

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA TIJUANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



**“Determinantes sociales en salud para
infecciones respiratorias agudas en niños y
niñas de 1 a 4 años de Ensenada, B.C”**

TESIS

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias de la Salud

Mónica Rodríguez Rivas

Tijuana Baja California Septiembre 2019

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA TIJUANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**“Determinantes sociales de la salud para
infecciones respiratorias agudas en niños y
niñas de 1 a 4 años en Ensenada, B.C”**

TESIS

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias de la Salud

Presenta

Mónica Rodríguez Rivas

Directora de Tesis

Dra. Evarista Arellano García

Sinodales

M.C. Roberto Luna Vázquez-Gómez

M.C. Francisco Casillas Figueroa

Tijuana Baja California

Septiembre 2019

¿Qué factores socioeconómicos determinan la
incidencia de las infecciones respiratorias agudas en
niños y niñas de 1 a 4 años?

Agradecimientos

A mí querido esposo Jesús y mis hijos Iván y Joan por ser mi soporte, por ser mi norte y mi sostén emocional hacía el avance de mi desarrollo profesional, por el tenaz acompañamiento que siempre me brindaron, sólo por quererme tanto y por desear que la vida siempre me sonría.

De todo corazón me gustaría agradecer sinceramente a mi directora de tesis, Dra. María Evarista Arellano García por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia y motivación; por inculcarme responsabilidad y vigor académico, ya que han sido fundamentales para mi formación, para Usted mi lealtad y admiración.

A mis sinodales, M.C. Roberto Luna Vázquez-Gómez y M.C. Francisco Casillas Figueroa, por su apoyo incondicional y disposición sincera.

Al programa académico coordinado por la Dra. Raquel Muñiz Salazar y a CONACYT por la oportunidad de continuar mi crecimiento profesional.

A Dios por la vida y la salud.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CAMPUS TIJUANA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

“Determinantes sociales en salud para infecciones respiratorias
agudas en niños y niñas de 1 a 4 años de Ensenada, B.C.”

TESIS

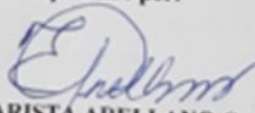
PARA CUBRIR PARCIALMENTE LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA OBTENER
EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Presenta:

MÓNICA RODRÍGUEZ RIVAS

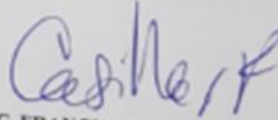
Aprobado por:



DRA. EVARISTA ARELLANO GARCIA
Director de Tesis



M. en C. ROBERTO LUNA VÁZQUEZ-GÓMEZ
Sinodal



M. en C. FRANCISCO CASILLAS FIGUEROA
Sinodal

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

SEPTIEMBRE 2019

Introducción	1
Justificación	3
Antecedentes	4
Infecciones Respiratorias agudas en pediatría.....	6
Descripción y clasificación de las IRA.....	7
Triada Ecológica de las IRA: agente hospedero y ambiente.....	8
Modelo de Determinantes Sociales en la Salud.....	11
Hipótesis.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos	13
Meta.....	13
Metodología.....	14
Diseño del estudio.....	14
Tamaño de muestra.....	14
Criterios de inclusión y exclusión.....	15
Variables	15
Instrumento.....	16
Análisis Estadístico	16
Resultados.....	17
Descripción del grupo de estudio:.....	17
Análisis Multivariado	26
Conclusiones	28
Bibliografía	30
Anexos.....	33
Clasificación CIE 10.....	33
Cuestionario	34

Introducción

Los grupos sociales más vulnerables como los obreros, jornaleros y en general los trabajadores asalariados, son los que tienen un acceso más restringido a los servicios de salud y sistemas sanitarios básicos, lo cual trae consigo una mayor prevalencia de enfermedades y en muchas ocasiones mayor mortalidad entre los niños los cuales son los integrantes más frágiles en este tipo de familias (Organizacion Mundial de la Salud, 2005).

La capacidad del niño para desarrollarse y convertirse en un adulto funcional está determinada en gran medida por sus primeras experiencias en la familia y en la comunidad.

Los niños pueden verse expuestos a riesgos ambientales que afectan severamente su salud: más del 40% de la carga mundial de morbilidad atribuida a factores de riesgo ambientales, afecta a niños menores de cinco años, que únicamente representan alrededor del 10% de la población mundial (Organizacion Panamericana de la Salud, 2002).

A la postre, crear ambientes más saludables tendrá efectos positivos en la salud y el bienestar de la población infantil. Por consiguiente, la mejora de la salud ambiental infantil representa una contribución esencial para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Organizacion Panamericana de la Salud, 2002).

El análisis de las desigualdades sociales, específicamente en el campo de la salud, ha adquirido importancia de nueva cuenta ante la evidencia creciente de que, lejos de desaparecer, estas condiciones aún permanecen y en algunos países se han incrementado (Zurita, Lozano, Ramirez, & Torres, 2003). Eso ocurre a pesar de que en la actualidad, más que en ningún otro momento en la historia, existen en el mundo los recursos terapéuticos, los conocimientos, la sensibilidad e interés por los temas referentes a la salud.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas (OMS, 2007). Sin embargo, en las políticas de

salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar las intervenciones sobre las causas como por ejemplo, del entorno social. (Eibenschutz, Tamez, & Camacho, 2008)

.
La presente investigación pretende dar respuesta a la interrogante de, ¿Qué factores socioeconómicos determinan la incidencia de las infecciones respiratorias en niños y niñas de 1 a 4 años en la ciudad de Ensenada en Baja California?, para lo cual se hizo uso del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud realizado por La Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud 2008 (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Las fuentes información que se utilizaron en el desarrollo del presente estudio, son las que están disponibles en las bases de datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO 2010), los datos de incidencia reportados por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y datos obtenidos a través de encuestas realizadas a padres de familia y tutores del menor.

Justificación

La presente investigación ayudará a la comprensión de la problemática actual, ya que un tercio de los nueve millones de defunciones de menores de 5 años, que se producen cada año, se deben a causas y enfermedades relacionadas con el medio ambiente, enfermedades gastrointestinales e infecciones respiratorias según la Organización Mundial de la Salud (Arredondo, Orozco Nuñez, Wallace, & Rodriguez, 2010).

Se incorpora conocimiento acerca de la asociación entre los determinantes sociales de la salud y las infecciones respiratorias en niños y niñas de 1 a 4 años en la ciudad de Ensenada B.C., ya que se efectuó un análisis epidemiológico y de correlación estadística con base en los estudios realizados por Arrieta Flores y Caro Gómez en 2010 en Colombia.

La identificación de los determinantes sociales en salud asociados a las enfermedades respiratorias, beneficiara aproximadamente a 2532 niños. Además se pretende contribuir para que los tomadores de decisiones puedan realizar acciones con bases firmes y en conjunto con las instituciones de investigación en salud, puedan generar políticas sociales en beneficio de los determinantes socioeconómicos de la población más vulnerable para reducir los casos de infecciones respiratorias, como lo plantea el trabajo de Dr. Manuel Romero Placeres y colaboradores en Cuba en 2007 (Romero Placeres, Alvarez Toste, & Alvarez Pérez, 2007)

La metodología sugerida para esta investigación podrá ser reproducida en otras ciudades del país, puesto que la información utilizada es de carácter oficial y se encuentra accesible a través del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y datos obtenidos a través de encuestas realizadas a padres de familia y tutores del menor.

Antecedentes

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar las intervenciones sobre las causas como por ejemplo, del entorno social. Esto puede deberse a la falta de visión holística de la problemática como se muestra en el estudio para evaluar el impacto de la equidad en salud, que fue realizado por la comisión de determinantes de la salud en 2013, donde se encontró que la equidad se está abordando de manera errónea, por motivos como la orientación inadecuada de los tomadores de decisiones, falta de definiciones claras de conceptos, escasez de datos y pruebas, así como la percepción de la falta de herramientas y métodos para abordarla (Povall, Haigh, Abrahams, & Scott Samuel, 2013).

Al discutir diferentes conceptualizaciones de equidad y desigualdad en salud, se ha concluido que la inequidad y desigualdad no son sinónimos, y se ha sugerido la utilización de desigualdad para describir perfiles epidemiológicos y equidad en relación con la distribución y el acceso de los servicios de atención a la salud. Al revisar la situación de México, se encuentra que existe gran polarización socioeconómica, una reforma sanitaria privatizadora que ha aumentado la inequidad y una ciudadanía incompleta, los cuales conforman los principales obstáculos para conseguir una disminución de la inequidad en salud (Eibenschutz, Tamez, & Camacho, 2008).

Diversos autores han coincidido en señalar a Latinoamérica como la región más desigual del mundo: mientras el decil más rico recibe el 48 % del ingreso total, el más pobre recibe apenas el 1,6 % del ingreso, en este contexto, México no es la excepción: según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2005, el 47 % de los habitantes vivía en pobreza patrimonial, esto es, que su ingreso es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud, educación, vestido, vivienda y transporte público; por otra parte el ingreso promedio

en el decíl de mayores ingresos era más de 30 veces superior al del decíl de menores ingresos, que apenas recibe el 1,3 % del total de los ingresos nacionales . Esta situación no ha sufrido cambios relevantes en las últimas décadas y, sigue repercutiendo en las condiciones de salud de la población mexicana (González-Pérez, Vega-López, Romero-Valle, Vega-López, & Cabrera-Pivaral, 2008).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años de los países en desarrollo. En la Región de las Américas, las IRA se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de 5 años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud (Organizacion Panamericana de la Salud, 2002).

Aunque la extensión de las IRA es global, su impacto se refleja con gran disparidad entre los países industrializados y los menos desarrollados. Mientras que de 1 a 3% de las muertes entre los niños menores de 5 años se debe a neumonía en los países desarrollados, la neumonía causa de 10 al 25% de las defunciones en los países en desarrollo. El grado de acceso a los servicios de salud, es un elemento clave que explica esta diferencia: las IRA son una de las principales causas de consulta y hospitalización en los países en desarrollo. Entre 30 y 60% de las consultas y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años se deben a la neumonía (Benguigui, Lopez Antuñano, Schmunis, & Yenes, 1999).

Las IRA son también la causa principal de indicación de medicamentos en los niños. La mayoría de éstos es innecesaria la mayor parte del tiempo, pues tiene efectos potencialmente nocivos y en el caso de los antibióticos, generan resistencia bacteriana. Su uso excesivo e innecesario incrementa sustancialmente el costo de la atención sin beneficio sobre la salud del paciente (Antuñano, 1999).

A pesar de los avances en el conocimiento de la epidemiología de las IRA, aún se formulan serias preguntas que requieren respuestas urgentes: la definición de casos, la sensibilidad y especificidad de las pruebas de diagnóstico, la asociación de factores como las enfermedades crónicas en los adultos, la exposición a humo de tabaco directa o pasivamente, las características de la vivienda, el hacinamiento,

la ausencia de la práctica natural del amamantamiento, el estado nutricional, las inmunizaciones recibidas y la historia de otras patologías del aparato respiratorio, entre otros, es decir las determinantes para las infecciones respiratorias en niños (Antuñano, 1999).

Programas como “Salud en el hogar” con la estrategia de atención primaria, realizado en Colombia, han mostrado una reducción en de la desigualdad, contribuyendo a la reducción de las disparidades asociadas a las condiciones socioeconómicas y de vida en menores de 5 años, modificando indicadores como la tasa de la mortalidad infantil, la desnutrición aguda y la cobertura de vacunación DPT; estos indicadores se asocian con enfermedades las respiratorias (Mosquera, y otros, 2012).

Infecciones Respiratorias agudas en pediatría

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que en las infecciones respiratorias agudas se contemplan tres atributos epidemiológicos comunes e importantes, entre ellos: la distribución mundial; que en unas zonas se comportan como enfermedades endémicas y en otras zonas de manera epidémica; otro atributo es que son los seres humanos los reservorios de estas infecciones; el tercer atributo epidemiológico es el modo de transmisión, el cual es por contacto directo que ocurre por inhalación de gotitas llevadas por el aire, por transmisión indirecta con las manos o por artículos recién contaminados de los exudados nasofaríngeos de las personas infectadas.

La máxima incidencia de las infecciones de las vías respiratorias en las zonas templadas se observa en otoño-invierno, y a veces en primavera; en las zonas tropicales las infecciones respiratorias suelen ser más frecuentes en los climas húmedos y más fríos.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) clasifica a las infecciones de vías respiratorias superiores como supra glóticas, entre

ellas la rinitis o faringitis vírica aguda, como el resfriado común, y a las infecciones de vías respiratorias inferiores como infraepigloticas, por ejemplo el laringotraqueobronquitis (CRUP), laringotraqueoitis, traqueobronquitis vírica aguda, bronquitis, bronquiolitis o neumonía vírica aguda (Avila Cortes, 2009).

En México, las infecciones respiratorias agudas en pediatría son un problema de salud pública, debido a que representan la principal causa de consulta en los servicios de salud. Constituyen la primera causa de enfermedad en los niños, que suelen padecer cuatro a ocho episodios de infecciones respiratorias en un año; los niños menores de 12 meses tienen mayor riesgo de fallecer y en este grupo etario se concentra el 80% de las defunciones por esta causa.

Descripción y clasificación de las IRA

La infección respiratoria aguda o infección aguda de las vías respiratorias se clasifica en infecciones vías respiratorias superiores e infecciones vías respiratorias inferiores. Las primeras se definen como la enfermedad infecciosa que afecta el aparato respiratorio, por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor a 15 días y la segunda, es la enfermedad infecciosa que afecta el aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor a 15 días.

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican, de acuerdo con las características clínicas y con base en las particularidades de casos como: sin neumonía, con neumonía y dificultad respiratoria leve, y con neumonía y dificultad respiratoria grave, cianosis y disociación toracoabdominal.

Desde el año 2007 la Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad se realiza a través del formato SUIVE-1-2007 el cual reporta 113 enfermedades; de éstas, 100 están distribuidas en 13 grupos y las 13 restantes son enfermedades que por su importancia están sujetas a notificación inmediata además de incluirse en el reporte semanal: Fiebre amarilla, Peste, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Tifo epidémico, Tifo murino, Fiebre manchada, Encefalitis equina venezolana,

Meningitis por *Haemophilus influenzae*, Fiebre del oeste del Nilo, Efectos indeseables de las vacunas y/o sustancias biológicas, Poliomiелitis, Meningoencefalitis amebiana primaria e Intoxicación por picadura de Abeja Africana (SSA, SUIVE Sistema de Unico de informacion para la Vigilancia Epidemiologica, 2013).

De los 13 grupos, el tercero corresponde a Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio, dentro de este grupo se encuentran: Tuberculosis respiratoria A15-A16, Otitis media aguda H65 – H65.1, Faringitis y amigdalitis estreptocócicas, Infecciones respiratorias agudas J00-J06, J20 y J21 excepto J02 y J03, Neumonías y bronconeumonías J12-J18 excepto J18.2, Influenza H1N1 confirmada (*+) J09. (SSA, SUIVE Sistema de Unico de informacion para la Vigilancia Epidemiologica, 2013)

Las infecciones respiratorias agudas contienen a su vez al grupo J00-J06 excepto J02 y J03 que son Infecciones respiratorias superiores agudas, J00 – Rinofaringitis aguda o resfriado común, J01 Sinusitis-aguda, J04 Laringitis y traqueitis aguda, J04.0 Laringitis aguda J04.1, Traqueitis aguda J04.2 Laringotraqueitis aguda, J05 Laringotraqueobronquitis y epiglotitis aguda J05.0 Laringotraqueobronquitis aguda, J05.1 Epiglotitis aguda, J06 Infecciones respiratorias superiores agudas de múltiples sitios y sitios sin especificar. J20 – J22 que son infecciones respiratorias inferiores agudas (J20) Bronquitis aguda J20.9 Bronquitis aguda o subaguda (con broncoespasmo u obstrucción) J21 Bronquiолitis aguda (OMS O. M., 1992).

Triada Ecológica de las IRA: agente hospedero y ambiente

Se conoce a la Triada ecológica de la salud como los factores ecológicos que condicionan la salud y la enfermedad tales como el agente, el hospedero y el ambiente (Colimon, 1990), es importante recordar estos factores para las IRA, pues nos dan un panorama de cómo interactúan estos elementos en el proceso de la enfermedad. Por parte del agente, la etiología de las infecciones respiratorias en

pediatría se debe en 90% de los casos a virus, entre ellos rinovirus, virus de la influenza, parainfluenza, adenovirus y sincital respiratorio, de curso autolimitado, por lo que no se requiere la administración de antibióticos y solo es necesario tratamiento sintomático.

En un estudio realizado en Argentina 2011, Las técnicas de diagnóstico virológico permitieron identificar agentes etiológicos en la mayoría de los pacientes hospitalizados y en más de la mitad de los ambulatorios con IRA. La incorporación de RT-PCR para rinovirus, permitió la identificación de este agente etiológico. La circulación viral se observó a lo largo de todo el año. La bronquiolitis fue causa de internación en 86,5% niños con IRA y la neumonía en 84,6% de los niños estudiados (Marccone, y otros, 2011) El 10% la causa es por bacterias, por lo regular cocos, por lo cual si se requiere tratamiento con antimicrobianos.

En 2011 Mezquia Valera y colaboradores concluyeron que el hacinamiento de las aulas, combinado con la falta de ventilación, puede incrementar el riesgo para las infecciones de transmisión respiratorias. Las temperaturas elevadas en los locales, (casas y/o escuelas) donde además hay poca ventilación, constituyen lugares ideales para el crecimiento de agentes de enfermedades infecciosas, en especial, de tipo bacteriano (Mezquía Valera, Cumba Abreu, Aguilar Valdés, García Roche, & Acosta Quintana, 2011).

Correspondiente al hospedador, los factores de riesgo en el huésped tienen relación con aspectos relacionados con el nacimiento, como bajo peso al nacer, prematuridad, pre madurez y desnutrición, que incrementan la susceptibilidad de tener una infección respiratoria y aumentan la probabilidad de neumonía como causa de defunción.

Existen otros factores determinantes, como la ausencia de lactancia materna debido al aporte de anticuerpos maternos suministrados por esta vía, los esquemas incompletos de vacunación y la carencia de vitamina A; estas deficiencias se relacionan directamente con procesos infectocontagiosos, porque son causa de

problemas inmunológicos y en el caso de la vitamina A sus metabolitos son esenciales para la función de los linfocitos B y T.

Por último, el ambiente, en el invierno aumenta la incidencia de las infecciones respiratorias, los meses fríos se relacionan con el aumento de la mortalidad por Neumonía. Otros factores de mal pronóstico se deben a las características propias de los países en vías de desarrollo, entre ellas, hacinamiento, dificultades para la obtención de agua potable, drenaje, luz eléctrica, exposición en el domicilio a contaminantes ambientales, como el uso de leña para cocinar o producir calor por las inclemencias del tiempo.

Hábitos de vida no saludable también se relacionan con la presencia de infecciones respiratorias, como el tabaquismo, lo que aumenta en los fumadores pasivos. En el estudio realizado por Giacheto 2001, se observó que existe asociación estadísticamente significativa entre la exposición pasiva al humo del tabaco y el desarrollo de infecciones respiratorias agudas bajas virales graves, el hacinamiento, la desnutrición y el nivel de instrucción materna no constituyeron factores de riesgo en esa población (Giachetto, Martinez, & Montaña, 2001).

En las infecciones respiratorias en pediatría, los mecanismos de transmisión consisten en contacto directo con las manos, por la respiración y por las gotas derivadas del estornudo (Avila Cortes, 2009).

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2 para la atención a la salud del niño establece las medidas de prevención en las infecciones respiratorias agudas, como por ejemplo: lactancia materna, estado nutricional del niño, vacunación, entre otras, las cuales han demostrado ser efectivas (SSA, Para la Atención de la Salud del niño NOM-031-SSA2, 1999).

Modelo de Determinantes Sociales en la Salud

El modelo de los determinantes Sociales en la Salud ha sido propuesto por la comisión Mundial de la OMS sobre los Determinantes sociales de la salud. Uno de los principios éticos que han guiado a la comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud, mientras que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (OMS, 2007).

El modelo pone énfasis en los contextos socio-económicos y políticos, así como, en los determinantes estructurales que pueden originar las desigualdades de salud. Los determinantes estructurales de acuerdo con la comisión son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos” (OMS, 2007).

En el diagrama (Fig. 1) se resumen los tres componentes principales del modelo: el contexto socio-político, los determinantes estructurales y la posición socioeconómica, y los factores intermedios.

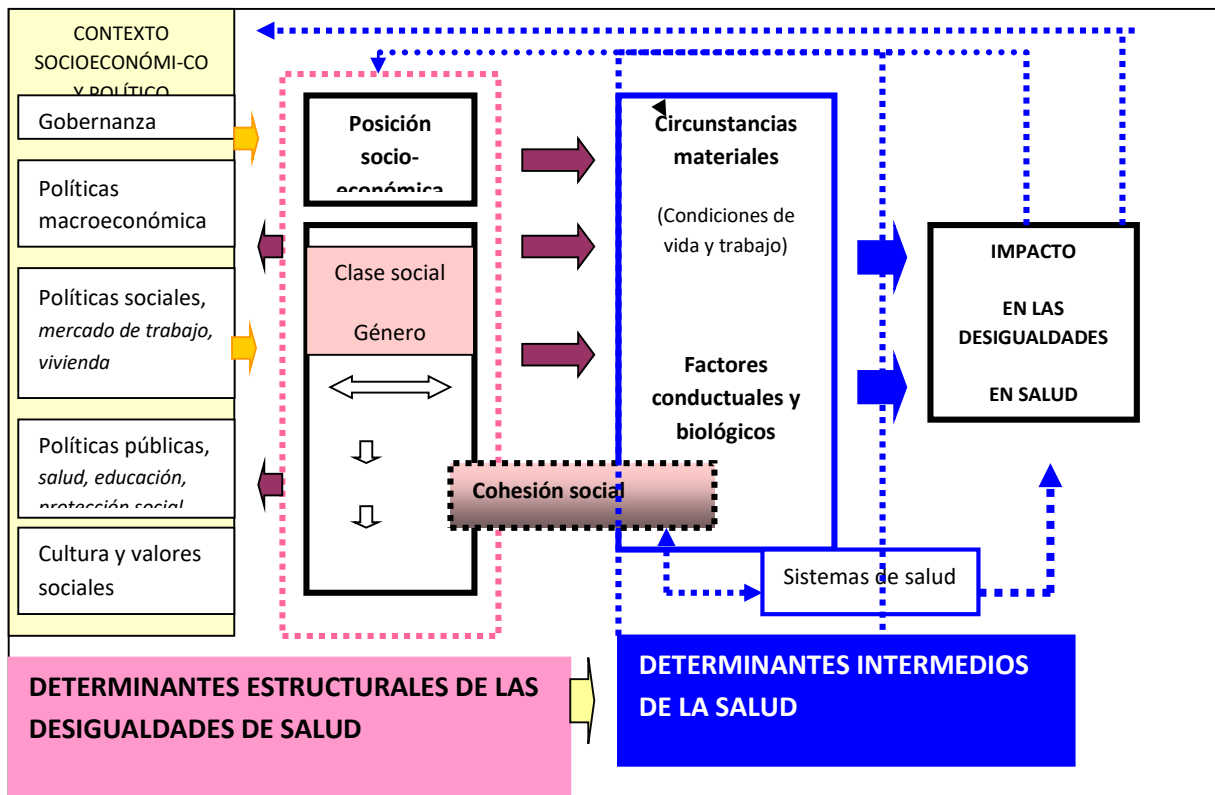


Figura. 1. Marco Conceptual de los Determinantes sociales de la salud (OMS, 2007)

Hipótesis

“Los factores socioeconómicos se asocian significativamente con las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 1 a 4 años atendidos en la Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” en Ensenada B.C. durante el periodo de junio 2013 a mayo de 2014.”

Objetivo General

Analizar algunos de los determinantes Sociales de la Salud, como factores asociados a la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 1 a 4 años atendidos en la Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” en Ensenada B.C. durante 2013 y 2014.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar algunos de los Determinantes Sociales de la salud para Infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 1 a 4 años atendidos en la Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” en Ensenada B.C. durante 2013 y 2014.
- 2) Definir cuáles son las variables socioeconómicas que tienen mayor asociación con el diagnóstico IRA

Meta

La presentación de la propuesta de intervención ante el Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ensenada (IMIP), para que a su vez sirva de herramienta para generar planes y/o programas de atención que produzcan cambios positivos en la salud de los niños y niñas de 1 a 4 años.

Metodología

Diseño del estudio

Es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico. Que se llevó a cabo en el periodo comprendido de Junio del 2013 a Mayo de 2014, en Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” de la ciudad de Ensenada B.C. a través de una encuesta a los padres de familia y/o tutores de los niños y niñas de 1 a 4 años y consulta de las bases de datos de SUIVE, se ha elegido esta unidad por ser uno de los sitios con mayor vulnerabilidad para enfermedades respiratorias de Ensenada según un estudio previo realizado por UABC en 2012.

La población de estudio correspondió a 67,225 habitantes de la zona de Pórticos de Mar que están bajo la responsabilidad en salud de la Unidad de SSA de esa localidad, con un índice de marginación de medio a bajo según la CONAPO 2010, del total de la población 38,889 habitantes son derechohabientes de la Unidad de SSA, de los cuales 2,532 son niños de 1 a 4 años.

Los datos se obtuvieron encuestando de manera personal a cada participante en compañía de la trabajadora social de la unidad de atención.

Tamaño de muestra

Debido a las características del presente trabajo, la muestra fue no probabilística ya que se consideró todos los casos con diagnóstico de IRA en el grupo etario de 1 a 4 años atendidos en la Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” en Ensenada B.C. durante 2013 y 2014., por lo tanto se considera que el tamaño de la muestra fue a conveniencia (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 1997).

Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión fue, niños y niñas de 1 a 4 años, con diagnóstico médico previo de infección respiratoria aguda de los grupos CIE-10 J00-J06 excepto J02 y J03 que son Infecciones respiratorias superiores agudas, J00 – Rinofaringitis aguda o resfriado común, J01 Sinusitis-aguda, J04 Laringitis y traqueitis aguda, J04.0 Laringitis aguda J04.1, Traqueitis aguda J04.2 Laringotraqueitis aguda, J05 Laringotraqueobronquitis y epiglotitis aguda, J05.0 Laringotraqueo bronquitis aguda, J05.1 Epiglotitis aguda, J06 Infecciones respiratorias superiores agudas de múltiples sitios y sitios sin especificar. J20 – J22 que son infecciones respiratorias inferiores agudas (J20) Bronquitis aguda J20.9 Bronquitis aguda o subaguda (con broncoespasmo u obstrucción) J21 Bronquiolitis aguda según clasificación del SUIVE 2013.

Los criterios de exclusión fueron, niños y niñas menores de 1 año y mayores de 5 años, niños y niñas que no tengan el diagnóstico de infecciones respiratorias agudas, niños y niñas con padres y/o tutores se nieguen a participar.

Variables

La variable dependiente, fue el diagnóstico de infección respiratoria aguda, esta variable se clasifica por medio del diagnóstico médico inicial.

Las variables independientes fueron: capacitación de la madre, padre o tutor en cuidados para un menor con infección respiratoria aguda y su alimentación, estado nutricional del menor, esquema nacional de vacunación completa, condición socioeconómica (número de integrantes en la familia, ocupación, ingreso familiar promedio mensual, situación económica, tipo de vivienda, número de dormitorios).

Instrumento

El cuestionario (anexo 1) está basado en 2 instrumentos realizados por el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, para el Programa de Atención a la Salud del Niño, revisión 2013.

Constará de 5 secciones como se mencionan a continuación: 1) Datos del menor, 2) Educación de los padres o tutores en el cuidado de Infecciones respiratorias agudas, 3) Educación de los padres o tutores en el seguimiento de la alimentación del menor, 4) Estado socioeconómico familiar y 5) Exposición ambiental.

Análisis Estadístico

Debido a la naturaleza de los datos no paramétricos, se realizó análisis estadístico descriptivo con gráficas y tablas además de un análisis multivariado de agregamiento utilizando como parámetro de correlación el coeficiente 1-R de Pearson. (Arrieta Flores & Caro-Gomez, 2010) .

Resultados y Discusión

Descripción del grupo de estudio:

Del total de los 29 niños 15 son mujeres y 14 hombres, con edades de entre uno y cinco años con promedio de 3 ± 1 . El peso fluctuó entre 8 y 18 kilos con media de 13.09 ± 2.44 , su estatura osciló de un mínimo de 0.65 m hasta 11.3 m con promedio de $0.88\pm.12$ y el índice de masa corporal se situó en 17.09 ± 2.97 con un máximo de 23.82 y mínimo de 10.3.

Los datos obtenidos difieren de la mayoría de los estudios en que refieren un predominio de las IRAs asociadas a sexo masculino, como lo menciona Alonso M y su equipo en 2008. (M, Rodríguez, Rodríguez, & Hernández, 2008)

....Se apreció un mayor predominio de las infecciones respiratorias agudas asociadas al sexo masculino. El bajo peso al nacer, la malnutrición por defecto, aspiración pasiva del humo de tabaco, condiciones de las viviendas regulares y malas y la baja escolaridad de las madres se presentaron con mayor frecuencia en los niños con factores de riesgos sociales y ejercieron una influencia significativa en la aparición y evolución de las IRA....

Educación de los padres en cuanto al manejo de infecciones respiratorias agudas

Se detectó que cerca de 24 % de los padres no saben identificar la pulmonía o neumonía (Figura 1)

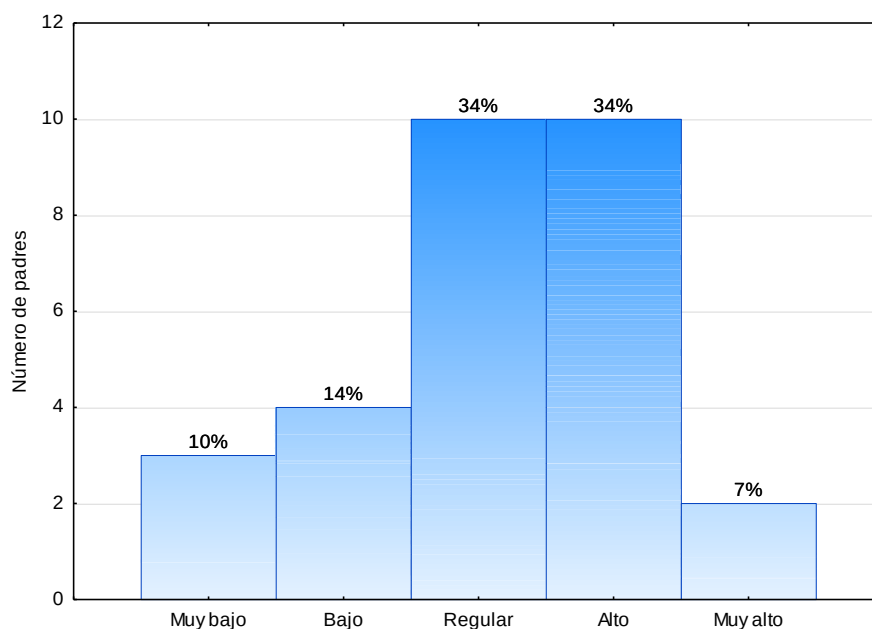


Figura 2. Grado de conocimiento sobre lo que es una pulmonía o neumonía

En cambio puede decirse que 40% aproximadamente si tienen un conocimiento entre alto y muy alto de los aspectos necesarios para identificar éste padecimiento en general. Lo que coincide con los resultados obtenidos de las estrategias propuestas de capacitación en el Foro de Sociedades internacionales de enfermedades respiratorias. (Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias, 2013)

.....En el presente foro se describen las estrategias prácticas para combatir las amenazas contra la salud respiratoria y estrategias demostradas para mejorar de manera significativa la atención que los profesionales de la medicina respiratoria ofrecen a las personas afectadas por enfermedades respiratorias en todo el mundo...

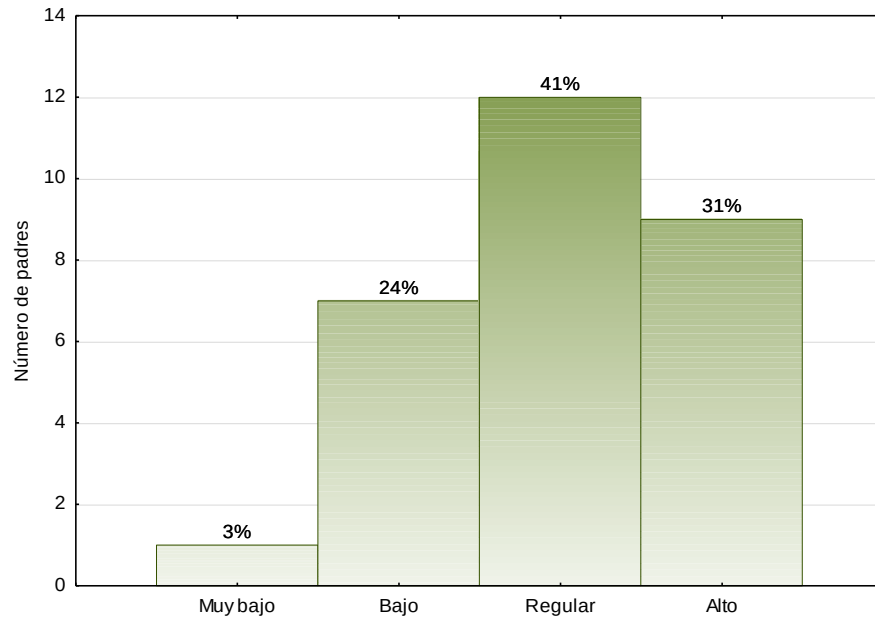


Figura 3 Grado de conocimiento sobre los síntomas de pulmonía o neumonía

Respecto a la identificación de la sintomatología de patologías como pulmonía o neumonía, el 72% muestra un conocimiento de regular a alto.

Enfermedades como las anteriores se presentan con mayor frecuencia por lo que los padres tienen un contacto y aprendizaje más significativo respecto a los síntomas como lo menciona en sus conclusiones Montejo Fernández en 2005. (Montejo Fernandez, Gonzalez Diaz , Mintegui Rasso, & Benito Fernadez, 2005)

...La neumonía adquirida en la comunidad, en niños menores de 5 años, presenta una elevada morbilidad. Utilizando parámetros clínicos, analíticos y radiológicos, la neumonía que se sospecha de origen neumocócico, parece más grave que las de otras posibles etiologías.

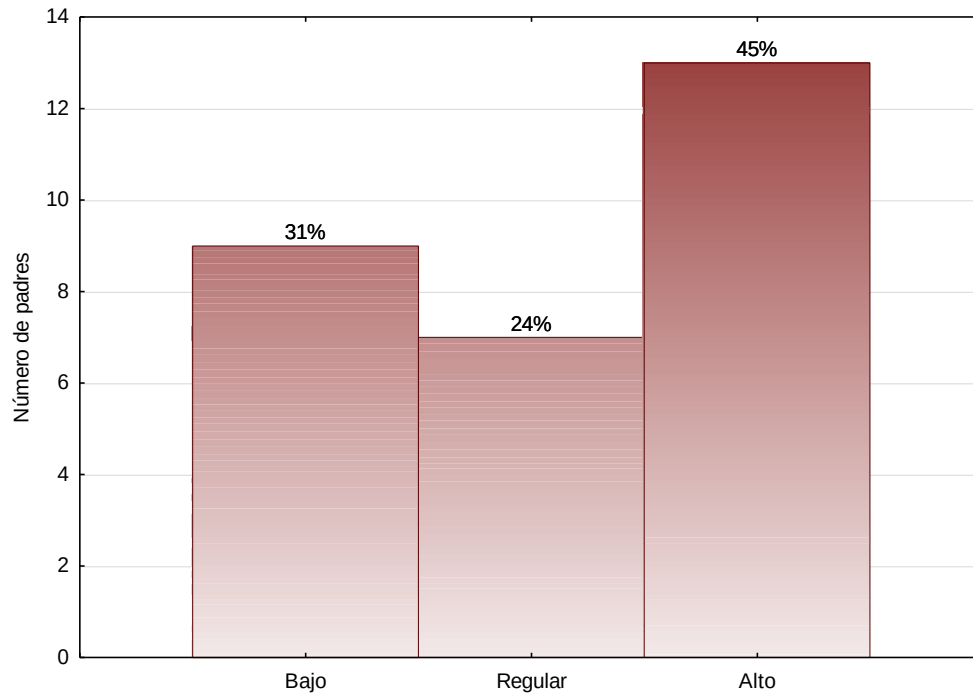


Figura 4. Grado de conocimiento sobre los síntomas de infección en oído y garganta

La figura 3 nos muestra que un número elevado de los encuestados reconoce e identifica los síntomas para IRA con un 45%, Sin embargo podemos observar que en el nivel bajo también participa de manera importante con un 31%.

En 2013, estas tendencias habían sido identificadas y exteriorizadas por Ferreira-Guerrero y Trejo-Valdivia quienes mencionan (Báez, y otros, 2013):

“...La magnitud del problema de identificación de signos de alarma por parte de padres y cuidadores en México ha disminuido, principalmente en los grupos más vulnerables como los niños más pequeños y los pertenecientes a los niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo, existen necesidades de capacitación, principalmente a nivel comunitario...”

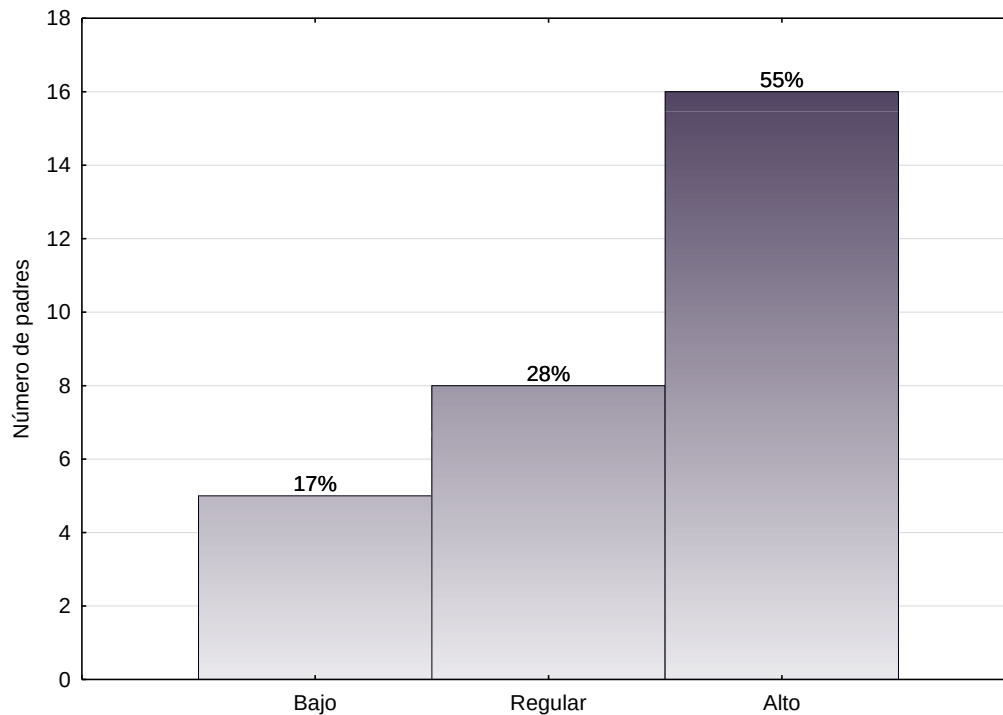


Figura 4. Grado de conocimiento sobre los síntomas de cronicidad

Se observa que más de la mitad de los encuestados 55% identifican síntomas de cronicidad en IRAs.

El origen de las IRAs es mayormente de origen alérgico, por las condiciones climáticas variables en temperaturas, brisa marina y en la zona de estudio poca o nula pavimentación, la población de Ensenada cuenta con al menos 1 familiar diagnosticado con alergia por lo que se puede relacionar con el conocimiento e identificación del curso de la enfermedad. Rodríguez menciona el origen alérgico como el factor de riesgo predominante en 2009. (Rodríguez, 2009)

...La atopía (origen alérgico) se comportó como el factor de riesgo predominante y la forma clínica más frecuente fue la Rinofaringitis Catarral Aguda. Predominó la evolución clínica de mejorado, la neumonía como complicación, la no utilización de antibióticos y no ingresos hospitalarios...

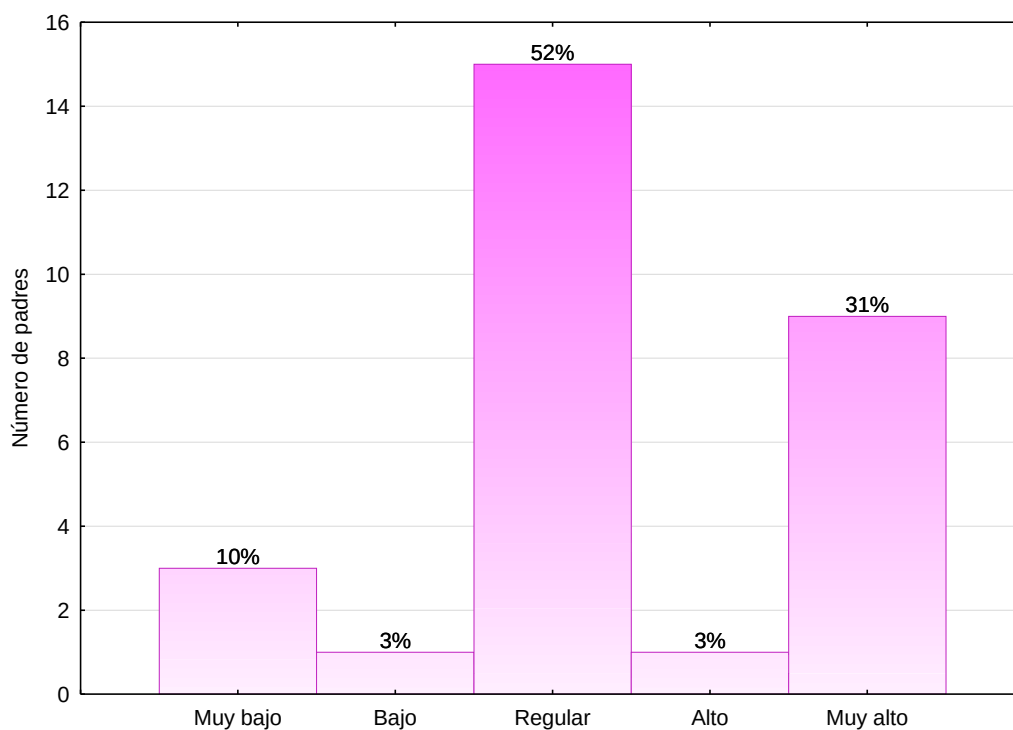


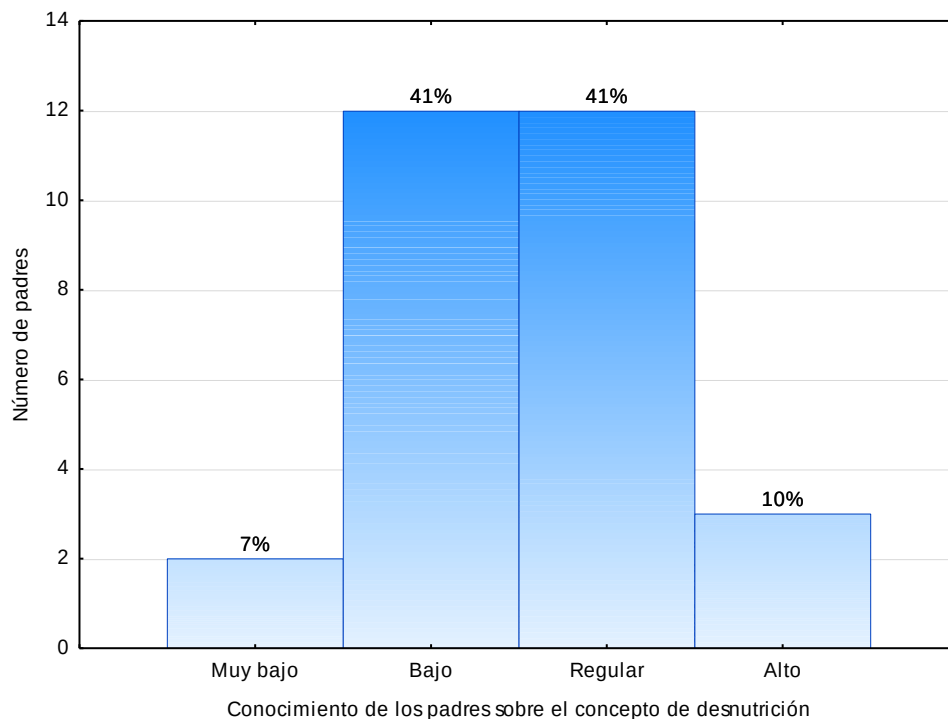
Figura 5. Grado de conocimiento sobre cuidados preventivos

Un 86% tiene las habilidades y conocimientos para realizar cuidados preventivos en los menores.

Se conoce que la falta de cuidados al huésped en este caso de los niños colocara a estos en una posición de alto riesgo frente las IRAs como concluyo Reyes M. en 2016. (Reyes, 2016)

...Existe asociación positiva entre los factores de riesgo del huésped y las infecciones respiratorias agudas en el menor de un año. La lactancia materna no exclusiva, la prematuridad, la malnutrición y el sexo masculino, son factores de riesgo asociados a infecciones respiratorias agudas...

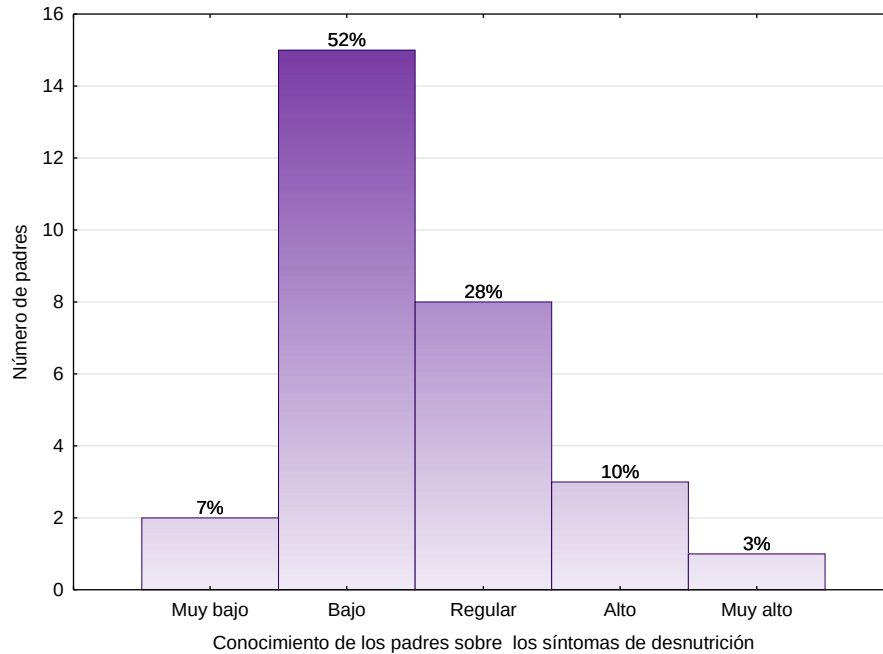
Educación de los padres en cuanto a la Nutrición



Se observa que el 82% de los padres tienen un nivel de conceptualización del tema de nutrición de regular a bajo.

Como lo menciona Bourges Rodriguez H en 2001, México tiene un panorama alimentario y nutricional complicado. (Bourges Rodriguez, 2001)

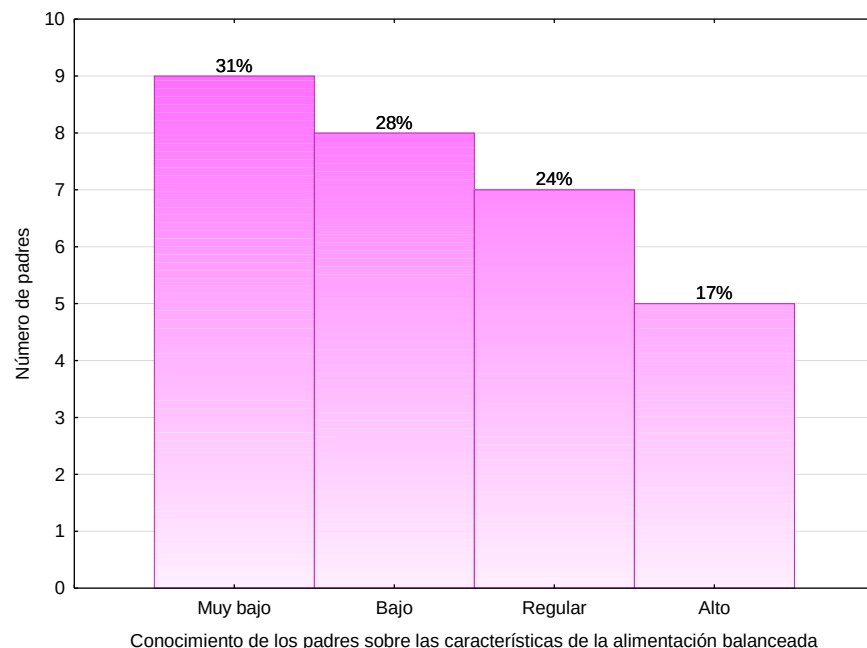
...el panorama alimentario y nutricional de México es complicado, en particular por la llamada transición epidemiológica en que se encuentra el país, caracterizada por la persistencia de antiguos problemas de nutrición y salud ligados a la pobreza, así como por problemas de nuevo cuño asociados con la riqueza...



El 52% de los padres tiene un nivel de conocimiento bajo respecto a identificar síntomas de desnutrición y solo un 13% va del alto a muy alto.

Prieto-Herrera y Ross-Guzmán en 2000 al trabajar en la identificación de factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, concluyeron que (Prieto, Russ, & Reitor, 2000):

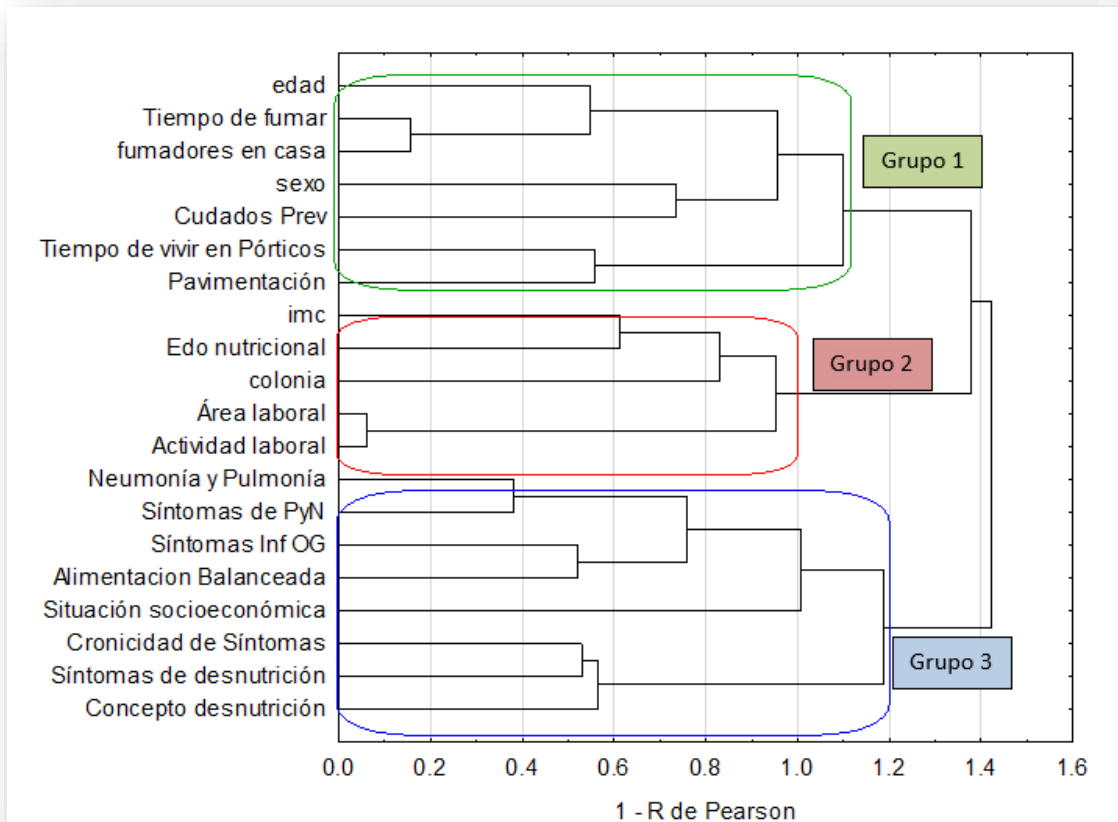
“... que la lactancia materna inadecuada, la desnutrición, la enfermedad parasitaria, el fumador pasivo y el hacinamiento se comportaron como factores de riesgo...”



El 59% de los padres muestra un nivel de bajo a muy bajo respecto al conocimiento para identificar las características de una alimentación balanceada, aun con los programas y políticas orientadas a mejorar la nutrición de los grupos vulnerables. (Barquera, Rivera-Domarco, & Gasca-Garcia, 2001)

...México tiene una larga historia de implementación de programas y políticas orientadas a mejorar la nutrición de grupos vulnerables. A pesar de ello, la desnutrición constituye uno de los retos de salud pública más importantes en México...

Análisis Multivariado



Se efectuó un análisis multivariado de agregamiento utilizando como parámetro de correlación el coeficiente 1-R de Pearson, se pueden distinguir tres grupos de variables. En el primer grupo, se pudo observar que el grado de conocimiento que tienen los padres acerca de los cuidados preventivos se relacionó con las variables sexo y otras como el tiempo de vivir en pórticos, aunque también puede notarse que éste conocimiento se relacionó con variables sobre los factores ambientales y hábitos que afectan la calidad del aire, los cuales tienen repercusión en las enfermedades respiratorias.

También puede observarse que los hábitos de salud como fumar se relacionaron con los cuidados preventivos que se les proporcionan a los niños en sus hogares,

así como los servicios públicos como pavimentación en las áreas donde se localizan sus viviendas.

El segundo grupo de variables no se correlacionó con el conocimiento de los padres sobre las enfermedades respiratorias, pero si se puede advertir que las variables que se agrupan son aquellas relacionadas con el estado nutricional, el índice de masa corporal (imc) la actividad laboral y el área laboral. Esto puede explicar cómo el ingreso y la calidad de la dieta están muy relacionadas, lo cual corrobora el impacto que tiene la condición socio laboral en la alimentación. Lo anterior corrobora lo mencionado por Rivera-Dommarco y González de Cossío ((2012) quienes exponen que:

“...la desnutrición durante el periodo crítico de la gestación y los primeros años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo mental, el desempeño intelectual y el desarrollo de capacidades. Además, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas a largo plazo, particularmente en poblaciones que experimentan transición nutricional”

El tercer grupo de variables forma dos subgrupos; el primero aglomera las variables conocimiento sobre el concepto de pulmonía y neumonía y sus síntomas, así como el conocimiento sobre síntomas de infecciones en oído y garganta se agruparon con la situación socioeconómica y el conocimiento de una alimentación balanceada, lo cual indica que padres con buena situación socioeconómica saben qué es una buena alimentación y también conocen las señales que pueden llevar a un diagnóstico sobre las enfermedades respiratorias de sus hijos.

Se puede decir entonces que las condiciones socioeconómicas determinan en buena medida cuánto puede conocer un padre sobre las enfermedades respiratorias agudas y crónicas de sus hijos, puesto que mucho se ha estudiado la relación entre la precariedad laboral y la salud. Se sabe que en los estados de la República con mayor marginación y pobreza la mortalidad infantil es mayor, como lo señala Samaniego-Breach (2012).

“Si bien la precariedad laboral, se manifiesta en innumerables carencias (de ingreso, de servicios adecuados de salud, de vivienda, de seguridad en el trabajo y expectativas claras), está altamente correlacionada con la menor esperanza de vida y las enfermedades típicas de la pobreza y el atraso”

Conclusiones

Este trabajo contribuye a identificar algunos de los determinantes sociales de la salud para infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 1 a 4 años atendidos en la Unidad del Sector Salud “Pórticos del Mar” en Ensenada B.C. durante 2013 y 2014. Se encontró que la mayor parte de los síntomas sobre éste tipo de padecimientos que afectan a los niños, están muy vinculados a el estado nutricional en que se encuentran y al índice de masa corporal, y dado que éstos son un reflejo de la calidad de vida de la familia, que está socialmente determinado como lo es el área laboral del padre y la actividad esté laboral de los mismos afectando directamente el conocimiento y la percepción que tienen los padres acerca de la salud de sus niños.

De lo anterior se desprende que las variables socioeconómicas tienen mayor asociación con las enfermedades respiratorias son aquellas que tienen que ver con la actividad laboral de los padres.

Podemos observar que los determinantes sociales inciden en las condiciones de vida, mayormente de manera desfavorable, la calidad de vida y la salud de los menores dependerán de manera sustancial de la capacitación adecuada, vivienda apropiada para el número de integrantes de la familia, hábitos saludables, atención médica eficiente, urbanización y servicios públicos, ingresos económicos familiares

dignos y condiciones socio laborales que cumplan con la legislación de la seguridad y salud ocupacional del país. En el trabajo realizado por Padrón-Santos en 2010, *“Los Determinantes Sociales, Las Desigualdades En Salud”* reafirma lo anterior en su conclusión (Padrón, 2010):

“...Se necesitan procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias. También, reconocer la utilidad de estas investigaciones para tomar decisiones, orientadas a solucionar los problemas de salud con enfoques aproximativos a sus determinantes y no exclusivamente desde la atención medica...”

Por lo que una aportación a dicha problemática podría ser la presentación de una propuesta de intervención ante el Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ensenada (IMIP), para que a su vez sirva de herramienta para generar planes y/o programas de atención que produzcan cambios positivos en la salud de los niños y niñas de 1 a 4 años.

Bibliografía

- Antuñano, L. (1999). Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en niños: panorama general. En *Infecciones Respiratorias agudas en niños* (págs. 3-23). EUA: OPS.
- Arredondo, A., Orozco Nuñez, E., Wallace, S. P., & Rodriguez, M. A. (2010). Gobernanza en sistemas de salud. *Instituto Nacional de Salud Publica, México*, 1-186.
- Arrieta Flores, R., & Caro-Gomez, E. E. (2010). Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niñas y niños de uno a cuatro años en Colombia. *9*(18).
- Avila Cortes, F. J. (2009). *Infecciones Respiratorias en Pediatría*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Báez, S. R., Ferreira, G. E., Trejo, V. B., Ferreyra, R. L., Delgado, S. G., Chilián, H. O., & Garcia, G. L. (2013). Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *55*(2), 307-313.
- Barquera, S., Rivera-Domarco, J., & Gasca-Garcia, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 464-477.
- Benguigui, Y., Lopez Antuñano, F., Schmunis, G., & Yenes, J. (1999). *Infecciones Respiratorias en niños*. EUA: OPS.
- Bourges Rodriguez, H. (2001). La alimentación y la nutrición en México. *Alimentación y nutrición en México*, 898-904.
- Colimon, K.-M. (1990). *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid: Diaz de Santos S.A.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., & Camacho, I. (2008). Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas producen inequidad en México. *Salud Publica*, 119-132.
- Giachetto, G., Martinez, M., & Montaña, A. (2001). Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 72(3).
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Romero-Valle, S., Vega-López, A., & Cabrera-Pivaral, C. E. (2008). Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial. *Salud Publica*, 15-28.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (1997). *Metodología de la Investigacion*. Colombia: Mc Graw Hill.
- M, A., Rodriguez, N., Rodriguez, B., & Hernandez, L. (2008). Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *14*(2).

- Marcone, D. N., Vidaurreta, S. M., Ellis, A., Ekstrom, J., Cukier, D., Videla, C., . . . Echavarría, M. (2011). Infección respiratoria aguda viral en niños menores de 5 años. Estudio epidemiológico en dos centros de Buenos Aires, Argentina. *Archivos Argentinos Pediatricos*, 296-304.
- Mezquía Valera, A., Cumba Abreu, C., Aguilar Valdés, J., García Roche, R., & Acosta Quintana, L. (2011). Condiciones ambientales riesgosas para las infecciones respiratorias agudas en escolares de primaria. *Revista Cubana de medicina general e integral*, 27(2).
- Montejo Fernandez, M., Gonzalez Diaz , C., Mintegui Rasso, S., & Benito Fernandez, J. (2005). Estudio clinico y epidemiologico de la neumonia adquirida en la comunidad en niños menores de 5 años de edad. *Anales de Pediatría*, 131-136.
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Martínez, J., Labonte, R., Sanders, D., & San Sebastián, M. (2012). The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá – Colombia: an ecological analysis. *International Journal for Equity in Health*, 11-66.
- OMS. (2007). *Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health*. .
- OMS, O. M. (1992). *Clasificacion Internacional de Enfermedades, Version 10*. EUA: OMS.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2005). *Comision sobre Determinantes Sociales de la Salud*. EUA.
- Organizacion Mundial de la Salud, O. (2008). *Informe Final de la Comision OMS sobre dterminantes sociales en salud*. Ginebra: OMS.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2002). *Indicadores de la salud ambiental infantil*. EUA: OPS.
- Padrón, S. H. (2010). Los determinantes sociales, Las desigualdades en salud. 136-144.
- Povall, S. L., Haigh, F. A., Abrahams, D., & Scott Samuel, A. (2013). Health equity impact assessment. *Health Promotion International*, 1-13.
- Prieto, H. M., Russ, D. G., & Reitor, L. L. (2000). Factores de riesgo de infecciones respiratorias aguadas en menores de 5 años. 16(2), 160-164.
- Reyes, M. (2016). Factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 año. *Revista Peruana de Obstetricia y enfermeria*.
- Rodriguez, D. (2009). Infecciones respiratorias en niños menores de 5 años. *Salud Venezuela*.
- Romero Placeres, M., Alvarez Toste, M., & Alvarez Pérez, A. (2007). Los factores ambientales determinantes del estado de salud de la población. 45(2).

Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias. (2013). Las enfermedades respiratorias en el mundo. Foro de Sociedades Internacionales de Enfermedades Respiratorias.

SSA, S. d. (1999). *Para la Atencion dela Salud del niño NOM-031-SSA2*. Mexico: Diario Oficial de la Federacion.

SSA, S. d. (2013). *SUIVE Sistema de Unico de informacion para la Vigilancia Epidemiologica*. México: Direccion General deEpidemiologia.

Zurita, B., Lozano, R., Ramirez, T., & Torres, J. L. (2003). Desigualdad e inequidad en salud. *Caleidoscopio de las alud*, 29-39.

Anexos

Clasificación CIE 10

J00 – Rinofaringitis aguda o resfriado común,

J01 Sinusitis-aguda

J04 Laringitis y traqueitis aguda

J04.0 Laringitis aguda

J04.1 Traqueitis aguda

J04.2 Laringotraqueitis aguda,

J05 Laringotraqueobronquitis y epiglotitis aguda,

J05.0 Laringotraqueo bronquitis aguda,

J05.1 Epiglotitis aguda

J06 Infecciones respiratorias superiores agudas de múltiples sitios y sitios sin especificar.

J20 Bronquitis aguda

J20.9 Bronquitis aguda o subaguda (con broncoespasmo u obstrucción)

J21 Bronquiolitis aguda

CUESTIONARIO

IMPORTANTE: Este es una herramienta de investigación cuya finalidad es conocer **Qué factores socioeconómicos determinan la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 1 a 4 años** en la Unidad del Sector Salud "Pórticos del Mar" en Ensenada B.C. durante 2013 y 2014 y elaborar una propuesta de intervención social para reducir la incidencia de las IRA en Unidad del Sector Salud "Pórticos del Mar". Es por esto que le pedimos su colaboración garantizándole que la información que nos proporcione tendrá un carácter **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL** por lo que no se utilizaran el nombre de usted ni el de su hijo y solo será usada con fines de investigación, en formato de promedios o porcentajes, sin hacer alusión a datos personales o individuales.

Anticipadamente: **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

Estoy de acuerdo _____

Datos Generales del menor

1) Folio _____, Diagnostico _____ Fecha ____/____/____.
Día / mes / año

2.) Edad ____ años cumplidos Sexo _____ Peso en kilos _____ Estatura _____

Dirección: _____

Calle

Número

Colonia

3.) Cartilla Nacional de Vacunación del menor completa para su edad SI _____ NO _____

4.) Estado nutricional

- 1) Desnutrición Leve _____
- 2) Desnutrición Moderada _____
- 3) Desnutrición Grave _____
- 4) Estado Normal para su género, edad y estatura _____
- 5) Sobrepeso _____
- 6) Obesidad _____

Educación de los padres o tutores en el manejo de Infecciones respiratorias agudas

1. ¿Qué es para usted la pulmonía o neumonía?

2. ¿Cómo sabe usted que un niño tiene neumonía o pulmonía?

3. ¿Cómo se da cuenta cuando un niño se enferma del oído o de la garganta?

4. ¿Cómo sabría que un niño con tos y catarro se está agravando?

5. ¿Qué cuidados debe proporcionar los padres o tutores a su hijo con tos y catarro para evitar que se agrave?

Educación de los padres o tutores en el manejo de la alimentación del menor

1. Dígame ¿Que es la desnutrición?

2. Dígame ¿Cómo se da cuenta usted cuando un niño esta desnutrido?

3. Dígame ¿En qué consiste una alimentación balanceada?

Estado socioeconómico familiar

Grupo Familiar	Calificación
10 o más integrantes	0
7 a 9 integrantes	1
4 a 6 integrantes	2
1 a 3 integrantes	3

Ocupación	Calificación	Padre	Madre	Tutor
Desempleados	0			
Subempleados	1			
Obreros	2			
Empleados	3			
Técnicos	4			
Profesionales (Licenciatura)	5			
empresarios	6			
Ejecutivos	7			

Situación económica	Calificación
Indigente	0
Déficit	1
Equilibrio	2
Solvente	3

Numero de dormitorios	Calificación
Vivienda de 1 cuarto	0
Vivienda con 1 dormitorio	1
Vivienda con 2 dormitorios	2
Vivienda con 3 dormitorios	3
Vivienda con 4 o más dormitorios	4

Tipo de vivienda	Calificación
Sin vivienda	0
Choza	1
Vecindad/ cuartos improvisados	2
Casa / Dpto. popular	3
Casa / Dpto. residencial	4

Salario	Calificación
Sin salario 0 pesos	0
Menor a 455 pesos semanales	1
500 pesos semanales	2
Mayor de 500 pesos semanales	3
1000 a 1500 pesos semanales	4
2000 a 2500 pesos semanales	5
3000 o mas pesos semanales	6

Suma de calificaciones	Calificación
Grupo Familiar	
Ocupación	
Salario	
Situación económica	
Tipo de vivienda	
Numero de dormitorios	
Puntaje Total	

Exposición ambiental

1. ¿Cuánto tiempo hace que vive en la zona de "Pórticos del Mar"?
2. ¿En el área donde se encuentra su domicilio, cuenta con pavimentación? No () Si ()
3. ¿Algún integrante de la familia, que viva en la misma casa, fuma? No () Si ()
¿Desde cuándo? _____
- 4.- ¿Cuál es el área laboral de los padres o tutores? _____
- 5.- ¿Cuáles son las actividades que realizan en su trabajo los padres o tutores

Gracias por su tiempo y sus valiosas respuestas

Calificación	Número de dormitorios
0	Vivienda de 1 cuarto
1	Vivienda con 1 dormitorio
2	Vivienda con 2 dormitorios
3	Vivienda con 3 dormitorios
4	Vivienda con 4 o más dormitorios

Calificación	Situación económica
0	Indigente
1	Deficiente
2	Equilibrado
3	Solvente

Calificación	Tipo de vivienda
0	En vivienda
1	Chozas
2	Viviendas con techos improvisados
3	Casa / Dpto. popular
4	Casa / Dpto. residencial

Calificación	Suma de calificaciones
	Grupo Familiar
	Ocupación
	Salario
	Situación económica
	Tipo de vivienda
	Número de dormitorios
	Puntaje Total

Calificación	Salario
0	Menor a 450 pesos semanales
1	Entre 450 y 500 pesos semanales
2	Entre 500 y 1000 pesos semanales
3	Entre 1000 y 2000 pesos semanales
4	Entre 2000 y 3000 pesos semanales
5	3000 o más pesos semanales