. Noticias sobre I.R.A
- Benquiqui Y, (1997). Infecciones Respiratorias. Fundamentos Teóricos de las Estrategias de Control. Washington DC:
- Bellanti J. (1998). Inmunología. México. Interamericana.
- Bisconde Fernández E, Quiroz Rojas R. (1999). Efectividad del modelo Educativo de Enfermería sobre el Control Prevención de IRA y EDA en le nivel de Conocimiento de los padres de niños menores de 5 años Campaña de Moche. Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.
- Blake W. Enfermería Pediátrica. 9 a Edición. México Interamericana S.A. 1999

- Bunge, Mario (1985). "La Investigación Científica". Editorial Ariel S.A. Madrid-España.
- Brooks Rodríguez M. (2002). Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría. Cuba. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/documentos/factoresriesgo.doc> Accesado el día 3 de Enero del 2008
- Brunser O, Espinoza J, Figueroa G, Amaya M, Spencer E, Brüssow U, et al. (1992). Field trial of infant formula containing anti rotavirus and anti escherichia coli milk antibodies from hyperimmunized cows. J Pediatr Gastroenterol Nutr Campbell H. Escuchar y Conversar con las Madres. Noticias sobre IRA. (OPS; Washington, DC).
- Caldwell J. (1991). Educación Materna y su Importancia en la Mortalidad Infantil. Foro Mundial de la Salud.
- Calzado Mustelier M. (1998). Influencia de la Lactancia Materna en la Salud del niño. Santiago de Cuba. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192000000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200011) Accesado el 3 de Enero del 2008.
- Camacho Y,(2002).Factores de Riesgo Asociados en las Infecciones Respiratorias Agudas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
- Campbell H, (1993b) Es Indispensable Conocer la Actitud de la Población Local. Noticias sobre IRA (OPS; Washington, DC).
- Carratala Munuera M. 2004. Es la Lactancia Materna un factor de protección ante los Procesos Infecciosos. España. Disponible en: [http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident\\_articulo=13054335&pident\\_usuario=850018&pident\\_revista=37&fichero=37v59n06a13054335pdf001.pdf&ty=24&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es](http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13054335&pident_usuario=850018&pident_revista=37&fichero=37v59n06a13054335pdf001.pdf&ty=24&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es). Accesado el 7 de Enero del 2008.

- Díaz M. (1990). Algunos Factores Epidemiológicos y su Influencia en niños menores de 5 años en el Distrito de Florencia de Mora. UNT. Tesis Br. Trujillo.
- Dickinson FO, Pérez AE, Galindo MA, (2001) Quintana I. Impact of vaccination against Haemophilus influenzae type b in Cuba. Rev Panam Salud Pública. Encarta. 2008. Diccionario Online.
- Fomon S. Nutrición Infantil. 4ta Edición. México. Interamericana. 1996.
- Gandarias Edgard A, Núñez Galán AY, Vaillant Suárez G, (1996). El Inicio de la Lactancia Materna durante el Alumbramiento en los meses de enero a mayo de 1995 en el Hospital Materno Norte de Santiago de Cuba. Rev.Rev Cubana Enferm .
- Garcia Fariñas A. (2005). Costo Efectividad de la Inmunización contra la Haemophilus Influenzae Tipo b en niños entre 0 – 4 años. Cuba. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400005&lng=en&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400005&lng=en&nrm=iso). Accesado el 08 de Enero del 2008.
- Gilman Josephine. Niños. Infecciones Respiratorias Agudas. Revista Medica de Supervivencia Infantil. 1999.
- González Méndez Iraida. (2003). Lactancia Materna. España. Disponible en:  
[http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident\\_articulo=13045594&pident\\_usuario=850018&pident\\_revista=40&fichero=40v29n03a13045594pdf001.pdf&ty=4&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es](http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13045594&pident_usuario=850018&pident_revista=40&fichero=40v29n03a13045594pdf001.pdf&ty=4&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es). Accesado el 08 de Enero del 2008.
- Gonzalez Perez Guillermo (1990). Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad postneonatal en Cuba. Cuba. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000200009&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000200009&nrm=iso&tlng=pt)

Glass RI, Svennerholm AM, Stoll BJ, Khan MR, Hossain KMB, Hung MI, et al (1993). Protection against cholera in breastfed children by antibodies in breast milk. N Engl J Med 1993.

Goldman AS, Garza C, Nichols BL, Glodblum RM, (1998) Immunologic Factors in human milk during the first year of lactation. J Pediatr.

Goldman SA, Goldblum RM (1989). Immunologic system in human milk: Characteristic and effects. En: Lebenthal E. Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy. New York: Raven.

Gómez M, Baeza JE, González JA y Ávila O, (1997). Prevalencia y Características de la Lactancia Materna en el Medio Rural. Aten Primaria.

González Ochoa < E (1999). Morbilidad Atendida y Real por Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 5 años. Rev Cubana Hig/Epidemiol.

Hanson LA, Carlsson B, Cruz JR, García B, Holmgren J, Khan SR, et al (1999). Immunologic of breast milk. Ogra PL Dayton DH. Ed. New York. 1999.

Hernández H (1998). Control de Infecciones Respiratorias en Niños.

Hernández H., Barbady J y Col (1998). Infecciones Respiratorias Agudas.

Revista Niños. Lima – Perú.

Holmes G. 1991. Factores Asociados con Infecciones Respiratorias. Pediatría. Colombia.

Honorio Quiroz Carmen (2001). Conocimiento y su Relación con las Prácticas de las Madres de Niños Menores de 5 años. La Prevención de las

Infecciones Respiratorias Agudas en el C.S Max Arias Schreiber .Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.

Huaccha Zavaleta N, Ramírez Tello M, (1990). Incidencia de IRA y su Relación con Vacuna y Lactancia Materna, Sector Villacorta, La Esperanza .Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.

Hviid A; Melbye M. (2004) Impact of Routine Vaccination with a Conjugate Haemophilus Influenzae Type b Vaccine. Vaccine.

INEI 1996. Instituto Nacional de Estadística. Perú

Kant Inmanuel. Teoría del Conocimiento. Luventicus (2002). Disponible en: <http://www.luventicus.org/articulos/02a036/kant.html> Accesado el 20 de Noviembre del 2007.

Lawrence RA. (1989) Host\_resistance factors and inmunological significance of Human Milk. En: Lawrence RA, Breast Feeding: A guide for the medical profession. St Louis: Mosby.

León Castillo F, (1995). Factores que Influyen en el nivel de Información Materna e Incidencia de IRA en niños de 1 año. Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.

Levental JM, Shapiro, Aten CB, BergAT, Egerter SA (1996). ¿Protege la Lactancia Materna los niños de tres meses de edad frente a infeccione? Pediatric.

Magaña A. 1993. Aspectos Epidemiológicos de la Lactancia Materna en una Población Derecho Habiente. Oficina Sanitaria de Panama.

Marriner, A., Raile, M. (1999). Modelos y teorías de enfermería. 4ª edic. España: Harcourt Brace.

Megraut F, (1990). Incidence or campylobacter infections in infants in Western Algeria and the possible protective role of breast – feeding. Epidemiol

- MINSA, (2001). Informe del programa de control de Infecciones Respiratorias Aguda. Oficina de Estadística en Informática. Lima – Perú.
- Millar O. Noticias sobre Infecciones Respiratorias Agudas Bolivia. Oficina. Sanitaria. Panamericana. 1997.
- Mohs E. Infecciones Respiratorias Agudas en Costa Rica. Oficina Sanitaria Panamericana .1998.
- Módulo de Capacitación en Vacunación Segura. (2000). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DDPUB/vacunasi%C3%B3n%20segura.pdf> accesado el 30 de noviembre del 2007.
- Mulholland L, Weber M, (1998) Reconocimiento de causa y Síntomas de la Neumonía: Noticias sobre IRA.
- Musgrove A. (1994). Indicadores de bienestar y Salud. Selección y Empleo de Indicadores para Monitoreo y evaluación. Oficina Sanitaria Panamericana
- Niños (1998). Infecciones Respiratorias Agudas. Revista Medica de Supervivencia Infantil.
- Niños (1998). Factores de Riesgo: Luz Roja en Infecciones Respiratorias Agudas
- Oddy WH, (2002). The Impact of Breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev.
- Ogra SS, Ogra OL, (1998). Inmunología aspectos of human calostrum and milk I. Distribution Characteristics times after the onset of lacion, J Pediatr.
- OMS/UNICEF, (1999). Sobre la Alimentación del Lactante y del niño pequeño. Reunión conjunta OMS UNICEF. Ginebra.
- OMS (1996). Alfabetización de las Mujeres reduce la Mortalidad Infantil.



OPS. (1996). Promoción de la salud: Una antología. 1ª edic. USA: Autor.

POS/OMS, (1999) Bases Técnicas para las recomendaciones sobre el tratamiento de neumonía en niños.

OPS. La Educación el Logro de una Meta, Bolivia Oficina Sanitaria Panamericana. Washington Dc 1991.

Organización Panamericana de la Salud, (1999). Las Condiciones de salud en las América, Publicación Científica Nro 524.

Organización Panamericana de la Salud, (1998). Las Infecciones Respiratorias: Guía para la Planificación, Ejecución y Evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria de salud. Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, (1997). Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas en la Infancia. Bolivia. Oficina Sanitaria Panamericana.

Ortiz Castellanos E. (2004). Factores Predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas. Cuba. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml> Accesado el 7 de Enero del 2008.

Pandey M. (1997). Humo: Aumenta el riesgo de IRA. Noticias sobre IRA. Bolivia.

Pareces C. Lactancia Materna. Perú. 1997.

Polit, D., Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª edic, México: McGraw Hill Interamericana.

Prieto Herrera ME, (1996). Factores de Riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana Med.

- Prieto Hurtado M., (1990). Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, Incidencia y Factores de riesgo. Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.
- Prieto M. 1989. Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años. Tesis. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.
- Remuzgo A, (2003). Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría. (tesis online).Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en URL: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Resultados\\_Busqueda.asp?q=remuzgo%202003%20BibVirtual/Tesis&domains=sisbib.unmsm.edu.pe&site=search=sibib.unmsm.edu.pe](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Resultados_Busqueda.asp?q=remuzgo%202003%20BibVirtual/Tesis&domains=sisbib.unmsm.edu.pe&site=search=sibib.unmsm.edu.pe). Accesado el 10 de Enero del 2008.
- Reyes M. (1986). Infecciones Respiratorias Agudas. Algunos Factores condicionantes en su incidencia en niños de 1 año de edad. Tesis. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.
- Reyes R. (1990). Infección Respiratoria Aguda, Algunos Factores condicionantes en el menor de 5 años. UNT. Tesis. Br. Trujillo.
- Rodríguez Núñez Yolanda, (1990). Modelo Educativo en la Actitud Materna e Incidencia de IRA en niño menor de 5 años. Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez Villalobos Rosa, (1990). Algunos Factores que Influyen en Actitud de la madre frente al Tratamiento de IRA en niño menor de 5 años Urb. La Libertad. Trujillo. Tesis Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo.
- Russel B (1998) El conocimiento Humano. Quinta Edición. Editorial SA. España.
- Ruiz Palacios GM, Calva JJ, Pickering LK López – Vidal Y. Wilkow P. Pezzarosi N. et al (1990). Protection of breast – fed infants against campylobacter diarrhea by antibodies in human milk, J Pediatr.

Suárez Robina G. Morbilidad y Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años. Revista Cubana Pediatría. Ciudad de la Habana. (2000)

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu./scielo.php?pid=50034->

[7531200300300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu./scielo.php?pid=50034-7531200300300007&script=sci_arttext). Accesado el 1 de Diciembre del 2008.

Teitelbaum MA, Edmunds M.(1990) Immunization and Vaccine – preventable illness. United States. Stat Bull Metropol Insur.

Valenzuela R. Manual de Pediatría. 7ma Edición. México. Ediciones Salvat S.A. 1999.

Vejar Leonardo M. (1998) Programa de Prevención y control de las enfermedades Respiratorias Agudas de la Infancia. Santiago de Chile. Pan Am J Public Health..

Dra. Vilca Bengoa R, Lic. Arnada Guillen, Dra. Iannacone Silva E, Dr. Piña Pérez A, Dr Donaire Munaivo C. (2006) Guía de Práctica Clínica para la Atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño, enfermedades respiratorias. MINSA. Dirección Regional de Salud de las personas.

Villapando J. (1998) Ciencia y Conducta Humana. Editorial Orbis SA. Barcelona España.

Waechter E., Blacke F. (1998). Enfermería Pediátrica. 9a. Ed. México Interamericana S.A.

Watt JP, Levine OS, Sabtoshan M.Global (2003) Reduction of hib Disease: What are the next steps? Proceedings of the Meeting Scottsdale. Arizona. Jpediart.

Whitney CB. (1998) Cost Effectiveness of immunizing infants in developing countries with haemophilus influenzae type b conjugate vaccine. CVI Secretariat. Geneva, Who.

# ANEXOS

**ANEXO 1****Fórmula para el cálculo de la muestra:**

$$n = \frac{Z^2(p.q)}{d^2}$$

N = Universo

n = Tamaño adecuado de la muestra

Z = Confiabilidad del estudio:

P = Tasa de prevalencia del fenómeno un estudio:

q = 1-p

p+q = 1

d = error muestral

f = fracción muestral

n.a. = muestra ajustada

**1.- Cálculo del tamaño de la muestra:**

$$n = \frac{Z^2(p.q)}{d^2}$$

$$n = \frac{(2)^2(0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{4 \times 0.25}{0.0025}$$

$$n = \frac{1}{0.0025}$$

$$n = 400$$

**2.- Cálculo de la fracción muestral:**

$$f = \frac{n}{N} \times 100$$

$$f = \frac{400}{251}$$

$$f = 1.59 \geq 5\%$$

**3.- Cálculo de la muestra ajustada:**

$$n.a. = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n.a. = \frac{400}{1 + \frac{400}{251}}$$

$$n.a. = \frac{400}{1 + 1.59}$$

$$n.a. = \frac{400}{2.59}$$

$$n.a. = 154$$

## ANEXO 2

### INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

Es un instrumento elaborado por las investigadoras y consta de 4 ítems frente a las cuales se solicitará a los entrevistados que indiquen la frecuencia con la que llevan a cabo el acto de amamantar o lactar comprendido en dicha escala

El Test sobre Lactancia Materna, consta de 4 ítems frente a las cuales se solicitará a los entrevistados indicar la frecuencia con la que llevan a cabo cada acto comprendido en dicha escala.

El cual se categorizara en:

Lactancia Materna Adecuada.

Lactancia Materna Inadecuada.

#### **INSTRUCCIONES:**

El presente test es de carácter personal, anónimo y confidencial, sólo para fines de investigación, tiene como única finalidad conocer el tipo y tiempo que lacto su niño, te agradecemos de antemano te sirvas responder con sinceridad, marcando con una aspa (X) la respuesta que crea conveniente.

1.- Qué tipo de Lactancia da o dió a su niño durante los 6 primeros meses de vida?

A). - L.M.E.                      B). - LACT. MIXT.                      C).- LACT. ART.

2.- Cuántas veces alimentaba a su bebé durante el día en el primer mes de vida?

A).- 12 veces /día      B).- 9 veces/día                      C).- 6 vece/día.

3.- A partir de segundo mes cuántas veces alimentó a su bebé durante el día?

A).- 10 veces/día      B).- 8 veces/día                      C).- 6 veces/día

4.- Hasta que edad lactó su bebé?

A).- 1 año                      B).- 6 meses                      C).- 4 meses

D).- > de 1 año.

ANEXO 3INFORMACIÓN SOBRE INMUNIZACIONES

Es un instrumento elaborado por las investigadoras y consta de 2 ítems frente a las cuales se solicitará a los entrevistados que indiquen el estado de vacunación de su niño.

INFORMACION SOBRE INMUNIZACIONES

**INSTRUCCIONES:** El presente test es de carácter personal, anónimo y confidencial, sólo para fines de investigación, tiene como única finalidad conocer el estado de vacunas de su niño, te agradecemos de antemano te sirvas responder con sinceridad, marcando con una aspa (X) dentro del paréntesis la respuesta que crea correcta:

1.- su niño tiene sus vacunas completas:

A). Si          ( )                          B).- No          ( )

2.- Qué vacuna le falta a su niño?

A).- RN.          Hvb. – BCG.                          ( )

B).- 2 meses    DPT. Hvb. Hib. APO.                      ( )

C).- 3 meses    DPT. Hib. APO                                  ( )

D).- 4 meses    DPT. Hvb. Hib. APO                              ( )

E).- 1 año          SPR:    AA    ( )

F).- Otros.    ( )



## ANEXO 4

### INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Es un instrumento elaborado por Honorio C. (2001); el cuál fue modificado por las investigadoras (2007), y consta de 6 preguntas cerradas que permitió determinar el nivel de condición de la vivienda en la que vive el niño y su familia.

### INFORMACION SOBRE CONDCIONES DE LA VIVIENDA

**INSTRUCCIONES:** El presente test es de carácter personal, anónimo y confidencial, sólo para fines de investigación, tiene como única finalidad conocer las condiciones sanitarias de su vivienda, te agradecemos de antemano te sirvas responder con sinceridad, marcando con una aspa (X) dentro del paréntesis que corresponda, según considere correcto:

1.- El mantener en condiciones higiénicas su vivienda ¿Previene los problemas respiratorios en el niño?

a.- Si ( )

b.- No ( )

2.- ¿Cuántas personas viven en su vivienda?

a.- 1 a 4 personas ( )

b.- mas de 5 personas ( )

3.- ¿El niño en su habitación duerme solo?

a.- Si ( )

b.- No ( )

4.- La habitación de su niño ¿Tiene ventanas?

a.- Si ( )

b.- No ( )

5.- En casa fuman cigarrillos

a.- Si ( )

b.- No ( )

6.- ¿Acostumbra quemar la basura u otros desperdicios en su domicilio?

a.- Si ( )

b.- No ( )

7.- ¿Su vivienda cuenta con agua potable y desagüe?

a.- Si

b.- No

8.- ¿Su vivienda cuenta con desagüe?

a.- Si

b.- No

9.- ¿Su vivienda cuenta con energía eléctrica?

a.- Si

b.- No

## ANEXO 5

### TEST DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Es un instrumento elaborado por Rodríguez Y. (1990); el cuál fue modificado por Quiroz R. (1999); que también fue modificado por las investigadoras (2007), y consta de 10 preguntas cerradas que permitió determinar el nivel de conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias en las madres de familia participantes.

### TEST DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

**INSTRUCCIONES:** El presente test es de carácter personal, anónimo y confidencial, sólo para fines de investigación, tiene como única finalidad conocer el nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas, te agradecemos de antemano te sirvas responder con sinceridad, marcando con una aspa (X) dentro del paréntesis que corresponda a verdadero (V) o falso (F), según considere correcto:

- 1.- En lo que refiere a un resfrío común, responda: V      F
- a. Es una infección de las vías respiratorias  
de 7 días de duración..... ( ) ( )
- b. Se presenta con: Fiebre, congestión nasal, estornudos.... ( ) ( )
- 2.- ¿Por qué se producen los resfríos?
- a. Por presencia de humo, tierra y cambios bruscos  
de temperatura..... ( ) ( )
- b.-Por contagio de otra persona..... ( ) ( )
- 3.- ¿Cuál cree usted. Qué son los signos y síntomas de un resfrío común?
- a. Tos, moco, fiebre y disminución del apetito..... ( ) ( )
- b. Respiración rápida y hundimiento de la piel entre las costillas..( ) ( )

4.- ¿Qué cree que debe hacer cuando sus hijos tengan un resfrío común?

a. Darle abundante líquido tibio, como por ejemplo:

Maticos, eucalipto..... ( ) ( )

b.- Darle un medicamento para la tos o fiebre sin que te lo indique un

médico..... ( ) ( )

5.- ¿Considera usted que todos los resfríos comunes necesitan

tratamiento con medicamentos?..... ( ) ( )

6.- ¿Cuál cree usted que son las medidas preventivas para evitar que su niño se resfríe?

a. Darle de lactar (darle pecho) por lo menos hasta los 2 años... ( ) ( )

b. Protegerlo de las corrientes de aire frío y alejarlo de los factores

contribuyentes como: Humo, tierra, agua, etc..... ( ) ( )

7.- ¿Cómo ayudaría usted a su niño a mejorar la dificultad respiratoria causada por el resfrío común?

a. Limpiar los orificios nasales con un hisopo o paño

limpio humedecido..... ( ) ( )

b. Si es lactante (toma pecho) aplicar dos gotas de leche

en cada orificio nasal..... ( ) ( )

8.- ¿Cuáles son las complicaciones de un resfrío común?

a. Neumonía, infección del oído, sordera..... ( ) ( )

b. Deshidratación..... ( ) ( )

9.- ¿Ha escuchado hablar acerca de la neumonía?

¿Qué es la neumonía?

a. Es una enfermedad grave donde el niño presenta respiración rápida,

hundimiento de la piel entre las costillas..... ( ) ( )

b. Sólo ataca a los niños menores de cinco años y no necesita tratamiento médico..... ( ) ( )

10.- ¿Si su niño presenta los siguientes signos y síntomas: Tos, hundimiento de la piel entre las costillas, respiración rápida, qué haría usted?

a. Le daría un medicamento que tenga en casa que sobró de otras ocasiones..... ( ) ( )

b. Llevarlo de emergencia al centro de salud más Cercano..... ( ) ( )