



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388. NUEVO
CHIMBOTE – PERÚ, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORA:

Meliza Katerin Chauca Laurencio

ASESORA:

Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

CHIMBOTE – PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres porque ellos siempre me apoyaron en casa y siempre estuvieron motivándome para seguir adelante y me brindaron las posibilidades económicas y morales para nunca rendirme y porque ellos siempre confiaron en mí.

A mis hermanos que muchas veces me apoyaron cuando parecía que ya no podía más, porque siempre fueron mi sostén y estuvieron ahí dándome ánimos.

A la Dra. Adriana Vílchez, por ser mi guía durante todo el camino recorrido en mi formación y por brindarme los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por haberme dado la vida, por permitirme seguir y no desistir de mis metas, sobre todo porque me ayuda a mejorar día con día; y que con cada prueba que me presenta, adquiero fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo y salir adelante con más ahínco.

A mis padres:

Por su ayuda, amor, paciencia y apoyo en todo momento tan difícil para mí, y sobre todo a ellos por ser mis padres y ser quienes me inculcaron a que lo que se empieza se termina, y por el simple hecho de ser mis padres, porque a ellos les debo el poder ser quien soy ahora.

Finalmente agradecer a mi docente la Dra. Adriana Vílchez, porque siempre me mostro interés y siempre estuvo orientándome sobre el avance de mi tesis, porque me enseñó que nada es fácil, pero todo se puede lograr con esmero y dedicación.

RESUMEN

El presente informe de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de salud en escolares de la Institución educativa N° 88388. La muestra estuvo constituida por 226 escolares a quienes se les aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados al software PASW Statistics versión 18.0 para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos, se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes de la salud biosocioeconomicos encontramos que menos de la mitad de las madres de los escolares tienen grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, más de la mitad tienen ingreso económico menor de 750, la mayoría de las madres de los escolares tienen trabajo eventual, el material de sus viviendas es de material noble las paredes y el techo de esteras o eternit. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría no cuentan con su carnet de vacunas completas, consumen pan y cereales diariamente, frutas 3 o más veces a la semana. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias casi la totalidad no recibe apoyo social organizado la mayoría cuentan con seguro del SIS, asimismo hay presencia de pandillaje cerca de sus hogares.

Palabras clave: determinantes de la salud, escolares.

ABSTRACT

This research report was quantitative, descriptive design with one box. Aimed to describe the determinants of health in school educational institution No. 88388. The sample consisted of 226 students who were applied an instrument: questionnaire on health determinants using the interview technique and observation. The data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to SPSS version 18.0 software for processing respetivo. For data analysis, distribution tables absolute and relative percentage frequencies were built. And their respective graphs statistical, with the following results: In the determinants of biosocioeconomicos health found that less than half of mothers of school have educational attainment full / secondary school incomplete, more than half have less income 750, most mothers of schoolchildren have casual work, the material of their homes is noble material walls and roof of mats or eternit. The determinants of lifestyles most do not have their full license vaccines consume daily bread and cereals, fruits 3 or more times a week. The determinants of social and community networks not receive almost all organized social support most uninsured SIS also gangs are present near their homes.

Keywords: determinants of health, school.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	15
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	24
3.2 Población y muestra.....	24
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	25
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	37
3.5 Plan de análisis.....	40
3.6 Principios éticos.....	41
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	43
4.2 Análisis de resultados.....	53
V. CONCLUSIONES	
5.1. Conclusiones.....	85
5.2. Recomendaciones.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	103

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	43
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
TABLA 2	44
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
TABLA 3	46
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
TABLA 4, 5, 6	49
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1.....	128
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
GRÁFICO DE TABLA 2.....	130
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
GRÁFICO DE TABLA 3.....	136
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	
GRÁFICO DE TABLA 4, 5, 6.....	141
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015	

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el ciclo XXI es una de las principales preocupaciones superada sólo por la seguridad, el acceso y financiamiento de las atenciones de salud están al centro de las preocupaciones. Es que si bien hemos avanzado mucho en cobertura y gestión sanitaria, han emergido nuevos desafíos. Incluso algunos como consecuencia de estos avances: un mayor acceso a servicios de salud, ha aumentado la esperanza de vida, lo que ha implicado un aumento en las enfermedades crónicas (1).

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

En la salud actúan variados determinantes o factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones, lo cual es necesario tener en cuenta a la hora de enmarcar dicho concepto. La salud hace referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden

modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (3).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (4).

El concepto de determinantes nace ante el esfuerzo humano por comprender el proceso salud enfermedad e intervenir en ellos, para afrontar los riesgos individuales de enfermar. Estos argumentos surgen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la equidad sanitaria se precisan estas nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud, denominados determinantes sociales. (5).

Se entiende por determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Asimismo se define como “las características sociales en que se desarrolla la vida”. De tal forma que los determinantes sociales de la salud influyen en el contexto social y en el proceso en que estas condiciones se transforman en consecuencias que afectan la salud de las personas (6).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (7).

De manera que los determinantes sociales de la salud son aquellas características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud. Los determinantes sociales se expresan en términos de la oportunidad al acceso a la salud que tienen las personas en función de su posición en la jerarquía social (8)

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (9).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (9).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes

y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (10).

Equidad en salud es un valor que se encuentra ligado al concepto de derechos humanos y justicia social, es decir significa que las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Asimismo la ausencia de diferencias entre grupos o poblaciones (11).

Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (12).

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

paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (13).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (14).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (15).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (15).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (15).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (16).

El 36% de la población peruana está conformada por los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años (10, 571,879). Alrededor del 45% de ellos y ellas vive en condición de pobreza. Mientras un 35% del total de la población peruana vive en situación de pobreza, esta cifra se eleva a 49% entre los niños y niñas de 0 a 5 años y a 48% entre los de 6 a 11 años. En el caso de la pobreza extrema, el 12% del total de la población peruana se encuentra en esta situación frente al 19% de los niños y niñas de 0 a 5 años. De igual manera el 18% de los niños y niñas de 6 a 11 años presenta una talla por debajo de la esperada para su edad (desnutrición crónica). Las inequidades en la dimensión nutricional son sustantivas: la tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas que residen en la zona rural (34%) es 5 veces más que la registrada en la urbana (6%). Asimismo aún más de 800 mil niños y niñas entre los 6 y 11 años (26%) no cuentan con un seguro de salud (17).

No escapa a esta realidad expuesta los escolares de la Institución Educativa N° 88388 “San Luis de La Paz”, que se encuentra ubicado en la Av. Los Héroes s/n - Parcela 13, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash; fue creado por la Sub Región de Educación “El Pacífico” mediante R.D. N° 386 del 17 de Abril de 1995, iniciando en 1996 su funcionamiento con Educación Primaria y en 1997 se amplió el servicio educativo al Nivel Secundaria (18).

El 20 de Octubre de 1999 mediante Resolución Directoral N° 2586 SREP, autoriza y reconoce el nombre al C.E., denominándose Colegio Nacional N° 88388 “San Luis de la Paz”. El 2 de marzo de 1998 el Licenciado Darío Acero Valentín, asume el cargo de Director Titular (18).

La Institución Educativa en el presente año lectivo atiende a una población escolar de 1176 educandos de los Niveles de Primaria y Secundaria. Siendo 650 estudiantes los que se encuentran en nivel primario, de los cuales se tomara como población a 550 escolares, siendo la muestra 226 alumnos de nivel primario (18).

La institución cuenta con una moderna infraestructura educativa, con aulas apropiadas para Educación Inicial Primaria y Secundaria, Biblioteca Escolar, Laboratorio de Química, Biología y Física, Ambientes de Educación Física, Tutoría – Prevención Integral, Banda de Paz y Centro de Cómputo. Tiene como lema “Amor, Disciplina Y Eficiencia” y cuya meta es “Forjar una institución educativa mejor para un San Luis Mejor” (18).

Ante lo expuesto considere pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote, 2015?

Para dar respuesta a este problema se planteó este objetivo general: Describir los determinantes de la salud en escolares de la Institución Educativa N° 88388

Para poder conseguir el objetivo general se planteó los siguientes objetivos específicos: Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en escolares de la Institución Educativa N° 88388

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen y hábitos en escolares de la Institución Educativa N° 88388

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en escolares de la Institución Educativa N° 88388

Finalmente esta Investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, dado que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote, 2015 y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizará es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote, y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

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

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

II. REVISION LITERARIA

2.1 Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Salgado N. y Wong R, (19). En la investigación titulada “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, Cuernavaca 2007”. Han obtenido como resultados que una mayor proporción de hombres que de mujeres de 60 años y más, reporta haber sido diagnosticado con enfermedad cardiovascular o pulmonar, mientras que una mayor proporción de mujeres reporta alta presión arterial y diabetes. Entre los hombres, 23% fuma actualmente, comparado con 7% de las mujeres. Los niveles de educación y alfabetismo en las mujeres pobres son bajos y se traducen en limitaciones de acceso a los sistemas de protección social. Por otro lado es también asociado a los roles de género y la pobreza el bajo nivel de escolaridad de las mujeres ancianas en relación con los hombres.

Darías S, (20). En la investigación titulada determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular – 2009, concluye que han podido evidenciar que las personas que se encuentran en una posición social de

desventaja con bajo nivel de estudios y sin empleo son las que mayor riesgo experimentan de susceptibilidad a los factores de riesgo cardiovascular; pero, además si introducimos la variable del género, estas diferencias son mucho más severas. Parece que ser mujer sin estudios y en situación de desempleada, constituye, en sí mismo, un factor de riesgo.

Soriano M, Kinchen S, Razeghi y Contreras A, (21). En la encuesta mundial de salud escolar el salvador, 2013. Obtuvieron como resultados que aún persiste la brecha en el acceso de las mujeres a la educación ya que representan menos de la mitad de la población escolar con el 48.5% entre 13 y 15 años, los comportamientos alimentarios nutricionales durante la etapa escolar están llevando a la población entre 15 y 19 años a problemas relacionados con obesidad (89.6%) y sobrepeso (28,8%), asimismo el consumo recomendado de frutas en dos o más veces al día (44.2%) es menor y tiende a disminuir a medida que aumenta el grado de escolaridad, la población de adolescentes entre 13 y 15 años consume diariamente más bebidas gaseosas (90.1%).

A nivel Nacional:

Hadad N y Del Castillo C, (22). En la investigación titulada Determinantes sociales de salud y caries dental en el distrito de Canta – Lima, 2011. Se encontró que de acuerdo al análisis de

correlación mediante el coeficiente de determinación (R^2), los determinantes sociales de la salud presentó un 50,3% de grado de asociación con la experiencia de caries dental. Estos datos fueron evaluados y se hayo que el determinante que presento mayor asociación fue el de saneamiento ambiental (21,3%), mientras que los demás determinantes presentaron porcentajes de asociación menores a 10,0%, siendo el ingreso económico el de menor grado (3,4%). Concluyendo que existe asociación moderada entre los determinantes sociales de salud desde la perspectiva de la madre y la experiencia de caries dental en escolares de 12 años.

López T, (23). En la investigación titulada “Calidad de vida de los niños escolares de 8 a 12 años con asma bronquial del distrito de Tarapoto, mayo - octubre 2009”. Concluye que el asma bronquial tiene una relación directa con la calidad de vida de los escolares de 08 a 12 años del distrito de Tarapoto, es decir que a mayor problema asmático menor calidad de vida. Así mismo todas las dimensiones de la calidad de vida están afectadas, principalmente la dimensión escolar. Los planes para mejorar la calidad de vida de los escolares de 08 a 12 años con asma del distrito de Tarapoto, deben incluir: aspectos de educación, integración social y mejora de la actividad física así como implementar en la consulta médica cotidiana la evaluación de calidad de vida relacionada a la salud para una atención integral.

A nivel local:

Melgarejo E y col, (24). En la investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

Casahuaman Y, (25). En la investigación titulada determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal en la I.E Pedro Ruiz Gallo Chimbote – 2012, obtuvo como resultados que el 100% de las madres encuestadas tienen un ingreso económico menor de 750 con un porcentaje de 100%, en cuanto a los últimos 6 meses el 32% presentaron caídas y el 17% golpes. Así mismo su carnet de vacunas el 38% no tiene completas. En los alimentos se obtiene que el 11.04% consumen dulces diariamente. Finalmente la conclusión es que los escolares no están llevando adecuados hábitos de vida.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (26).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (27).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (28).

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

económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles.

Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (28).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (29).

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

a. Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las

políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (29).

b. Determinantes intermediarios:

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (29).

c. Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (29).

La definición de salud es aquel estado en que un organismo presenta al ejercer y desarrollar normalmente todas sus funciones. La salud se considera el estado ideal del individuo, en virtud de que al sentir la ausencia de enfermedad o lesión se puede llevar una vida

normal. Para que la vida tenga sentido se debe disponer y disfrutar de una buena salud, en otras palabras, si presentamos una mala salud nuestro tiempo de existencia en este mundo se hace cada vez más corto. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (30).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (29).

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

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud,

incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (29)

El conocer las diferentes etapas por las que atraviesa el niño en la edad escolar, así como los diversos factores que influyen en el desarrollo del mismo, ya sean ambientales, familiares, genéticos, sociales etc., nos ayuda a entender hasta cierto punto el porqué de determinados comportamientos en nuestros alumnos. La edad escolar con sus diferentes etapas. Este período comprendido entre los 6 y 11 o 12 años de edad aproximadamente, cuyo evento central es el ingreso a la escuela. A esta edad el niño escolar cambia el ambiente cotidiano, dejando fuera a las personas que forman parte de su familia y de su mundo hasta entonces. Con su ingreso a la escuela el escolar amplía más su contacto con la sociedad, y se inserta en el estudio, que a partir de ese momento se establece como actividad fundamental. El niño se enfrenta a un ambiente nuevo, donde debe aprender de sus profesores y lograr la aceptación de un grupo. (31)

Los factores de riesgo que afectan la salud del escolar lamentablemente son la mala alimentación la cual ha sido una constante en los últimos años hasta convertirse en un factor de riesgo para su salud, incidiendo ya no sólo en problemas como obesidad y desnutrición, sino incluso en problemas cardíacos, diabetes infantil, problemas para respiratorios, asimismo los problemas emocionales que acarrea el exceso de peso en los niños; Las enfermedades respiratorias, si bien gran parte de los casos se tratan de enfermedades no graves, cerca de un tercio de las hospitalizaciones en este grupo etario se deben a problemas respiratorios, incluyendo asma y

neumonía; La salud dental en los niños en etapa escolar es algo que está en constante riesgo debido a la poca importancia que se le da por parte de los padres y al consumo cotidiano de golosinas; Accidentes, Quemaduras, caídas, envenenamiento, asfixia, etc. que tienden a provocar lesiones leves (32).

Es función de la enfermera el prestar atención y cuidados de salud integrales al escolar y resto de comunidad. Se sirve del método científico para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de salud a la comunidad educativa. Las actividades de la enfermera se orientan a: Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa. Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales. Realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas según protocolos de actuación. Realizar los planes de atención de enfermería a los alumnos que lo requieran basados en los diagnósticos enfermeros. Control y seguimiento del alumnado con enfermedades crónicas en colaboración con las familias, facultativos y demás miembros del equipo de salud (33).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo

La Metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística (34).

El Diseño de investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera (35).

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla (36,37).

Consiste en seleccionar la muestra sobre la realidad problemática que se desea investigar.

3.3. Universo o Población

El universo estuvo constituido por 550 escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote

3.3.1. Muestra

Aplicando la formula estadística se obtuvo 226 escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote (Anexo 1)

3.3.2. Unidad de análisis

Escolares de la Institución Educativa N° 88388 Nuevo Chimbote

3.4. Criterios de Inclusión

- Escolares de la Institución Educativa N° 88388 que estuvieron matriculados durante el último año.
- Madre de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 que aceptaron participar en el estudio.
- Madre de los escolar de la Institución Educativa N° 88388 que aceptó y tuvo la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Madre de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 que tuvo algún trastorno mental.
- Madre de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 que tuvo problemas de comunicación.
- Escolares de la Institución Educativa N° 88388 que haya tenido algún trastorno mental.

3.5. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Sexo

Definición Conceptual.

Se refiere a aquella condición biológica que diferencia al hombre de la mujer (38).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (39).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y otras transferencias recibidas por los hogares (40).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia **(41)**

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (42).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe

- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia , canal
- Letrina

- Baño público
- Baño propio
- Otros

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semana pero no diariamente

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (43).

Definición operacional

Escala nominal

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

- Si
- No

Escala

Número de horas que duermen

- 6 a 8 horas

- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan

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

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

Si () No ()

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

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

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

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

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

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

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

Si () No ()

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

Si () No ()

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (44).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (45).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

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

Apoyo social organizado

Escala nominal

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- No recibo

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (46).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

- Hospital

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala.
- No sabe

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en escolares. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 32 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Anexo 2)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud (47).

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud** de los escolares de la Institución Educativa N° 88388 desarrollado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las

opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388. Nuevo Chimbote.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú (Anexo 3).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

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

(Anexo 4) (48).

3.7. Procedimiento y análisis de datos

3.7.1. Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de las madres de los escolares, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de los escolares su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote.

- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos. El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.7.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.8. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (49).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388, que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los escolares de la institución educativa N° 88388, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se informó a las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

***DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ESCOLARES.
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015***

Sexo	N	%
Masculino	116	51,3
Femenino	110	48,7
Total	226	100,0

Grado de instrucción de la madre	N	%
Sin nivel e instrucción	8	3,6
Inicial/Primaria	70	31,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	90	39,8
Superior completa e incompleta	36	15,9
Superior no universitaria completa e incompleta	22	9,7
Total	226	100,0

Ingreso económico (soles)	N	%
Menor de 750	129	57,1
De 751 a 1000	83	36,7
De 1001 a 1400	9	4,0
De 1401 a 1800	5	2,2
Total	226	100,0

Ocupación	N	%
Trabajador estable	72	31,8
Eventual	143	63,3
Sin ocupación	6	2,7
Jubilado	5	2,2
Total	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	155	68,5
Vivienda multifamiliar	69	30,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	2	1,0
Total	226	100,0
Tenencia	N	%
Cuidador/alojado	30	13,3
Plan social (dan casa para vivir)	2	0,8
Propia	194	85,9
Total	226	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	81	35,8
Entablado	0	0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	130	57,5
Láminas asfálticas	5	2,2
Parquet	10	4,4
Total	226	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera, eternit	156	69,1
Adobe	0	0
Estera y adobe	20	8,8
Material noble, ladrillo y cemento	50	22,1
Total	226	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera, triplay	45	19,9
Estera	37	16,4
Material noble ladrillo y cemento	144	63,7
Total	226	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	10	4,4
2 a 3 miembros	136	60,2
Independiente	80	35,4
Total	226	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Cisterna	6	2,7
Red pública	22	9,7
Conexión domiciliaria	198	87,6
Total	226	100,0
Eliminación de excretas	N	%

Aire libre	4	1,8
Letrina	6	2,6
Baño público	2	0,9
Baño propio	214	94,7
Total	226	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	115	95,2
Leña, carbón	11	4,8
Total	226	100,0
Energía eléctrica	N	%
Grupo electrógeno	2	0,9
Energía eléctrica temporal	15	6,6
Energía eléctrica permanente	209	92,5
Total	226	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	16	7,1
Al río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	210	92,9
Total	226	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	54	23,9
Todas las semana pero no diariamente	88	38,9
Al menos 2 veces por semana	73	32,3
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	11	4,9
Total	226	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	183	81,0
Montículo o campo limpio	14	6,1
Contenedor específico de recogida	14	6,1
Vertido por el fregadero o desagüe	11	4,9
Otros	4	1,8
Total	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES.
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ,
2015***

Acude al establecimientos de salud, para la ais (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)	N	%
Si	116	51,3
No	110	48,7
Total	226	100,0

N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	116	51,3
[08 a 10)	102	45,2
[10 a 12)	8	3,5
Total	226	100,0

Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	141	62,4
4 veces a la semana	85	37,6
No se baña	0	0
Total	226	100,0

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina	n	%
Si	218	96,5
No	8	3,5
Total	226	100,0

En las dos últimas semanas el niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue	n	%
Menos cantidad	8	3,5
Aun no le da otro tipo de alimentos	4	1,8
No presento diarreas	214	94,7
Total	226	100,0

Los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar	n	%
Caída	50	22,1
Golpes	32	14,2
No presento ninguno	144	63,7
Total	226	100,0

Las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño.	n	%
Respiración rápida	0	0
No puede respirar	41	18,1
No come, ni bebe	0	0
Se pone frio	0	0
Más de 3 días con calentura	0	0
Le sale pus en el oído	0	0
Le aparecen puntos blancos en la garganta	0	0
No presento	185	81,9
Total	226	100,0

El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad	n	%
Si	60	26,5
No	166	73,5
Total	226	100,0

Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad	n	%
Si	60	26,5
No	166	73,5
Total	226	100,0

Continúa...

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	45	19,9	177	78,3	4	1,8	0	0	0	0	226	100,0
Carne	76	33,6	103	45,6	41	18,1	6	2,7	0	0	226	100,0
Huevos	12	5,3	54	23,9	146	64,6	14	6,2	0	0	226	100,0
Pescado	34	15,0	91	40,3	95	42,0	6	2,7	0	0	226	100,0
Fideos, arroz , papa	163	72,1	39	17,3	24	10,6	0	0	0	0	226	100,0
Pan, cereales	190	84,1	10	4,4	11	4,9	15	6,6	0	0	226	100,0
Verduras, hortalizas	154	68,1	39	17,3	33	14,6	0	0	0	0	226	100,0
Legumbres	0	0	18	8,0	131	58,0	75	32,2	2	0,8	226	100,0
Embutidos	6	2,7	12	5,3	52	23,0	156	69,0	0	0	226	100,0
Lácteos	45	19,9	96	42,4	73	32,3	2	0,8	10	4,4	226	100,0
Dulces	24	10,6	30	13,3	54	23,9	100	44,2	18	8,0	226	100,0
Refrescos con azúcar	14	6,2	104	46,0	73	32,3	19	8,4	16	7,1	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Dra. Vélchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

***DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ESCOLARES.
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ,
2015***

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	8	3,5
Centro de salud	106	46,9
Puesto de salud	101	44,7
Clínicas particulares	5	2,2
Otras	6	2,7
Total	226	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	15	6,6
Regular	118	52,2
Lejos	74	32,7
Muy lejos de su casa	6	2,7
No sabe	13	5,8
Total	226	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	12	5,3
SIS - MINSA	196	86,7
SANIDAD	6	2,7
Otros	12	5,3
Total	226	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	17	7,5

Continúa...

Largo	61	27,0
Regular	95	42,0
Corto	34	15,0
Muy corto	13	5,8
No sabe	6	2,7
Total	226	100,0

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	2	0,9
Buena	167	73,9
Regular	45	19,9
Mala	8	3,5
Muy mala	0	0
No sabe	4	1,8
Total	226	100,0

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	80	35,4
No	146	64,6
Total	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación

TABLA 5. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	21	9,3
Compañeros espirituales	2	0,9
No recibo	203	89,8
Total	226	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Organizaciones de voluntariado	8	3,5
No recibo	218	96,5
Total	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Ms. Vélchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA 6. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015

Apoyo social de las organizaciones	Si		No		Total	
	n	%	n	%	N	%
Cuna mas	0	0	226	100,0	226	100,0
Pad juntos	0	0	226	100,0	226	100,0
Vaso de leche	33	14,6	193	85,4	226	100,0
Qali warma	61	27,0	165	73,0	226	100,0
Otros	0	0	226	100,0	226	100,0
No recibe	85	37,6	141	62,4	226	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo Chimbote – Perú, 2015, elaborado por la Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.2 Análisis de Resultados

Tabla N° 1:

Del 100% (226) de los escolares de 6 a 11 años de la Institución educativa N° 88388, el 51,3% (116) son de sexo masculino; el 39,8% (90) de las madres de los escolares tienen secundaria completa/secundaria incompleta; el 57,1% (129) tienen un ingreso económico menor de 750 soles; el 63,3% (143) de los jefes de familia tienen un trabajo eventual.

Se encontraron estudios similares, dentro de los cuales según el estudio de Vílchez A, (50). En la investigación titulada los determinantes de la salud en niños del distrito de Chimbote, 2012. Obtuvo como resultado que el 53 % (618) de los niños son de sexo masculino y el 47 % (566) es de sexo femenino; respecto a las madres, en su grado de instrucción: el 22 % (257) tiene grado de instrucción inicial/primaria, 53 % (624) secundaria completa/incompleta, 13 % (149) superior completa e incompleta; el 40 % (470) tiene un trabajo estable, 51 % (599) tiene un trabajo eventual; y, el 32 % (369) cuenta con un ingreso económico de S/. 751 a S/. 1000, 3 % (41) de S/. 1001 a S/. 1400.

Bustamante A, Seabra A, Garganta R, Maia J, (51). En la investigación titulada Efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, Lima Este 2005. Obtuvo como resultados que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 22 y 7% respectivamente, 32,9% de los escolares fueron considerados como poco activos. Los escolares tienen mayor riesgo de presentar sobrepeso o ser obesos independientemente de la edad, sexo y nivel de actividad, y concluye diciendo que la prevalencia de sobrepeso y

obesidad que se encontró refuerza la preocupación mundial con la obesidad infantil y sus consecuencias en el futuro. Los factores más influyentes para el sobrepeso y la obesidad fueron la edad y el sexo.

Jara M, (52). En la investigación titulada Determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal. I.E. Villa María De Nvo. Chimbote, 2012. Obtuvo como resultado que el 100% (88) de escolares, el 53.40% son de sexo masculinos y el 46.60% son de sexo femenino; el 56.82 % tienen entre 5 a 8 años, 43.18% son de 9 a 11 años de edad; las madres de los escolares el 89.77% tienen secundaria completa/incompleta, 10.23% tienen inicial/primaria; el 48.85% del ingreso económico es de menor de 750, al igual que de 751 a 1000, 2.20% es de 1001 a 1400; El 46.86% cuentan con trabajo estable, 32.96% sin ocupación, 18.18% eventual.

Trejo M, Jasso S, Mollinedo F, Lugo L, (53). En la investigación titulada Relación entre actividad física y obesidad en escolares, La Habana 2012. Obtiene como resultados que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 29,7 %, mayor en el sexo masculino, y a partir de los 8 años. En escala de 1 a 5 puntos, los escolares tuvieron una media de actividad física de 2,5, dedicaban en promedio tres horas diarias frente al televisor. Las actividades más frecuentes fueron correr y saltar la cuerda. No se encontraron diferencias significativas en la actividad física realizada según el sexo y edad. No existió asociación entre actividad física y peso corporal en los escolares, pero sí tendencia a la significancia para que los niños con obesidad, pasen más horas frente a la televisión, que aquellos con peso normal.

En materia de biología, el sexo refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales. Cabe destacarse que el sexo de un organismo estará definido por los gametos que produce, el sexo masculino produce gametos masculinos conocidos como espermatozoides, mientras que el sexo femenino produce gametos femeninos que se llaman óvulos. El sexo representa también una taza poblacional importante, ya que separa a las especie humana en dos, definiendo para cada tareas y ejercicios propias a cada uno. Los hombres, de sexo masculino se diferencian de las mujeres de sexo femenino por sus características físicas y emocionales, mientras que el hombre posee una musculatura mayor a la de la mujer ella posee cualidades afectivas que la denotan y le dan un toque característico que les da la feminidad (54).

En la presente investigación se tiene como datos significativos que un poco más de la mitad de los escolares de la institución educativa N° 88388 son de sexo masculino y menos de la mitad son de sexo femenino, lo que concordancia con los estudios presentados hemos encontrado que la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y sus consecuencias en el futuro están estrechamente relacionados con la edad y el sexo.

Según Buyatti L, (55). En la investigación titulada “Como influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos de 0 a 23 meses de edad que concurren al Centro de Salud Inmaculada Concepción del Barrio Teniente 1° Saavedra de la ciudad de Resistencia, Chaco 2010”. Se obtuvo que tenían hijos mal nutridos el 43% de los hombres que no terminaron la primaria, el 40,64% de los que no finalizaron la secundaria, y

el 41,73% de los que sí lo hicieron. En cuanto a la ocupación, tenían niños con mal nutrición el 23,73% de los padres con trabajo fijo, el 39,51% de aquellos con trabajo esporádico, y 40,55% de los desocupados. En ese sentido, podemos afirmar que la existencia de un bajo nivel de instrucción en las madres entrevistadas, contribuirá a que no se le brinde un cuidado integral al escolar.

Baldarrago E, (56). En la investigación titulada “La educación de la madre como determinante de la salud del niño: Evidencia para el Perú en base a la ENDES 2008”, encontramos que gran parte del efecto de la educación puede ser explicado por su habilidad de lectura y escritura y por indicadores de acceso a información como escuchar radio, mirar televisión y leer periódico. Existen también importantes interacciones entre la educación de la madre, la disponibilidad de servicios básicos en el hogar y el uso de servicios de salud comunitarios, implicando que la educación y estos servicios son sustitutivos. El efecto de la educación de la madre no es transmitido a través de su participación en el mercado laboral y su estatus económico

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Primarios y menos. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, estudios primarios como la EGB, la Enseñanza Primaria y estudios similares. Formación Profesional. Estudios de Formación Profesional. Secundarios. Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, de Educación Secundaria Obligatoria, de Bachiller Superior o BUP, de Bachillerato LOGSE,

Acceso a la Universidad y similares. Medios-Superiores. Estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel. Superiores. Estudios de Licenciatura, Ingenieros Superiores y similares, así como de doctorado y especialización (57).

En la presente investigación se tiene como datos que menos de la mitad de las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388 tienen grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta. Estos indicadores sobre el grado de instrucción de las madres nos hacen pensar que son motivos por los cuales a veces las madres desconocen de cómo prevenir o cuidar la salud de sus hijos. Muchas personas no tienen acceso, o carecen de los conocimientos para una adecuada alimentación debido a un bajo nivel de educación. Por otro lado cabe resaltar que la educación puede ayudar a los individuos a desarrollar sus habilidades, mejorar su estatus social y acceder a las redes sociales, independientemente de los efectos de la educación sobre el nivel de ingresos. De igual manera la educación u orientación que se les pueda brindar a los escolares va a depender mucho de lo que las madres de estos puedan saber, y así prepararlos mejor para enfrentarse a la vida. Asimismo el grado de instrucción de la madre permitirá poder acceder a un mejor empleo y por ende una mejor calidad de vida al escolar.

Se encontraron investigaciones similares al estudio, dentro de los cuales: OPS/OMS, (58). En la investigación titulada determinantes sociales de la salud en el Perú - lima 2005, refieren que las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque

las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud. La percepción que las personas tienen de su estado de salud está vinculada a su nivel de ingreso para el caso de Canadá, donde 47% de los adultos con ingresos más bajos calificó su salud como excelente o muy buena y el 21% la describió como regular o mala. Entre los canadienses del nivel de ingresos más alto, las cifras fueron de 73% y 5%, respectivamente. Esto es, los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos.

Díaz A, (59). En la investigación titulada factores socioeconómicos asociados a la desnutrición de los niños, 2000. La mayoría son niños de 1 a 4 años, su ingreso económico es menor de 750 soles, su ocupación es trabajo eventual; más de la mitad son de sexo masculino, el grado de instrucción es secundaria completa/secundaria incompleta. Encontró que las familias que habitan en este sector en su mayoría tenían como condición laboral y fuente de ingreso la economía informal, a pesar de tener acceso a los programas sociales solo adquirirían alimentos que contenían carbohidratos, lo cual no les permitía mantener una dieta variada y balanceada. Concluyendo que el nivel de vida de las familias encuestadas se ubicó en estratos socioeconómicos de clase media, baja hasta llegar a la pobreza crítica, por lo que afecta más en los infantes.

Pérez R, (60). En la investigación titulada determinantes de la Salud en niños menores de 5 años con Desnutrición Aguda en el Distrito de Nepeña, 2012, obtuvo como resultados que la mayoría son niños de 1 a 4 años, su ingreso económico es menor de 750 soles, su ocupación es trabajo eventual; más de la mitad son de sexo masculino, el grado de instrucción es secundaria completa/secundaria incompleta.

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. Entre los métodos de medición de la pobreza, el de "línea de pobreza" identifica a los llamados pobres por ingresos: los hogares y personas que carecen de los ingresos suficientes para adquirir un conjunto de bienes y servicios destinados a satisfacer sus necesidades elementales. El método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que determina si un hogar cuenta con servicios sanitarios básicos, una vivienda aceptable y acceso a la educación, entre otros indicadores censales, identifica la pobreza estructural (61).

En la presente investigación más de la mitad de las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388 tienen un ingreso económico menor de 750 soles, lo cual será utilizado por la familia para cubrir sus necesidades básicas, y todas las demandas del hogar. Asimismo vemos que en la actualidad la fuerte desaceleración del crecimiento del PBI en los últimos meses ya genera un impacto directo en la economía de las familias peruanas. Así, al 39% de los hogares a nivel nacional sus ingresos no les alcanzan para vivir, según una encuesta realizada en octubre por la consultora GfK. La cifra es superior al 33% registrado en la anterior

encuesta de agosto. La situación se agrava en el caso de los sectores socioeconómicos. Donde el porcentaje de familias con dificultades sube a 45% y 63%, respectivamente. Por otro lado sabemos que los ingresos económicos van a determinar el tipo de calidad de vida de una familia. Los ingresos sirven además como motor para la futura inversión y crecimiento ya que, aparte de servir para mejorar las condiciones de vida, pueden ser utilizados en parte para mantener y acrecentar la dinámica productiva.

En la población en estudio que son los escolares de la institución educativa N° 88388 se encontró que más de la mitad son de sexo masculino, pues se pudo evidenciar la presencia de más escolares varones que mujeres, asimismo las madres de los escolares, manifestaron que sus hijos ya no salen a jugar en la calle y que más paran en la computadora o en la Tablet. Se obtuvo que menos de la mitad de las madres de los escolares tienen grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, y el resto de madres estudiaron solo hasta el nivel primario, sin nivel de instrucción, superior completa e incompleta, pues ellas mismas referían que muchas de ellas han salido embarazadas cuando estaban estudiando, o que repetían el años escolar y ya no quisieron estudiar, otras madres refirieron que no contaban con los recursos económicos necesarios pues tienen más hermanos aun y otras madres dijeron que simplemente no les gusto estudiar, y que preferían cuidar de su casa. De igual manera se obtuvo que el ingreso económico mensual en soles que obtienen las madres de los escolares es menor de 750 soles pues como casi la mayor parte no tubo estudios superiores, no pudieron acceder a empleos, y por ende muchas veces solo dependen del sueldo del esposo, y que ellos en la mayoría de los casos trabajan en construcción.

TABLA N° 2:

Del 100% (226) de los escolares de 6 a 11 años de la Institución educativa N° 88388, el 68,5% (155) de los escolares tienen una vivienda unifamiliar; el 85,9% (194) tienen vivienda propia; el 57,6% (130) de los escolares tiene en su casa el material de piso de losetas; el 69,1% (156) tienen el techo de su casa de madera, esteras, eternit; el 63,7% (144) tienen las paredes de material noble ladrillo y cemento; el 60,2% (136) tienen de 2 a 3 miembros que duermen en una habitación; el 87,6% (198) se abastecen de agua por conexión domiciliaria; el 94,7% (214) tienen baño propio; el 95,2% (215) usan como combustible para cocinar el gas y electricidad; el 92,5% (209) tienen energía eléctrica permanente; el 92,9% (210) eliminan su basura enterrándola, quemándola o en un carro recolector; el 38,9% (88) refieren que la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por su casa es de todas la semana pero no diariamente; el 81,0% (183) suelen eliminar su basura en el carro recolector.

Blas J, (62). En la investigación titulada Determinantes de la salud en adultos jóvenes A.H Upis Los Jardines Nuevo Chimbote, 2013. Concluye diciendo que con respecto a la vivienda del adulto joven, la mayoría tiene vivienda propia, material del piso de cemento, material del techo de concreto, material de paredes de ladrillo, abastecimiento de agua entubada con conexión en casa, gas para cocinar alimentos, energía eléctrica, el recojo de basura pero no diariamente, eliminan su basura en un carro recolector; la minoría tiene 2 habitación.

Modenes J. Fernández C. López J, (63). En la investigación titulada La formación de hogares y la tenencia de vivienda de los jóvenes en la reconfiguración de los sistemas residenciales Europeos 2013. Refiere que transformaron las tasas de tenencia, normalmente calculadas como la proporción de hogares que son propietarios o inquilinos, en una tasa de principalidad de hogar específica por tenencia residencial. Este indicador mide la propensión a formar un hogar independiente y, al mismo tiempo, ser propietario o inquilino. Se propone una tipología de los países europeos en 4 grupos, centrada en la experiencia residencial de los jóvenes. Estos grupos se organizan siguiendo dos dimensiones independientes: la intensidad de la formación de hogar en relación con la accesibilidad al mercado de la vivienda; y el peso de un acceso rápido a la propiedad.

Según estudios de la INEI en cuanto al proceso de reasentamiento la información obtenida en la encuesta el 81,9% de población retornante tiene en la comunidad de origen vivienda propia, mientras que el 12,7% de hogares retornantes se encuentran alojados en casa de parientes. A nivel departamental se observa que el 90,3% de la población retornante del departamento de Junín tiene vivienda propia en sus comunidades de origen. Una menor proporción de tenencia de vivienda propia, fue manifestada por la población retornante de los departamentos de Huánuco (88,4%), Ancash (84,6%), Ayacucho (82,8%), Huancavelica (74,4%) y Apurímac (72,8). Con respecto a la población retornante que se aloja en casa de parientes, la información obtenida refiere que estos se encuentran mayoritariamente en los departamentos de Huancavelica (21,3%) y Apurímac (17,4%) (64).

La tenencia es la ocupación y posesión de una cosa. Se denomina tenencia al hecho de tener la propiedad de algo. Quien cuenta con la tenencia de un objeto, por lo tanto, lo posee o lo controla de alguna manera. En el campo del derecho, la idea de mera tenencia hace referencia a la posesión sin título o documento de un determinado bien. Esto quiere decir que la persona dispone del bien pero no tiene un aval legal que le permita justificar su propiedad (65).

Se distinguen las siguientes modalidades de tenencia: Propiedad, Incluye las viviendas en régimen de propiedad sin préstamo o hipoteca, así como las cedidas de forma gratuita o semigratuita. Hipoteca: Incluye las viviendas en propiedad con préstamo o hipoteca. Alquiler: Incluye las viviendas en alquiler de mercado libre, protección social y renta antigua, así como los pagos realizados por huéspedes en pensiones familiares por el disfrute de habitación o habitaciones (66).

En la presente investigación se tiene que la mayoría de los escolares de la institución educativa N° 88388 tienen casa propia lo cual nos da a entender que en su mayoría los hogares de estos escolares se sienten algo cómodos, puesto que se evitan las incomodidades de estar pagando un alquiler y ahorran dinero para cosas más necesarias. En la actualidad la tenencia de vivienda propia constituye, en muchos casos, una de las razones por la que la población desplazada retorna a sus lugares de origen. Asimismo el poseer una vivienda propia asegura una mejor calidad de vida.

Estudios realizados relacionados al informe tales como:

CEPAL y UNICEF, (67). En la investigación titulada Determinantes sociales de la salud en los niños en América Latina y el Caribe, 2010. Encontró que uno de cada cinco niños de esta región es extremadamente pobre, flagelo que afecta a más de 32 millones de ellos, y uno de cada tres en situación de pobreza extrema se ve afectado en más de un derecho fundamental. En las zonas rurales, tres de cada cuatro niños viven en pobreza, mientras que en las zonas urbanas, uno de cada tres está en esta situación. Por otra parte, 2.3 millones de niños tienen bajo peso para la edad y 8.8 millones están afectados por desnutrición crónica. Cuatro de cada 10 niños de zonas rurales se enfrentan a privaciones vinculadas con las inadecuadas condiciones de las viviendas que habitan. En la región, el problema de saneamiento es más frecuente que el de acceso al agua potable: el 9.4% de los niños (16.8 millones) sufre privaciones graves al respecto porque no cuenta con un sistema de drenaje por alcantarillado, lo que contamina su entorno inmediato.

Barrera D, (68). En la investigación titulada Medio familiar y entorno escolar: detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar, Bogotá 2009, obtuvo como resultados relacionados con las condiciones de vivienda y de hacinamiento, no se consideran variables determinantes en esta comunidad, como lo refiere la literatura, que afirma que las manifestaciones de agresividad tienden a ser más frecuentes en niños con condiciones de vivienda inadecuadas, al igual que con el hacinamiento, donde la OPS señala que esta variable es un factor de alto riesgo, favorecedor de trastornos y enfermedades.

Estudio que difiere con la investigación tenemos a Salazar V, (69). En la investigación titulada Hacinamiento familiar un problema social en la comunidad de Boyaca 2012, nos dice que en primer lugar y el más grave es la situación económica precaria de algunas familias porque cuentan con un solo sueldo y pueden cubrir la necesidad de alimentación y algún gasto por enfermedad que se les pueda presentar, es por ello que construyen piezas independientes dentro de la casa que habitan con sus padres, pero no pierden las esperanzas de tener una casa propia, asimismo la costumbre de algunos hijos de no dejar a sus padres para independizarse y el sitio donde pasaron su infancia, la comodidad de que su mamá les hace todo y además le cuida a los hijos específicamente en el caso de madres solteras, igualmente hay casos de matrimonio que prefieren quedarse con sus padres y no les preocupa salir del sitio y que por último hay grupos de familia que están en espera de que las Instituciones les solucionen su problema porque ellos creen que el gobierno está obligado a darles vivienda.

Jara M, (70). En la investigación titulada Determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal. I.E. Villa María De Nvo. Chimbote, 2012. Obtuvo como resultado que el tipo de viviendas de los escolares el 100% son vecindad, quinta, choza, cabaña; el 93.18% tienen una vivienda propia, 6.82% son de alquiler; según el material de piso el 76.14% son de láminas asfálticas, el 12.5% de loseta, vinílicos o sin vinílico, el 10.23% de tierra, 1.13% entablado; según el material de techo se presenta que el 52.27% son de material noble, ladrillo y cemento, el 46.59% de madera, estera y el 1.14% de adobe; esfera; de acuerdo al material de las paredes el 96.5% son de material noble, ladrillo y cemento, el 3.5% de madera,

estera; De acuerdo con el número de personas que duermen dentro de una habitación el 67% son independientes, el 33% de 2 a 3 miembros.

La vivienda se entiende como todo local o recinto habitado, constituido o dispuesto para el alojamiento temporal o permanente de personas, es también un conjunto de atributos y servicios vinculados a una localización específica y orientada a satisfacer un conjunto de necesidades. La vivienda dentro del mundo arquitectónico debe cumplir con ciertos requisitos necesarios para el desarrollo de la vida de sus usuarios. Estos requisitos se refieren a privacidad, la función de la vivienda debe brindar al habitante una privacidad sin interferencias indeseadas; protección ambiental, que otorgue el necesario cobijo frente a las condiciones físicas o inclemencias del medio; salubridad, garantizar por medio de los componentes sanitarios la salud, higiene de sus ocupantes; estabilidad, seguridad de la vivienda o tenencia de la misma (71)

En la presente investigación se obtuvo que más de la mitad de los escolares de la institución Educativa N° 88388 en relación a su vivienda el material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, la mayoría de las viviendas de los escolares tienen el material del techo de madera, estera y eternit, asimismo el material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento. El tener una vivienda en buenas condiciones de higiene es un factor satisfactorio para la salud de los escolares. Puesto que una vivienda saludable se refiere a una vivienda adecuada que brinde protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos. Una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales

relacionadas con el ambiente de la vivienda. Además provee acceso a los centros de trabajo, de educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud. Asimismo en relación a lo mencionado anteriormente es los estudios donde se afirma que las manifestaciones de agresividad tienden a ser más frecuentes en niños con condiciones de vivienda inadecuadas, al igual que con el hacinamiento, donde la OPS señala que esta variable es un factor de alto riesgo, favorecedor de trastornos y enfermedades, puesto que si la vivienda no tiene las características adecuadas va a ocasionar la privación de las necesidades puesto que las condiciones de una vivienda inadecuada no facilita la satisfacción de las necesidades y mucho menos la calidad de la salud, pues en un hogar precario el hacinamiento se hace mayor y la probabilidad de sufrir enfermedades respiratorias o infecciosas como las EDAS aumentan.

Marcos L, Maco V, Terashima A, Frine S, Miranda E y Gotuzzo E, (72). En el estudio titulado Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia, Departamento de Puno, Perú 2003. Obtuvieron como resultados que el medioambiente y las condiciones de las viviendas variaron en los grupos elegidos como muestra, puesto que todas las viviendas de la población rural estaban construidas de adobe o esteras, con piso de tierra y alrededor existen reservorios de agua como ríos, arroyos, charcos y riachuelos de donde obtienen agua para el consumo y donde los niños juegan. La mayoría no contaba con servicios higiénicos adecuados, las deposiciones (heces) las realizaban a campo abierto, en silos o letrinas. Los niños no usaban calzado y por el contrario, las viviendas de la población urbana estaban construidas de ladrillo, con piso de cemento, no

existían reservorios naturales de agua en las proximidades y el consumo de agua era en general potable. La eliminación de excretas las realizaban en servicios higiénicos propios, sin embargo, algunos utilizaban letrinas o silos.

Estudio similar a lo encontrado en la investigación de García C, (73). En la investigación titulada “Toma de decisiones y patrones de consumo de energía eléctrica de viviendas en unidades habitacionales de la ciudad de México, 2014”. Ha obtenido como resultados que las amas de casa tienen aparatos para su comodidad tales como licuadora, lavadora, plancha, y refrigerador. Esto indica que las amas de casa al utilizar estos aparatos consumen EE necesaria para facilitar sus labores domésticas. Las amas de casa presentaron una tendencia hacia los valores altruistas y tradicionales, respecto estos valores caracterizan a los consumidores de energía en el hogar, porque implica dejar beneficios individuales en favor del bien común y dan importancia a la familia y seguridad. De esta manera la gente que tiene valores altruistas y tradicionales paga el consumo de energía necesaria para vivir en el hogar. Por otra parte se encontró asociación positiva y significativa entre el ingreso y el número de habitantes de la casa, respecto a que la gente con más ingreso y con mayor número de personas en casa consume más energía.

Tumi J, (74). En la investigación titulada “Representaciones sociales de la población de la ciudad de Puno sobre gestión de residuos Sólidos, 2014”. Concluye que el nivel de conocimientos de la población urbana sobre los efectos de los residuos sólidos sobre la contaminación, así como sobre los aspectos de saneamiento básico que inciden en la aparición de enfermedades en la vivienda es aceptable e incluso sobresaliente. Las prácticas ambientales en el hogar son

inadecuadas en la mayoría de familias de la ciudad de Puno; los cuales se expresan en el limitado acceso a los servicios de agua segura y saneamiento básico; el pozo y la pileta pública se configuran como la fuente de provisión de agua potable en la vivienda; la distribución domiciliaria de agua segura es por horas en el día. Las prácticas de saneamiento básico es inadecuado en la mayoría de familias de la ciudad de Puno; situación que se expresa en que los cubos de plástico, cilindros y baldes son formas predominantes de almacenamiento de agua en el domicilio.

El acceso a los servicios básicos que hacen posible tener una vivienda digna para la población, es otro indicador de las condiciones favorables en el bienestar social y, por tanto, en el nivel relativo de desarrollo. El hecho que las coberturas en servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica se vean incrementadas a favor de una mayor población, reduciendo así las disparidades sociales, sugieren un mejor nivel de desarrollo al reducir, en este mismo sentido, las enfermedades y aumentar la calidad de vida que, finalmente, significa acumulación de capital humano. Un servicio básico de primer orden, fundamental en los aportes al bienestar social, es el acceso al agua de calidad indispensable para satisfacer las necesidades de la población, sobre este particular, la cobertura del servicio medida por el número de viviendas con servicio de agua (75).

Al igual que otros muchos de los vectores sociales y económicos de la sostenibilidad, una población no es viable ni sostenible a largo plazo si los ciudadanos no pueden acceder y disponer de un espacio habitable íntimo y propio en el que desarrollar los elementos más privados de su existencia. Sin viviendas dignas disponibles para todos, con sus servicios básicos asociados, difícilmente

podrán conseguirse parámetros de sostenibilidad en los demás aspectos, ni económicos ni sociales, así como se compromete la integridad del medio natural si esos servicios básicos como saneamiento, y gestión de residuos no están garantizados. Por último, las viviendas contribuyen a la sostenibilidad cuando son capaces de acoger a la población con la máxima eficiencia energética, aprovechando al máximo las fuentes energéticas y evitando su despilfarro (76).

El principal uso que se le da a este tipo de energía eléctrica es a instancias de la tecnología como uno de sus pilares fundamentales, teniendo para el ser humano, salvo en aplicaciones muy complejas y singulares, una utilidad directa. La razón de uso indiscriminado, tanto en procesos como en aparatos de la más diversa naturaleza, se debe principalmente a las siguientes cuestiones: limpieza y sencillez a la hora de su generación, fácil transporte, conversión en otras formas de energía (77).

Actualmente para la eliminación de basura se utiliza: El relleno sanitario: enterrando la basura comprimida en grandes desniveles. Incineración: este método es muy útil, puede generar electricidad y calor, tiene la desventaja de que produce residuos incombustibles y además contamina el aire. Reciclaje: es el más conveniente, por este medio se recuperan materiales como: el vidrio, el papel, el cartón, la chatarra y los envases de metal. También se pueden producir a partir del reciclaje de la basura alimentos para animales y abonos agrícolas, utilizando los desechos de origen orgánico previamente escogidos, como: grasa, huesos, sangre (78)

El manejo de los residuos que producen nuestras sociedades es un problema no resuelto en la mayoría de las ciudades del MUNDO. En Argentina por ejemplo, se producen anualmente más de 12 millones de toneladas de basura y en México más de 100 millones, las cuales son dispuestas en rellenos sanitarios o basurales a cielo abierto. En el caso de basurales, se agrega frecuentemente la práctica de quemar los residuos, constituyéndose en una fuente de emisión de sustancias tóxicas para el ambiente y la salud humana (78).

En la presente investigación se tienen que casi la totalidad de la vivienda de los escolares de la institución educativa N° 88388 cuenta con baño propio, casi la totalidad usa gas, electricidad como combustible para cocinar. Asimismo usan energía eléctrica permanente y la eliminación de la basura la realizan mediante la quema o el carro recolector que pasa todas las semanas pero no diariamente. Como bien se puede observar la calidad de los servicios básicos con los que cuenta una vivienda son esenciales para una buena calidad de vida puesto que el hecho que las coberturas en servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica se vean incrementadas a favor de una mayor población, reduciendo así las disparidades sociales, sugieren un mejor nivel de desarrollo al reducir, en este mismo sentido, las enfermedades y aumentar la calidad de vida que en este caso todos los seres vivos necesitan para un buen desarrollo .

En la población en estudio que son los escolares de la institución educativa N° 88388, mediante el cuestionario aplicado se obtuvo los resultados antes mencionados, donde las madres de los escolares manifestaron que cuentan con sus viviendas propias, refiriendo que es más cómodo que estar en una casa que no es de su propiedad, a diferencia que cuando es su casa, ellos pueden hacer y

deshacer a su antojo, y que nadie les puede decir nada, porque son ellos los dueños, aparte que estar alquilando una vivienda va a ocasionar gastos adicionales, por gusto.

Asimismo es algo que puede quedar para sus hijos en el futuro, y por lo mismo tratan de acomodar sus casitas tratando de mejorar el material con el que se encuentra contruidos, de igual manera refirieron que si cuentan en casi la totalidad con los servicios básicos como son el abastecimiento de agua, el baño propio cocina con gas, cuentan con energía eléctrica permanente, la eliminación de la basura la realizan mediante el carro recolector, con lo cual podemos decir que las familias de los escolares cuentan con unas viviendas adecuadas para el desarrollo de sus necesidades y la satisfacción de las misma. Y promueven así una vida saludable y evitan presentar posibles problemas de salud.

TABLA N° 3

Del 100% (226) de los escolares de 6 a 11 años de la Institución educativa N° 88388, el 51,3% (116) si acude al establecimiento de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente); el 51,3% (116) duerme de 6 a 8 horas; el 62,4% (141) se bañan diariamente; el 96,5% (215) si tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina; el 94,7% (214) no presento diarreas en las dos últimas semanas; el 63,7 (144) no presento accidentes en su hogar u otro lugar en los últimos 6 meses; el 81,9% (185) no presento signos de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en las dos últimas semanas; el 73,5% (166) de los escolares no tienen su carnet de vacunas

completas de acuerdo a su edad; el 73,5% (166) no mostró su carnet. En cuanto a la alimentación consumen frutas de tres o más veces a la semana.

Vega P, Alvares A, Bañuelos Y, Reyes B, Hernández M, (79). En la investigación titulada Estilos de vida y estado de nutrición en niños escolares adscritos a la Clínica ISSSTE, 2015. Participaron 137 niños y 123 niñas, con edades entre 6-12 años. Respecto al estado de nutrición, 5 de cada 10 de los participantes se encuentran en peso normal, 2 de cada 10 en sobrepeso y uno de cada 10 en obesidad y peso bajo. Sobre el estilo de vida 7 de cada 10 de los participantes se encontraron en riesgo bajo y 2 de cada 10 en riesgo mediano. Por otra parte, no se encontró relación entre el estilo de vida de los niños y su estado de nutrición. Adicionalmente, se encontró que los niños con peso normal o bajo peso tienen mejores hábitos de sueño que los niños con sobrepeso u obesidad.

La OMS recomienda descansar al menos 6 horas diarias. La alimentación y la cantidad de actividad física que se realice en el día son factores que determinan el sueño. La falta de descanso puede producir problemas gástricos, incremento del apetito y desequilibrio en el rendimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en que dormir no es un placer sino una necesidad. La reducción de los reflejos, capacidad de concentración disminuida y problemas de apetito y gástricos, son algunas de las consecuencias de dormir poco. Estas consecuencias alteran el funcionamiento general de nuestro organismo, además de aumentar el riesgo de accidentes en la vida cotidiana y ocasionar un desequilibrio en el rendimiento, señala la OMS (80)

En el presente investigación se tiene que un poco más de la mitad de los escolares de la institución educativa N° 88388 duerme de 6 a 8 horas diarias, lo cual según los datos de la OMS nos refiere que son las horas necesarias para el descanso del cuerpo, y para recuperar las fuerzas que nuestro organismo necesita para iniciar un nuevo día, asimismo vemos que la obesidad y el sobrepeso son factores que tienden a causar problemas o trastornos del sueño.

Correa E, Guerra S, (81). En la investigación titulada “Nivel de conocimientos relacionado con prácticas sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. Centro de Salud Morales. Octubre - diciembre 2011. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre la IRA y los conocimientos y prácticas que tiene el cuidador del niño. Se analizaron 24 casos y 24 controles, obteniendo como resultados: los cuidadores de los casos tuvieron menor proporción de conocimientos adecuados frente a 15 de los controles. Un bajo porcentaje de cuidadores en ambos grupos identifica adecuadamente los signos y síntomas de IRA. Concluyen que los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados, y se evidencia la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad.

Castro B, (82). En la investigación titulada “Factores asociados a las muertes por infección respiratoria aguda en los menores de cinco años del Estado de Hidalgo en el 2002”, encontró que las infecciones respiratorias agudas son las responsables de la muerte de cerca de cuatro millones de niños por año, principalmente, en Latinoamérica. Las IRAs representan una de las primeras causas de atención médica al nivel mundial. Estadísticas disponibles indican que

entre 30 % y 60 % de las consultas de niños enfermos son por esta causa y de 30 % a 40 % de ellos son hospitalizados.

Alvis N y De la Hoz F, (83). En la investigación titulada “Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, cáncer de pulmón y asma): evidencias de asociación”, encontró que el humo por combustibles sólidos es el factor de riesgo más importante para la infección respiratoria aguda (IRA), la cual representa el 7 % de la carga de enfermedad global en este grupo de enfermedades, al igual que el hábito de fumar en recintos cerrados.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) está conformada por un grupo de enfermedades cuyo hecho en nuestro país se incrementa con relación al descenso de temperatura. Aunque el frío, en sí mismo, no es causante de esta enfermedad, existen hábitos y conductas asociadas a las bajas temperaturas que aumentan el riesgo de enfermar. Asimismo, agentes de algunas enfermedades suelen encontrar al huésped (personas) con menos defensas que en la estación de verano. La neumonía en menores de cinco años constituye un problema de salud pública especialmente en la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Las muertes por neumonía pueden ser evitadas, por lo cual se hace necesario que la comunidad reconozca precozmente los signos de alarma y solicite la atención oportuna en los establecimientos de salud (84).

En el presente informe se tiene que la mayoría de los escolares de la institución educativa N° 88388 no presentaron ningún síntoma de enfermedades o infecciones respiratorias, lo cual es beneficioso para su salud, puesto que las iras son infecciones que con el tiempo se vuelven enfermedades y muchas veces estas

enfermedades pueden ser muy graves o crónica. Como lo es el caso de la neumonía, y todos estos casos se pueden dar cuando el ambiente de la casa no es el adecuado y estamos constantemente rodeados de hacinamiento o animales callejeros pues el mal olor y la contaminación son los factores desencadenantes a parte de las defensas o el estado de salud en la que se encuentre la salud del escolar.

Guillermo G, (85). En su investigación refiere que según los estudios realizados, existen determinantes sociales que podrían influenciar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, como son la educación, el sexo, la pobreza, el lugar de residencia, entre otros. Al respecto, la educación está asociada inversamente al sobrepeso y la obesidad y, por el contrario, la riqueza está directamente asociada con el sobrepeso y la obesidad; asimismo, el sobrepeso es mayor en los hombres que en las mujeres a edades tempranas y la obesidad es más frecuente en mujeres, y es mayor en la zona urbana debido al incremento del consumo de la “comida rápida” o “para llevar” que supone hasta un tercio de calorías consumidas porque dichos alimentos contienen más calorías, grasas saturadas, colesterol y menos fibra que las comidas caseras. En estudios realizados en niños peruanos se encontró que a medida que incrementa el nivel de pobreza también aumenta el consumo de carbohidratos y, por el contrario, disminuye el consumo de proteínas, hierro y vitaminas.

Segura J; Montes C; Hilario M y Baltazar G, (86). En la investigación titulada “Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Infantil En El Perú, 2002”. En sus resultados del análisis de regresión logística multivariada revelan que la ausencia de desnutrición aguda está relacionada con el mayor peso al nacer y

mayor duración de la lactancia materna. Para el caso de la desnutrición crónica, se observó que las variables que determinaron que los niños no se encontraran con desnutrición crónica fueron: el acceso sanitario, mayor duración de la lactancia materna, mayor peso al nacer, sexo masculino, mayor estudio materno y situación de no pobreza. Para el caso de la ausencia de desnutrición global se observó cómo variables significativas el acceso sanitario, mayor duración de lactancia materna, mayor peso al nacer, sexo masculino, mayor edad, situación de no pobreza.

Alcibíades J, (87). En la investigación titulada “Estatus ponderal y aptitud cardiorrespiratoria en escolares de la región central del Perú, 2013, obtuvo que los escolares de sexo masculino y femenino presentan frecuencias semejantes de sobrepeso y obesidad (20,9% en mujeres y 20,1% en varones). Residentes en la costa (Barranco) manifiestan elevadas frecuencias de sobrepeso y obesidad. La edad, el sexo y el área geográfica fueron predictores significativos para el sobrepeso y la obesidad.

La educación alimentaria importante e imprescindible en la educación y alimentación de los escolares es un tema que las madres deben conocer muy bien, puesto que los escolares se encuentran en pleno desarrollo. Y la alimentación adecuada es un estilo de vida que mejorara, o dará mejor calidad a la salud del estudiante. Por lo que la alimentación basada en comidas rápidas, ricas en grasas, azúcares con alta densidad energética, y escasos nutrientes y fibras, ha llevado a un aumento significativo de los casos de obesidad y dislipemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión. Estos elementos constituyen el Síndrome metabólico. Una dieta sana debe tener presente alimentos ricos en fibra (pan

integral, frutas, verduras, legumbres, frutos secos) y una proporción global adecuada de hidratos de carbono (50%), grasas (30% máximo, no debiendo superar las saturadas el 8% -10%) y proteínas (15%). Una dieta con excesivas calorías o con exceso de grasas o hidratos de carbono conduce a la obesidad, sobre todo en ausencia de una práctica adecuada y regular de ejercicio (88)

El estado nutricional de los escolares está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez (89)

En la presente investigación se obtuvo que la mayoría de los escolares de la IE N° 88388 consumen diariamente fideos, arroz, papa, pan, cereales, y verduras, siendo así que estos escolares no tienen buenos hábitos alimenticios puesto que en su mayoría consumen muchos carbohidratos diariamente lo cual en relación a los estudios presentados podría causar problemas nutricionales como obesidad, o sobrepeso. Por estas razones, actualmente el estado nutricional de los escolares empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional

infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico.

Según lo manifestado por las madres de los escolares de la institución educativa N° 88388 en el momento de la aplicación del cuestionario manifestaron que los escolares duermen sus horas recomendadas, puesto que muchas veces llega la noche y ellos ya están agotados de los juegos que realizan porque son muy inquietos de igual manera más de la mitad de los escolares no ha presentado accidentes en el hogar, pero a pesar de eso en casi la totalidad los escolares no han presentado síntomas de alguna enfermedad respiratoria, asimismo se han acostumbrado a comer arroz todos los días y si comen frutas y verduras pero en menos cantidad y menor frecuencia puesto que muchas veces las frutas están caras, y pues ellos tienen que cocinar lo que les alcanza su economía, siendo así que a veces suelen preparar arroz con guiso y su papa sancochada, refiriendo que eso les quita el hambre, y que en su lonchera a veces les mandan pan con pollo a los escolares que adquieren de los quioscos, o les dan dinero a sus hijos para que coman su combinado, cuando no tienen tiempo para prepararle una lonchera en casa.

TABLA N° 4, 5 y 6:

Del 100% (226) de los escolares de 6 a 11 años de la Institución educativa N° 88388, el 46,9% (106) se atendió en estos últimos 12 meses en un centro de salud; el 52,2% (118) refieren que el lugar donde lo atendieron está en regular distancia a su casa; el 86,7% (196) cuentan con el SIS - MINSA; el 42,0% (95) les pareció que el tiempo que esperaron para que los atendieran fue regular; el

73,9% (167) recibió una buena calidad de atención en el establecimiento de salud a donde asistió; el 64,6% (146) refieren que no existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa; el 89,8% (203) no reciben apoyo social natural y el 96,5% (218) no recibe algún apoyo social organizado; el 62,4% (141) no recibe apoyo social de las organizaciones.

Fajardo G, Gutiérrez J, García S, (90). En la investigación titulada “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud, 2015”. Concluye que el acceso a los servicios de salud ha avanzado en todas sus dimensiones, desde la concepción de la protección a la salud como un derecho constitucional y en gran medida por el impulso otorgado al financiamiento de los servicios para la población sin acceso a la seguridad social. Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

La Unidad de Servicios de Salud y Acceso del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud tiene a su cargo el apoyo técnico a los Estados Miembros de la OPS en aquellos temas relacionados con las políticas, el sistema y los servicios de salud. La cobertura universal de salud significa que todos los individuos tengan acceso a los servicios de calidad que necesitan (promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos), y sin tener que pasar dificultades

financieras para pagarlos. La cobertura universal de salud es una meta abarcadora para nuestros sistemas de salud, para asegurar que todos -incluidos aquellos más pobres, vulnerables y excluidos de la sociedad- tengan acceso a servicios de calidad, integrados y basados en la atención primaria de salud, a lo largo de su ciclo de vida (91).

En la presente investigación se obtuvo que un poco más de la mitad de las madres de los escolares de la I. E. N° 88388 refieren que el lugar donde fue atendido está a una distancia regular de sus hogar, y que la atención que recibió fue buena, siendo así que si se podría acceder a los servicios de salud que le brinda un entidad sanitaria. Asimismo el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud. El reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos.

Cortés R, (92). En la investigación titulada los determinantes de la deserción y repetición escolar. Puriscal – Costa Rica 1995. Habla sobre las implicaciones sociales y económicas de esta problemática: "Cada niño que se va de la escuela es una fuente de producción, de riqueza y bienestar que se disminuye o se anula. Cada niño que no alcanza los niveles más altos de educación está detenido en el camino de desarrollar sus posibilidades y capacidades, está limitado como fuente de riqueza y disminuido en su dignidad de ser humano". Por otro lado, no son solamente el estudiante y su grupo familiar los que se ven perjudicados al abandonar éste la escuela, la sociedad como un todo y el Estado también sufren una pérdida de valioso capital humano. Cortés continua señalando: " Los costos de la educación son muy altos y la inversión que se hace en este campo debe

recuperarse a través de la formación de un tipo de ciudadano cada vez más apto y capaz.

Vásquez S, (93). En la investigación titulada determinantes de la salud de las madres de los escolares del nivel primario de la institución educativa 88020, Chimbote, 2013, obtuvo, el 41% se atendió en hospitales, mientras que el 32% se atendió Centro de salud ; el 51% considera que el lugar donde lo atendieron esta regular distancia de su casa; el 66% cuentan con SIS, mientras que el 21% no cuenta con seguro; el 32% espero para ser atendida tiempo regular; el 44% refieren que la calidad de atención que recibió es buena; En relación a los determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado de las madres de los escolares se observa que el 100% no recibe apoyo social ; el 100% no recibe no recibe algún apoyo social organizado; En relación a los determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo de las madres de los escolares se observa que el 100% no reciben algún apoyo social organizado

Fachado A, Menéndez M y Gonzales L, (94). En la investigación titulada “Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica, 2013”. Concluye que la familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y desarrollan los diferentes roles que necesitan para su evolución personal. De este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de

organización humana más duradero y universal. Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud.

El estudio se difiere de la investigación de Delgado J, Domínguez A, Lobo M, (95). En la investigación titulada “Red de apoyo a las familias con niños que asisten a los comedores comunitarios en un barrio capitalino, Santiago de Estero, Argentina, 2007”. Los resultados obtenidos indican que 48% de las familias tienen 4 a 5 elementos en la red de apoyo; 91% buscan alimentos, 84% salud y el 73% trabajo; esta reducida red les genera importantes dificultades al momento de satisfacer sus necesidades básicas. La falta de trabajo y baja escolaridad son los principales condicionantes de su aislamiento social.

El apoyo social natural u organizado es importante en la vida del niño, el poder contar o no con apoyo social tiene repercusiones importantes sobre la salud de los individuos; existen, actualmente, evidencias considerables de que la disponibilidad de apoyo, a menudo, funciona como un amortiguador del estrés, ayuda al afrontamiento y resulta muy beneficioso para la salud. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo, especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios en el rol, etc.) pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (96)

En la presente investigación se obtuvo que la mayoría de las madres de los escolares de la I.E N° 88388 refirieron que la mayoría no reciben ningún apoyo social natural. Siendo así que los resultados presentados muestran los efectos de la pobreza estructural y precariedad en los ingresos económicos refuerzan la pobreza y por ende exclusión social. Considerando que la red de apoyo social implica formas de relación, interacción, comunicación e intencionalidad, desarrolladas en el tiempo y que dependen de determinadas coyunturas y del momento histórico en que se da, asumiendo así diferentes formas; donde se genera un espacio de trabajo conjunto.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- De los escolares de la Institución educativa N° 88388, ; un poco más de la mitad de los escolares son de sexo; menos de la mitad de los padres de los escolares tienen grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, casi la totalidad cuentan con baño propio, utilizan el gas como combustible para cocinar la energía eléctrica permanente y esperan al carro recolector de basura para eliminar su basura; la mayoría de las madres de los escolares tienen trabajo eventual, las viviendas son unifamiliares y cuentan con casa propia, y el material del techo es de madera, estera o eternit, el material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento, el número de personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros, cuentan con servicios de agua con conexión domiciliaria, y suelen eliminar la basura en el carro recolector; más de la mitad tienen un ingreso económico menor de 750 y el material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, y la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por sus casa es de todas las semanas pero no diariamente.
- De los escolares de la Institución educativa N° 88388, casi la totalidad si tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, asimismo en las dos últimas semanas el niño no presentó diarreas; la mayoría de los escolares la frecuencia con la que se bañan es diariamente, y no presentaron en los últimos 6 meses

accidentes en el hogar, no presentaron signos de alarma para una enfermedad respiratoria aguda, no cuentan con su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad, no muestran el carnet de vacunas, consumen pan y cereales diariamente, frutas 3 o más veces a la semana, huevos 1 o 2 veces a la semana, embutidos menos de una vez a la semana; un poco más de la mitad si acude al establecimiento de salud para su control de CRED y duermen de 6 a 8 horas; menos de la mitad de escolares casi nunca consumen dulces.

- De los escolares de la Institución educativa N° 88388, casi la totalidad no recibe apoyo social organizado; la mayoría cuentan con seguro de SIS – MINSA, califican como buena la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud, hay pandillaje y delincuencia cerca de sus hogares, no reciben apoyo social natural; un poco más de la mitad consideran que el lugar donde lo atendieron queda a una distancia regular de su casa; menos de la mitad dicen que la institución de salud donde se atendió en los últimos 12 meses fue en un centro de salud, y el tiempo que espero para que le atendieran le pareció regular, y no reciben apoyo social de las organizaciones.

5.2 Recomendaciones:

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los escolares.
- Hacer llegar los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud y autoridades del Puesto de Salud “Yugoslavo” con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los escolares de la Institución educativa N° 88388 “San Luis De La Paz” Nuevo. Chimbote
- Concientizar más al personal del puesto de salud “Yugoslavo”, a que realicen campañas de salud para los escolares de la Institución educativa N° 88388 “San Luis De La Paz” Nuevo. Chimbote en cuanto a la prevención y/o tratamiento de las enfermedades respiratorias. Optando por diseñar e implementar más programas educativos que estén dentro del paquete de atención y puedan mejorarse los hábitos de vida de los niños con ayuda de sus madres.
- Realizar nuevos trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan mejorar el estilo de vida de los escolares de la Institución educativa N° 88388 “San Luis De La Paz” Nuevo. Chimbote

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lagarribel G. La salud en el ciclo XXI: un cambio de paradigma. (revista on line) enero 20017. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.pulso.cl/opinion/la-salud-en-el-siglo-xxi-un-cambio-de-paradigma/>
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta med. Per [serie en internet] abril 2011. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/acta_medica/2011_n4/pdf/a11v28n4.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
5. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
6. Organización mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud. [Serie en internet] 2017. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
7. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.

8. Bernaldes P. Equipo y determinantes sociales de la salud. [Serie en internet] setiembre 2011. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: https://es.slideshare.net/j_mejia/presentacin-determinantes-sociales-de-la-salud
9. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
10. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Equidad en salud y desigualdades sociales en salud. [Serie en internet] 2015. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>
12. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Inequidades sanitarias. [Serie en internet] 2017. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
13. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
14. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
15. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
16. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.

17. Unicef. Estado de la niñez en el Perú. [Serie en línea]. Febrero del 2011. Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú. [Citado el 04 de abril del 2016] disponible desde: http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
18. Dirección regional de la Urgel santa. Reseña histórica de la institución educativa N° 88388. Nuevo Chimbote – Perú, 2015.
19. Salgado N y Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Revista Scielo Public Health. [Serie en línea] vol.49 suppl.4 Cuernavaca Junio 2007. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342007001000011&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Darias S. determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular. [serie en línea]. 2009. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible desde: <ftp://tesis.bbtk.uill.es/ccssyhum/cs242.pdf>
21. Soriano M, Kinchen S, Razeghi y Contreras A. Encuesta mundial de salud escolar el salvador, 2013. [Serie en línea]. 2013. [citado el 01 de Octubre de 2016] disponible desde: <http://www.who.int/chp/gshs/El-Salvador-GSHS-2013-report.pdf>
22. Hadad N y Del Castillo C. Determinantes sociales de salud y caries dental. [serie en línea]. Odontol Pediatr Vol 10 N°1 Enero -Junio2011. [Citado el 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a2.pdf>
23. López T. Calidad de vida de los niños escolares de 8 a 12 años con asma bronquial del distrito de Tarapoto, mayo - octubre 2009. [Tesis para optar el

- grado académico de magíster en salud pública]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012. [Citado el 01 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/handle/11458/342>
24. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
 25. Casahuaman Y. Determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal en la I.E Pedro Ruiz Gallo Chimbote – 2012. [Serie en línea]. [Citado el 01 de Octubre de 2016] disponible desde: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021686/20140129090029.pdf>
 26. Vega J. y Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
 27. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
 28. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
 29. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.

30. Definición de salud. [Serie en línea] Junio 2011. [Citado el 28 de junio de 2017].
Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/salud/>
31. Lang I. Concepto de edad escolar. Eumed.net. [Serie en línea], [citado el 02 de abril de 2016]. URL disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1310/escolar.html>
32. Riesgos para la salud de los niños. Bye Bye. [Serie en línea]. 06 de enero 2011
** [Citado el 03 de abril del 2016]. URL disponible desde:
<http://www.byebyedolor.com/5-Riesgos-para-la-salud-de-los-ninos>
33. Servicio de enfermería escolar en los colegios de educación infantil, primaria y E. S O. Grupo de trabajo enfermería en salud escolar. [Serie en línea]. Junio 2011. [Citado el 03 de abril del 2016]. Disponible desde:
<https://adacjuvenil.files.wordpress.com/2011/06/propuesta-definitiva-2011-12.pdf>
34. Mendoza R. Investigación cualitativa y cuantitativa - Diferencias y limitaciones. [Serie en línea]. Monografías. Com. 2013. [citado el 07 de julio de 2017].
Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa2.shtml#ixzz4mDf64YZh>
35. Shuttleworth M. diseño de investigación descriptiva. [Serie en línea]. Explorable, Junio del 2017. [citado el 07 de julio de 2017]. Disponible desde:
<https://explorable.com/es/disenio-de-investigacion-descriptiva>
36. Lesp K. diseño de investigación. Departamento de metodología de investigación. Universidad los Ángeles de Chimbote [Serie en línea]. Slideshare. Publicado el 10 de dic. De 2014. [citado el 07 de julio de 2017]. Disponible desde:
<https://es.slideshare.net/krislesp/9-diseo-de-la-investigacin>

37. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
38. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
39. Eusko Jaurlaritz. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
40. Ballares M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
41. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008 [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

43. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
44. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0736_1.pdf
45. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
46. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
47. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
48. Hernández y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

49. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
50. Vílchez A. Ciencias de la Salud. Determinantes de la salud en niños del distrito de Chimbote. 2012; 2(2): 74-89 [consultado el 15 de mayo del 2016]
51. Bustamante A, Seabra A, Garganta R, Maia J. Efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, Lima Este 2005. [Serie en línea]. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. [citado el 09 de Octubre de 2016] disponible desde: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000200005
52. Jara M. Determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal. I. E. villa María. [Serie en línea]. [Citado el 15 de Mayo de 2016]. URL disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021664/20140317112748.pdf>
53. Trejo M, Jasso S, Mollinedo F, Lugo L. Relación entre actividad física y obesidad en escolares, La Habana 2012. [Serie en línea]. Revista Cubana de Medicina General Integral 2012. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000100005
54. Definición de sexo. [Serie en línea] 2007. [Citado el 09 de Octubre de 2016] disponible desde: <http://www.definicionabc.com/general/sexo.php>

55. Buyatti L. Como influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos de 0 a 23 meses de edad que concurren al Centro de Salud “Inmaculada Concepción” del Barrio Teniente 1° Saavedra de la ciudad de Resistencia, Chaco 2010. [Serie en línea]. [Citado el 15 de Mayo de 2016]. URL disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista199/1_199.pdf
56. Baldarrago E. La educación de la madre como determinante de la salud del niño: Evidencia para el Perú en base a la ENDES 2008. [Serie en línea]. [Citado el 15 de Mayo de 2016]. URL disponible en http://eureka.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/la_educacion_de_la_madre_como_determinante_de_la_salud_del_nino.pdf
57. Jauralaritza E. Nivel de instrucción. [Serie en línea]. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea. 2004. [Citado el 09 de Octubre de 2016] disponible desde: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
58. Lip C. y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en el Perú. Ministerio de la salud. [Serie en línea]. Lima 2005 [Citado el 18 de marzo del 2016] disponible desde: http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/143_detersoc.pdf
59. Días. /OMS (2000). Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. «La perspectiva canadiense». Washington, D.C. (2000: 17-18)
60. Pérez R. Determinantes de la Salud en niños menores de 5 años con Desnutrición Aguda en el Distrito de Nepeña, 2012[serie en línea].[citado el 09 de Octubre de 2016] disponible desde:

<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021722/20140128112041.pdf>

61. Cambio Cultural, ed. Nuevos pobres, pobres NBI y desigualdad del ingreso. Argentina: Cambio Cultural, 2004. [Citado el 13 de mayo del 2015].
62. Blas J. Determinantes de la salud en adultos jóvenes A.H Upis Los Jardines Nuevo Chimbote, 2013. [Serie en línea]. Chimbote 2013. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/12/021755/20150102110123.pdf>
63. Modenes J. Fernández C. López J. La formación de hogares y la tenencia de vivienda de los jóvenes en la reconfiguración de los sistemas residenciales Europeos 2013. [Serie en línea]. 2013. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-460.htm>
64. INEI. Proceso de reasentamiento. [Serie en línea]. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0017/cap4-1.htm>
65. Pérez J y Merino M. Definición de la tenencia. [Serie en línea]. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://definicion.de/tenencia/>
66. Régimen de tenencia de la vivienda [Serie en línea]. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea. 2004. [Citado el 10 de Octubre de 2016] disponible desde: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_447/elem_8864/definicion.html
67. CEPAL; UNICEF. Las privaciones que sufren los niños: examen de los derechos infantiles incumplidos. En: Pobreza infantil en América Latina y el Caribe.

- UNICEF; 2010. (Citado el 19 de Marzo de 2016). Disponible en:
[http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010(1).pdf)
68. Barrera D, Restrepo C y Labrador C. Medio familiar y entorno escolar: detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar: detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar. Bogotá, CO: D - Universidad de La Sabana, 2009. ProQuest ebrary. Web. 30 May 2016.
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10337714&pg=2>
69. Salazar V. Hacinamiento familiar un problema social en la comunidad de Boyacá 2012. [Serie on-line] diciembre 2012. ** [Citado el 18 de Mayo de 2016]. URL disponible en: <http://veronica159.blogspot.pe/>
70. Jara M. Determinantes de la salud en escolares de nivel primario con parasitosis intestinal. I. E. villa María. [Serie en línea]. [Citado el 15 de Mayo de 2016]. URL disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021664/20140317112748.pdf>
71. Pérez D. revista vivienda participación desarrollo – progresivo. N° 6 volumen 3. [Serie en línea]. [Citado el 18 de Mayo de 2016]. URL disponible en http://www.arq.ula.ve/cinviv/publicaciones/tesis/tesis_arq_taparo/tesis_doryst.pdf
72. Marcos L, Maco V, Terashima A, Frine S, Miranda E y Gotuzzo E. Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia, Departamento de Puno, Perú 2003. [Serie en línea]. [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible desde:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122003000100006

73. García C. Toma de decisiones y patrones de consumo de energía eléctrica de viviendas en unidades habitacionales de la ciudad de México. [Tesis para optar por el grado de doctor en psicología]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. Citado el 09 de Octubre de 2016.
74. Tumi J. Representaciones sociales de la población de la ciudad de Puno sobre gestión de residuos sólidos. Rev. Investig. Altoandin. 2014; 16 (1):59-74
75. Castro U. Servicios básicos. [Serie en línea]. [Citado el 18 de Mayo de 2016]. URL disponible en <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/uca/Servicios%20Basicos.htm>
76. Vivienda y servicios básicos. [Serie en línea] [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible desde: <http://www.absostenible.es/index.php?id=93>
77. Definición de energía eléctrica. [Serie en línea] [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible desde: <http://www.definicionabc.com/tecnologia/energia-electrica.php>
78. Aya. C. Eliminación de basuras. [Serie en línea] [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible desde: <http://cesaraugustoaya719.blogspot.pe/2009/11/eliminacion-de-basuras.html>
79. Vega P, Alvares A, Bañuelos Y, Reyes B, Hernández M. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares adscritos a la Clínica ISSSTE, 2015 <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-estilo-vida-estado-nutricion-ninos-S1665706315000603>

80. OMS. Recomienda dormir al menos 6 horas diarias. [Serie en línea]. [Citado el 09 de Octubre de 2016]. Disponible desde: <http://www.ultimahora.com/oms-recomienda-dormir-al-menos-6-horas-diarias-n786516.html>
81. Correa E, Guerra S. Nivel de conocimientos relacionado con prácticas sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años. Centro de salud Morales. Octubre - Diciembre 2011. Tarapoto, Universidad Nacional de San Martín.
82. Castro B. Factores asociados a las muertes por infección respiratoria aguda en los menores de cinco años del Estado de Hidalgo en el 2002”, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades; 2005.
83. Alvis N y De la Hoz F. Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, epoc, cáncer de pulmón y asma). Evidencias de asociación. Rev. Fac. Med., Volumen 56, Número 1, 2008. [Serie en línea]. Citado el 19 de Marzo de 2016. Disponible desde: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/18595>
84. Iras. OMS. [Serie en línea]. Citado el 09 de octubre del 2016. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/iras/index.html>
85. Guillermo G. Determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Pública. Pag.2. (citado el 19 de Marzo de 2016). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n3/a03v29n3.pdf>
86. Segura L, Montes C, Hilario E, Asenjo P y Baltazar G. "Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Infantil En El Perú" PRISMA. Lima, septiembre- 2002. Disponible en:

http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf

87. Alcibíades J. Estatus ponderal y aptitud cardiorrespiratoria en escolares de la región central del Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública*[serie en Internet]. 2013 Set ** [citado el 20 de octubre de 2015]; Disponible desde: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300005
88. Importancia de la alimentación de los niños y niñas en edad escolar. [Serie en línea] [Citado el 10 de noviembre del 2015] disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos104/proyecto-importancia-alimentacion-ninos-y-ninas/proyecto-importancia-alimentacion-ninos-y-ninas.shtml>
89. Nutrición en los niños. Encuesta demográfica y de salud familiar. [Serie en línea]. [Consultado el 13 de Marzo de 2016]. URL disponible desde: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20Lactancia%20y%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os/11.6%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os.html>
90. Fajardo G, Gutierrez J, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Red de Rev Cient de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2015; 57 (2): 180 – 186.
91. PAHO. [página en internet]. Organización Panamericana de la Salud; [citado 27 Mar 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1920&layout=blog&Itemid=2033&lang=es

92. Cortés R. La Deserción Escolar: Un problema Fundamental de la Democracia Costarricense. Escuela de Pedagogía. Universidad de Costa Rica. 1956. p29. [Serie online]. [Citado el 10 de noviembre del 2015]. URL disponible desde: http://www.ciet.org/_documents/2006222113344.pdf
93. Vázquez S. determinantes de la salud de las madres de los escolares del nivel primario de la institución educativa 88020, Chimbote 2013. [Serie en internet]. [Consultado el 23 de mayo del 2016]. URL disponible desde: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/12/021754/20140718065449.pdf>
94. Fachado A, Menéndez M, Gonzales L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cad Aten Primaria. 2013; 19: 118 – 123.
95. Delgado J, Domínguez A, Lobo M. Red de apoyo a las familias con niños que asisten a los comedores comunitarios en un barrio capitalino, Santiago de Estero, Argentina. Texto contexto – enferm. 2007; 16.
96. Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. [Serie en internet]. [Consultado el 23 de mayo del 2016]. URL disponible desde: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol1/arti6.htm>

ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de población = 550

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1,96

p = 0,5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = 0,5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0,05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (550)}{(1,96)^2 (0,5) (0,5) + (0,05)^2 (550 - 1)}$$

$$n = 226 \text{ escolares}$$

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388. NUEVO
CHIMBOTE.

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Grado de instrucción de la madre:

- Sin nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior completa / Superior incompleta ()

- Superior no universitaria completa e incompleta ()

3. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

4. Ocupación del jefe de familia:

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

5. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

- Madera, estera, triplay ()
- Adobe ()

• Estera y adobe ()

• Material noble ladrillo y cemento ()

6.6. Cuantos personas duermen en una habitación

• 4 a más miembros ()

• 2 a 3 miembros ()

• Independiente ()

7. Abastecimiento de agua:

▪ Acequia ()

▪ Cisterna ()

▪ Pozo ()

▪ Red pública ()

▪ Conexión domiciliaria ()

8. Eliminación de excretas:

• Aire libre ()

• Acequia , canal ()

• Letrina ()

• Baño público ()

• Baño propio ()

• Otros ()

9. Combustible para cocinar:

• Gas, Electricidad ()

• Leña, Carbón ()

- Bosta ()
- Tuza (coronta de maíz) ()
- Carca de vaca ()

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

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

Si () NO ()

15. ¿Cuántas horas duerme el niño?

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

16. El baño en el niño es?

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

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

Si () No ()

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

a. La misma cantidad ()

- b. Más cantidad ()
- c. Menos cantidad ()
- d. Suspendió los alimentos ()
- e. Aun no le da otro tipo de alimentos ()
- f. No presento diarreas ()

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

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

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

- Respiración rápida ()
- No puede respirar ()
- No come, ni bebe ()
- Se pone frío ()
- Se ve más enfermo ()

- Más de 3 días con calentura ()
- Le sale pus en el oído ()
- Le aparecen puntos blancos en la garganta ()
- No presento ()

21. El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad:

Muestra el carnet:

Si () No ()

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

Si () No ()

DIETA:

22. ¿Con qué frecuencia usted y su familia consumen los siguientes alimentos?

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

• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

23. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

24. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()
- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()
- No recibo ()

25. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Cuna Mas si () no ()
- PVL (vaso de leche) si () no ()
- Pad Juntos si () no ()

- Qali warma si () no ()
- Otros (red) si () no ()
- No recibo si () no ()

26. ¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

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

27. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:

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

28. Qué tipo de seguro tiene el niño(a):

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

29. El tiempo que espero para le atiendan al niño(a) en el establecimiento de salud ¿le pareció?

- Muy largo ()

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

30. En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?

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

31. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 Nuevo. Chimbote, desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en escolares. Institución educativa N° 88388 - Nuevo. Chimbote

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “ficha de validación del cuestionario sobre los determinantes de la Salud en Escolares. Institución Educativa N° 88388 – Nuevo Chimbote, 2015 (Ver anexo 3)
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial
 - útil pero no esencial
 - no necesaria
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo 3).
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del

contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1 (ver Tabla 2)

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en escolares. Institución Educativa N° 88388 – Nuevo Chimbote, 2015

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú.

ANEXO N° 04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

TABLA 2

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

Nº	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ESCOLARES. INSTITUCIÓN

N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERÚ, 2015

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
				1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								

P1									
Comentario:									
P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P3.1									
Comentario:									
P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									

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

P13								
Comentario:								
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								
Comentario:								
P19								
Comentario:								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								

Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario								
P25								
Comentario								
P26								
Comentario								
P27								
Comentario								
P28								
Comentario								
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								
P31								
Comentario								
P32								
Comentario								
P33								
Comentario								
P34								
Comentario								

P35								
Comentario								
P36								
Comentario								
P37								
Comentario								
P38								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ESCOLARES. INSTITUCION
EDUCATIVA N° 88388. NUEVO CHIMBOTE.**

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

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

FIRMA

.....

GRÁFICOS

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS

GRÁFICO N° 01

GRÁFICO SEGÚN SEXO EN LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

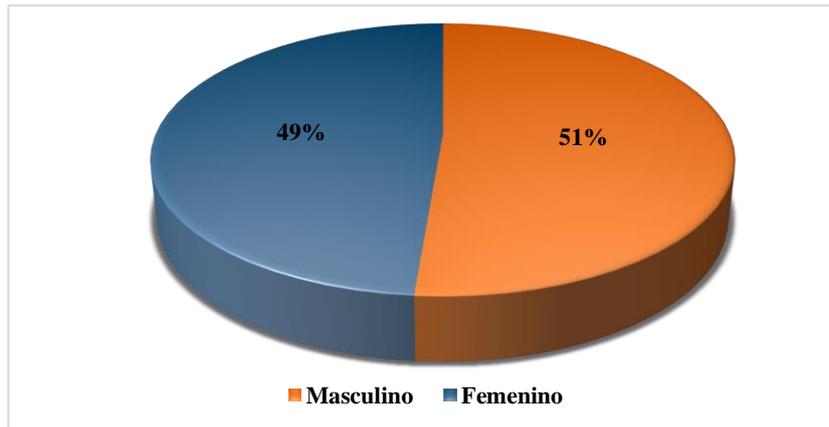


Figura: Tabla N° 01

GRÁFICO N° 02

GRÁFICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

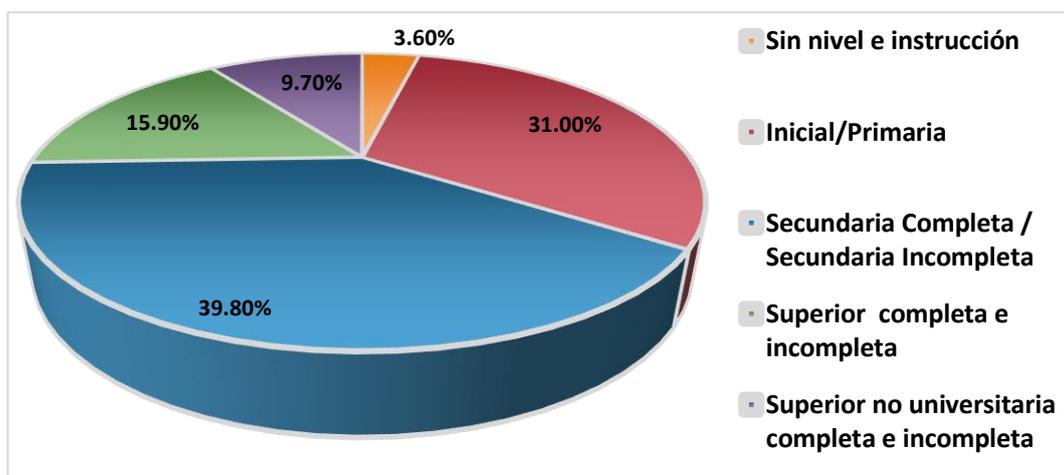


Figura: Tabla N° 01

GRÁFICO N° 03

GRÁFICO SEGÚN EL INGRESO ECONOMICO DE LA MADRE DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

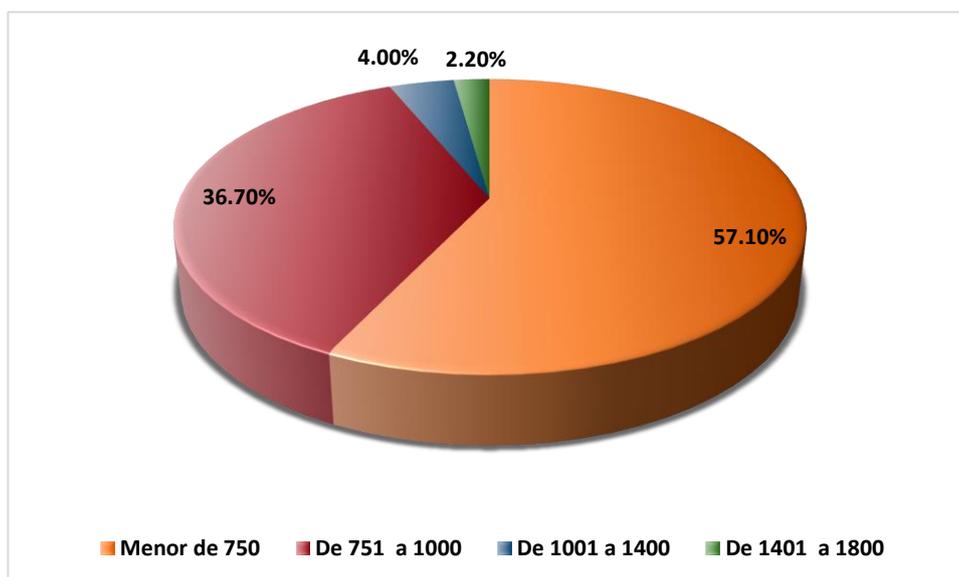


Figura: Tabla N° 01

GRÁFICO N° 04

GRÁFICO SEGÚN OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

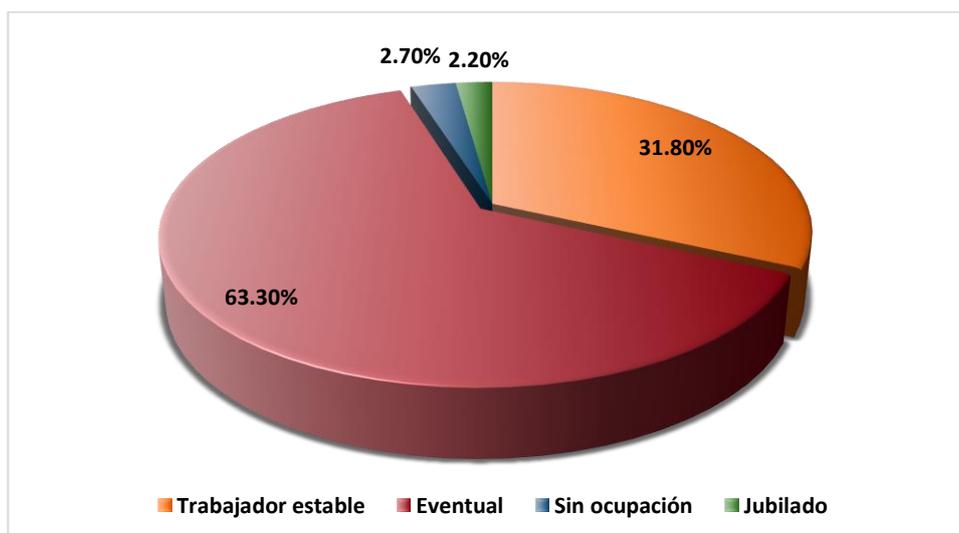


Figura: Tabla N° 01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO N°05

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION

EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

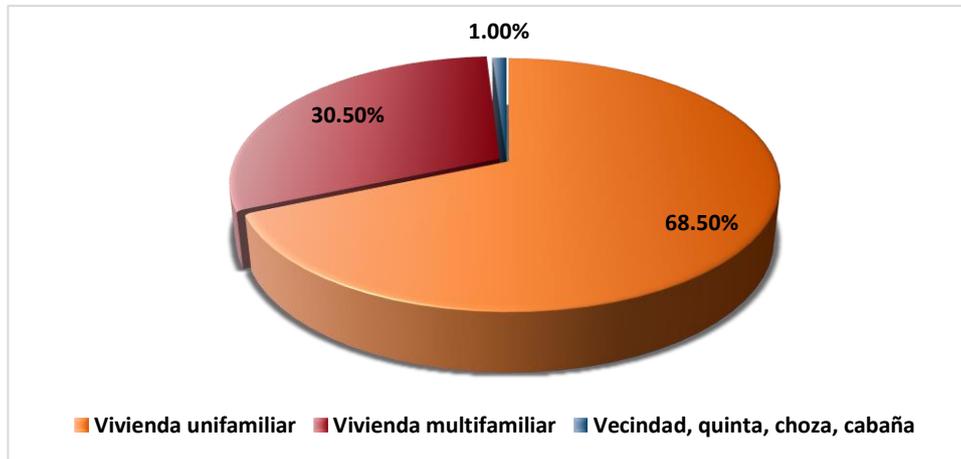


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N°06

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES.

INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

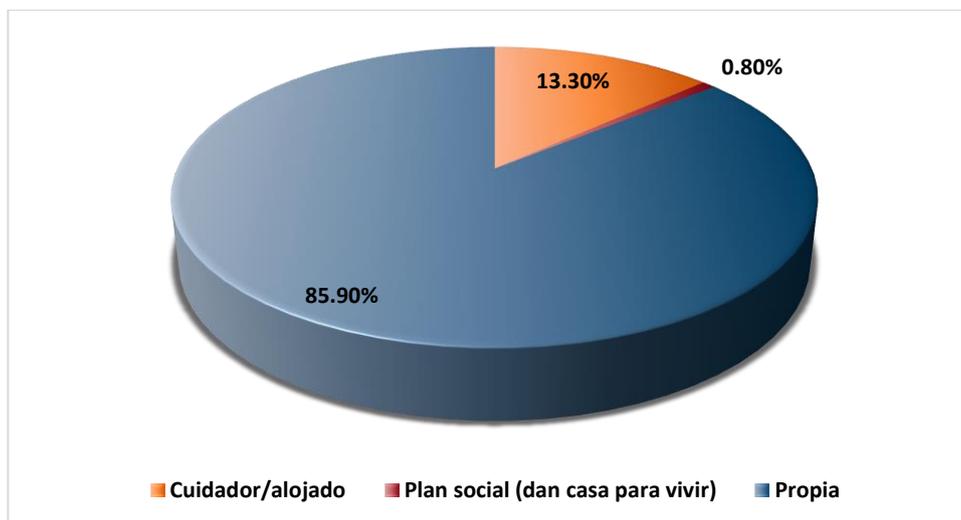


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N°07

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

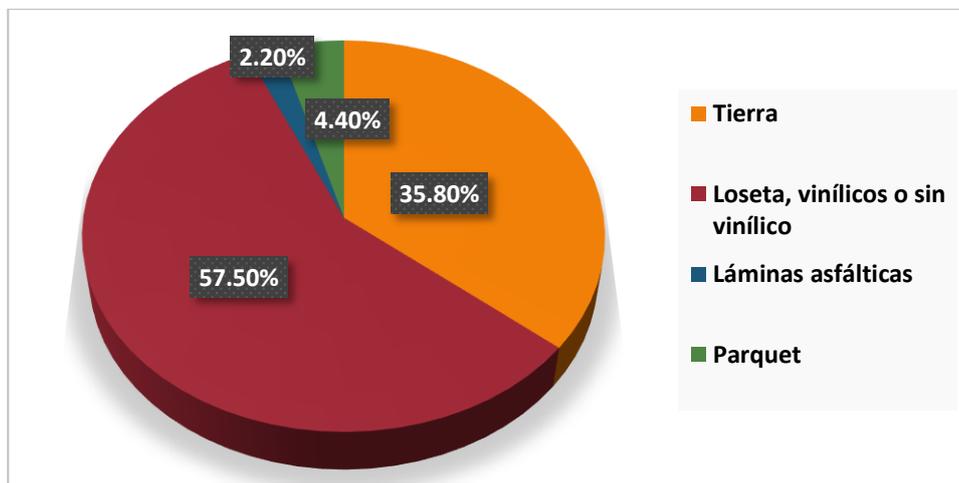


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 08

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

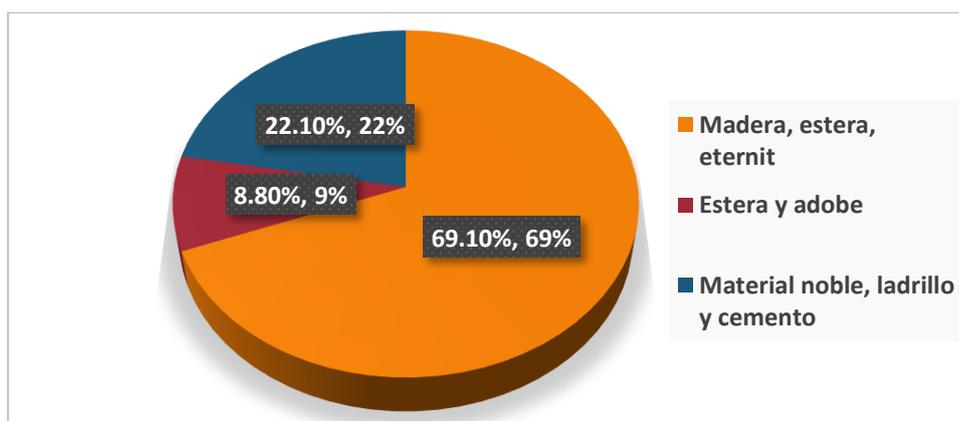


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N°09

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

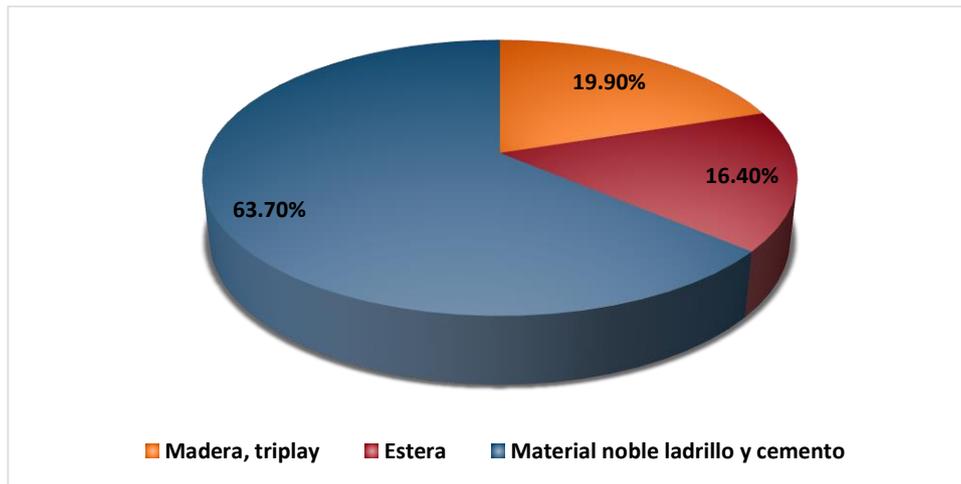


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 10

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

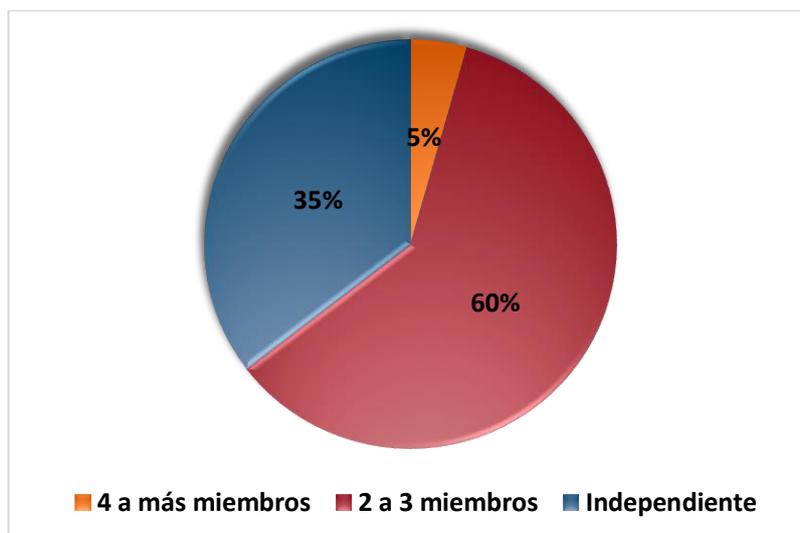


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 11

GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

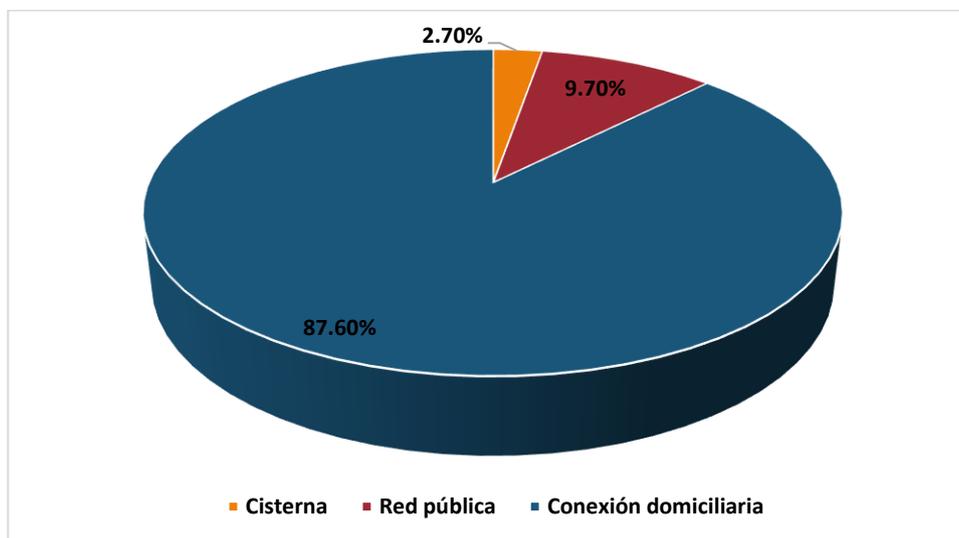


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N°0 12

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LAS VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

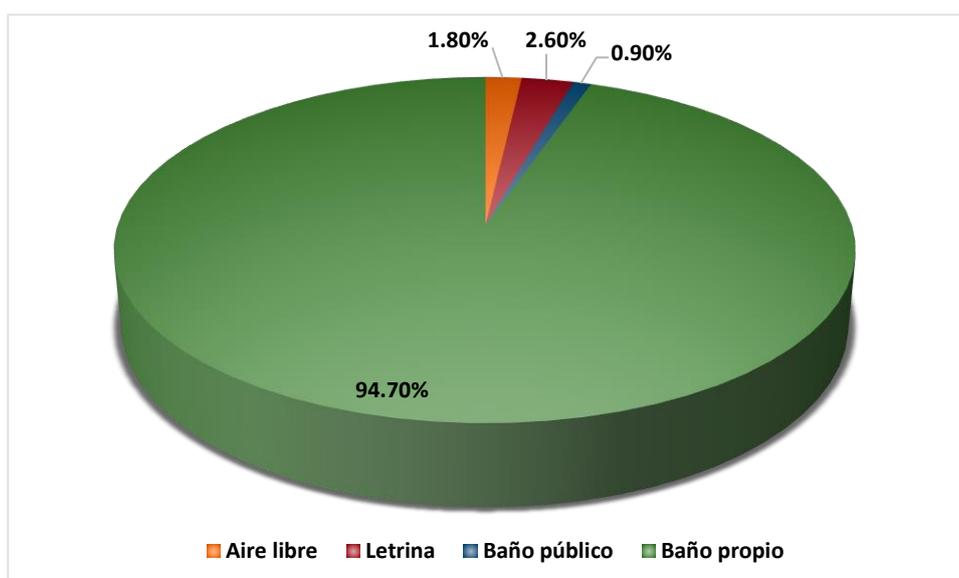


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 13

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

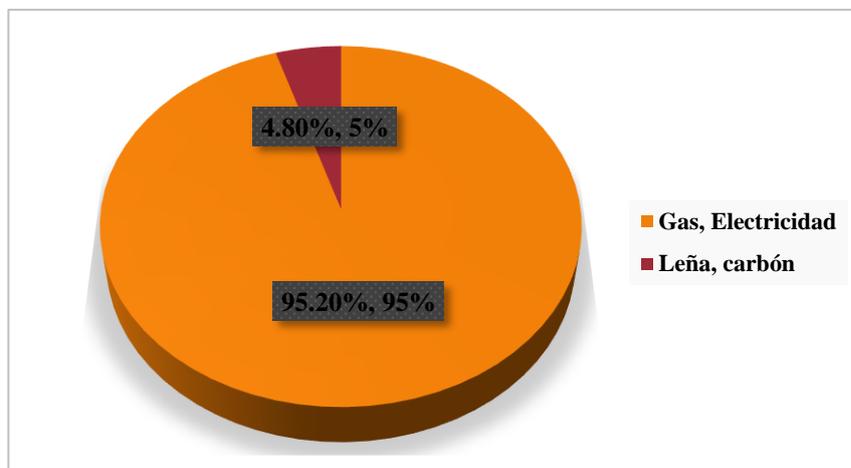


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 14

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZAN EN LAS VIVIENDAS DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

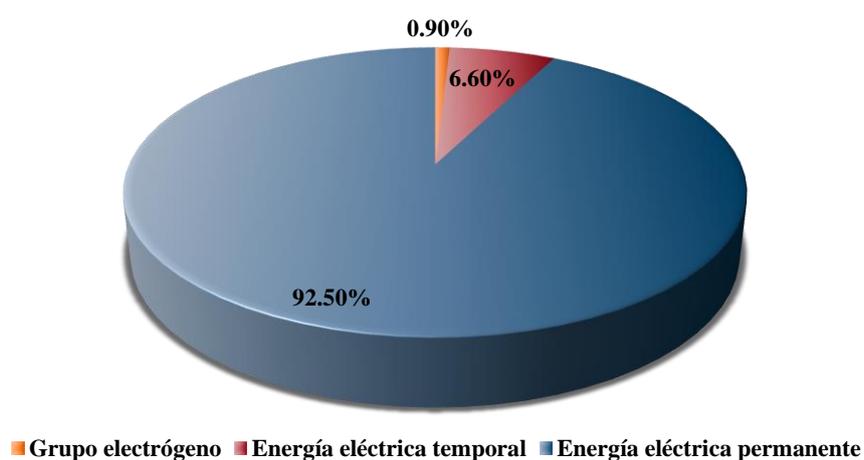


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 15

GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

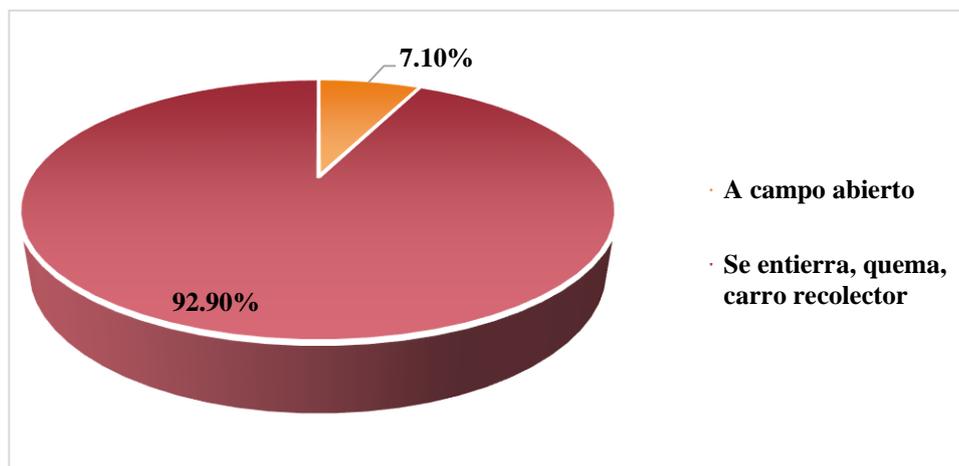


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 16

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

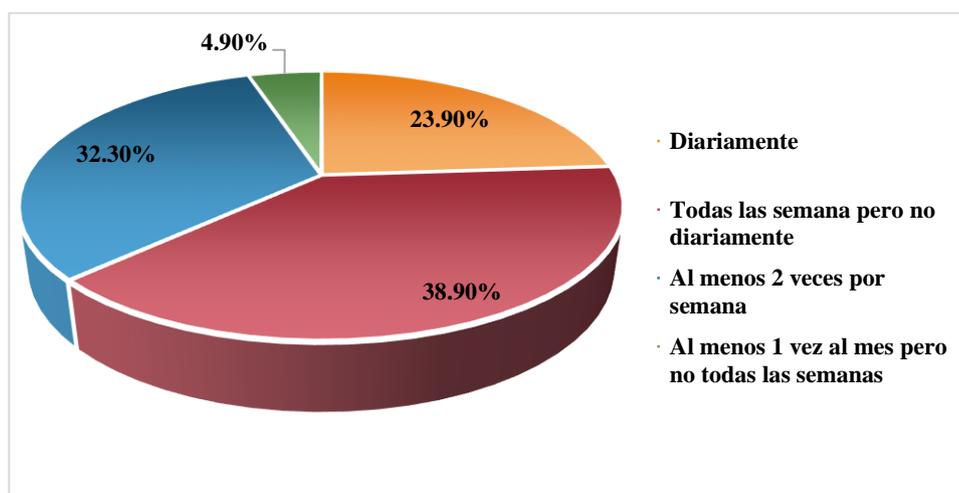


Figura: Tabla N° 02

GRÁFICO N° 17

GRÁFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

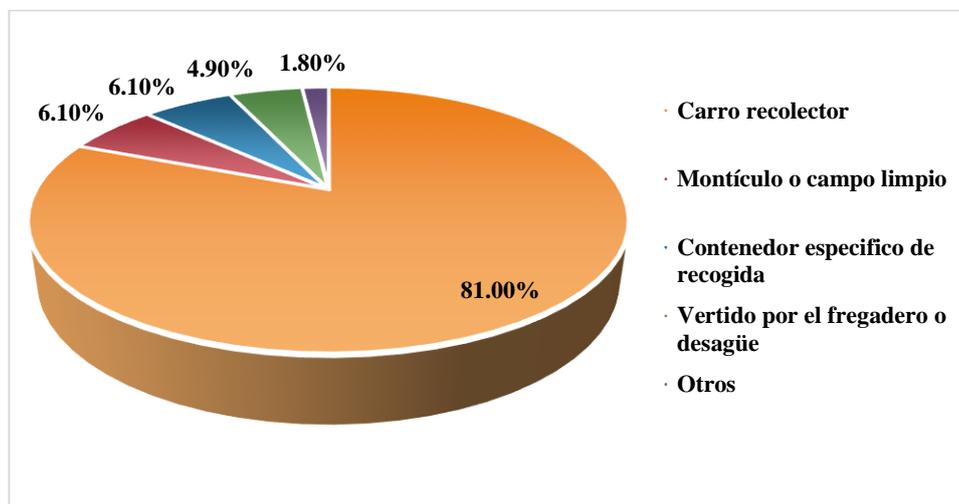


Figura: Tabla N° 02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO N° 18

GRÁFICO SEGÚN ASISTENCIA AL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PARA LA AIS (CONTROL CRED, VACUNAS, EXAMEN DENTAL PERIÓDICAMENTE) ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

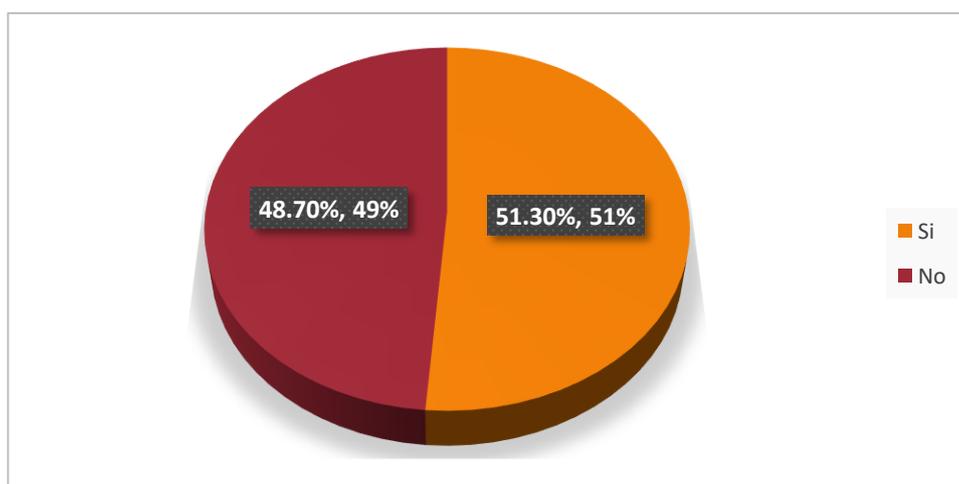


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 19

**GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

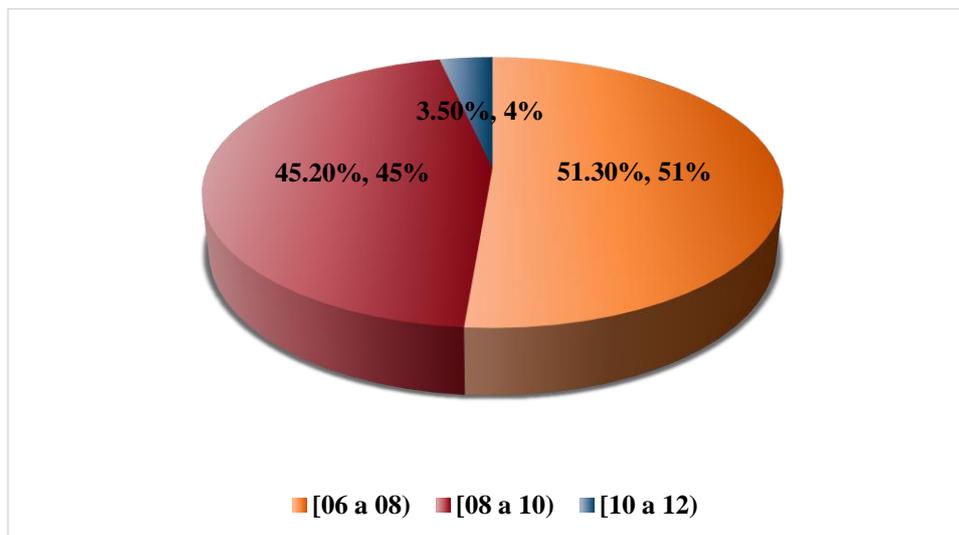


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 20

**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

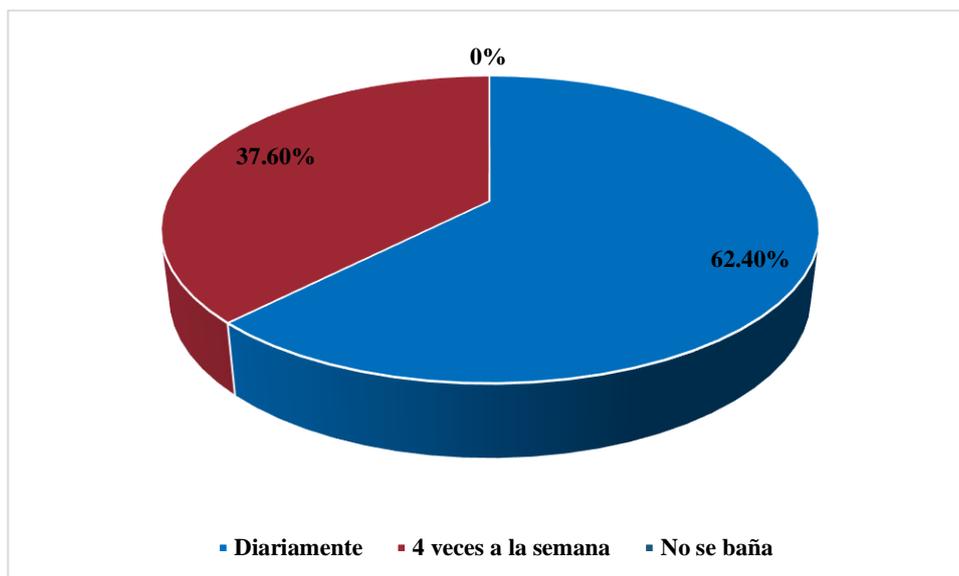


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 21

**GRÁFICO SEGÚN REGLAS Y EXPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES
ACERCA DE LA CONDUCTA Y/O DISCIPLINA DE LOS ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

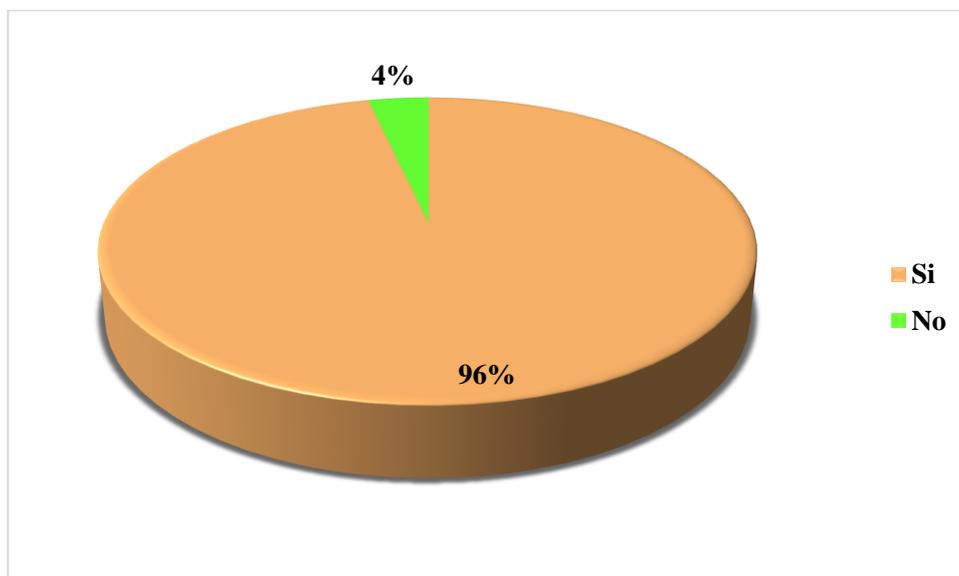


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 22

**GRÁFICO SEGÚN LA ALIMENTACIÓN QUE SE LES BRINDÓ EN LAS DOS
ÚLTIMAS SEMANAS CUANDO PRESENTARON DIARREAS LOS ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

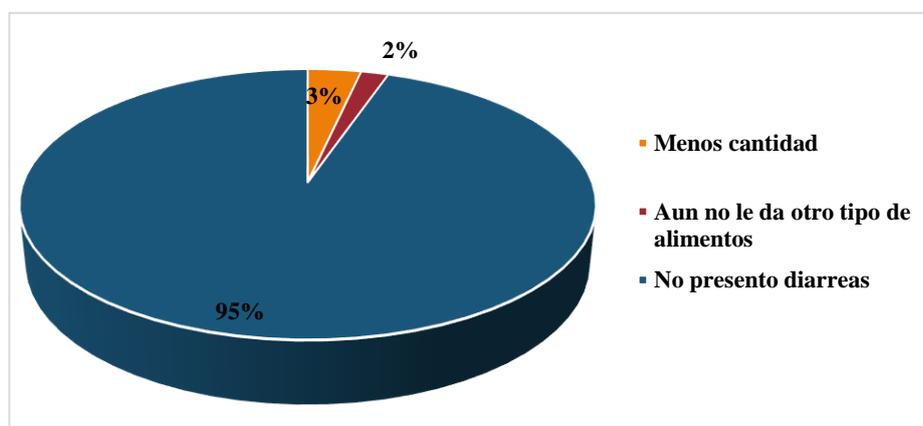


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 23

GRÁFICO SEGÚN ACCIDENTE EN EL HOGAR O EN OTRO LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

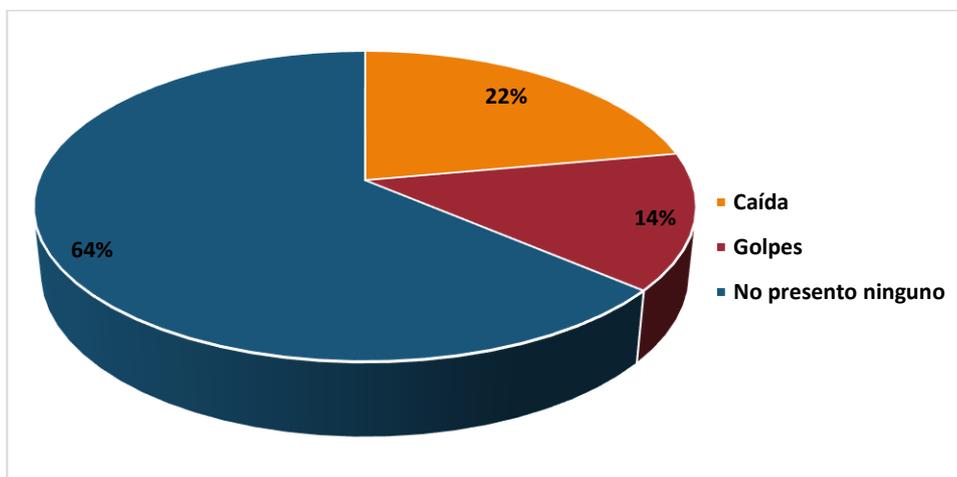


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 24

GRÁFICO SEGÚN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS HA IDENTIFICADO ALGÚN SIGNO DE ALARMA PARA UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

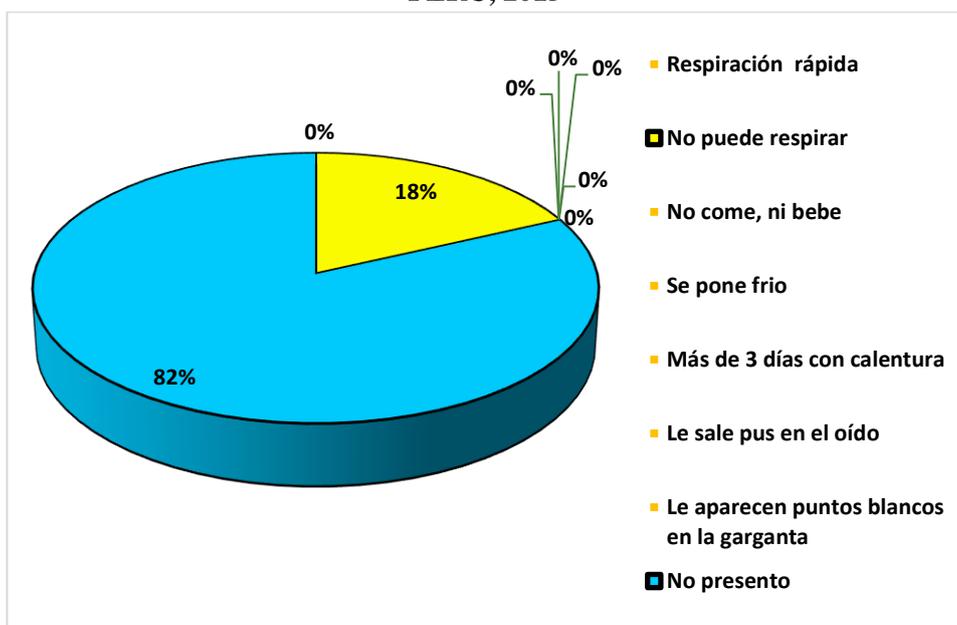


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 25

GRÁFICO SEGÚN CARNET DE VACUNAS COMPLETAS DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

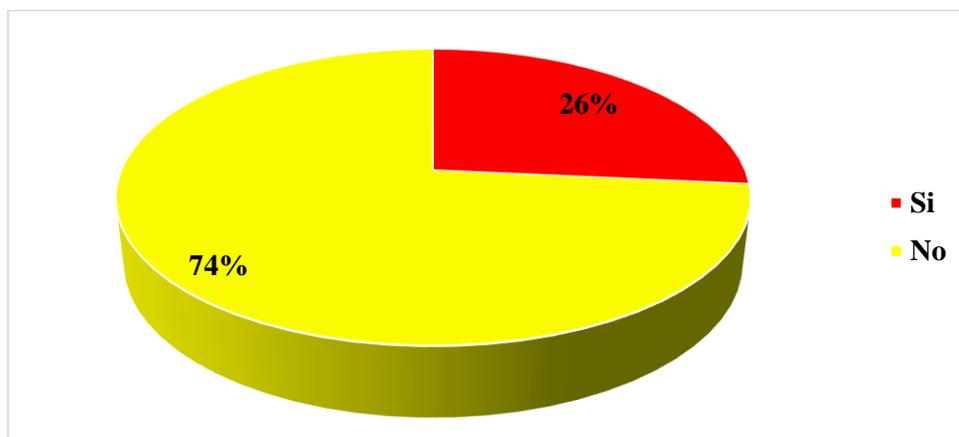


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 26

GRÁFICO SEGÚN EL CARNET QUE TIENE LAS VACUNAS Y EL CONTROL DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

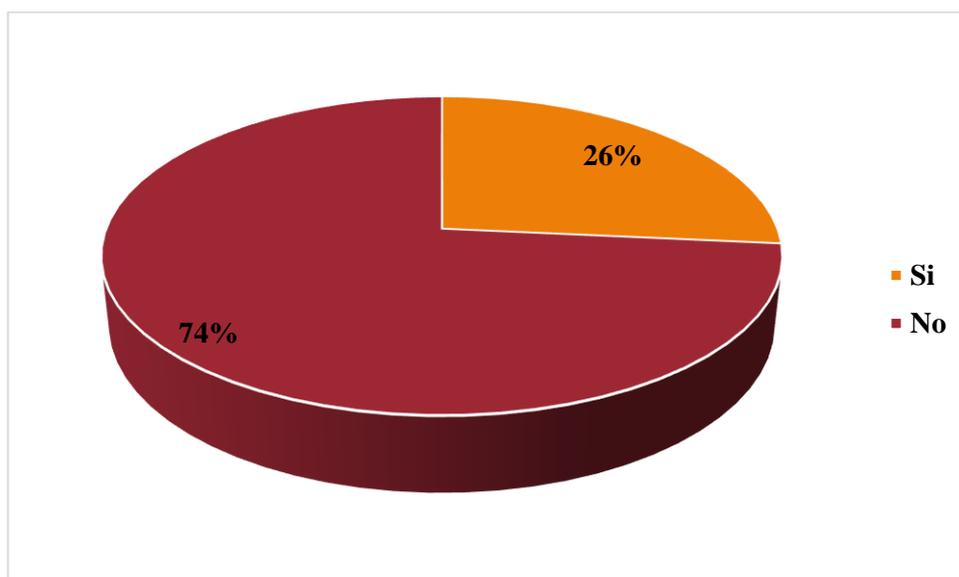


Figura: Tabla N° 03

GRÁFICO N° 27

**GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS ESCOLARES.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

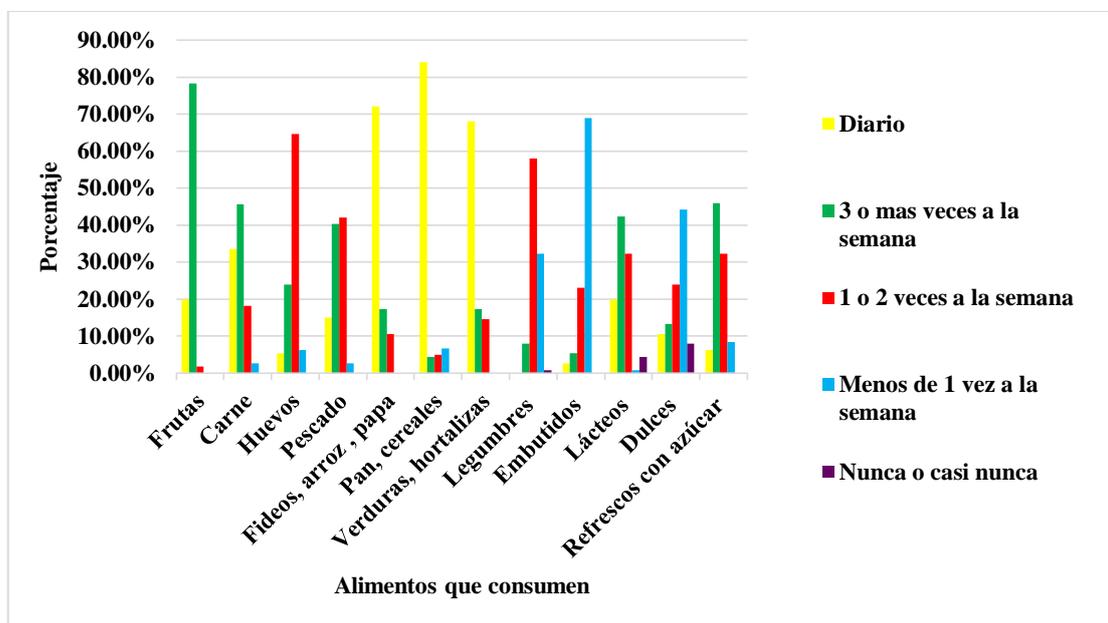


Figura: Tabla N° 03

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO N° 28

**GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN
LOS ÚLTIMOS 12 MESES LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N°
88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015**

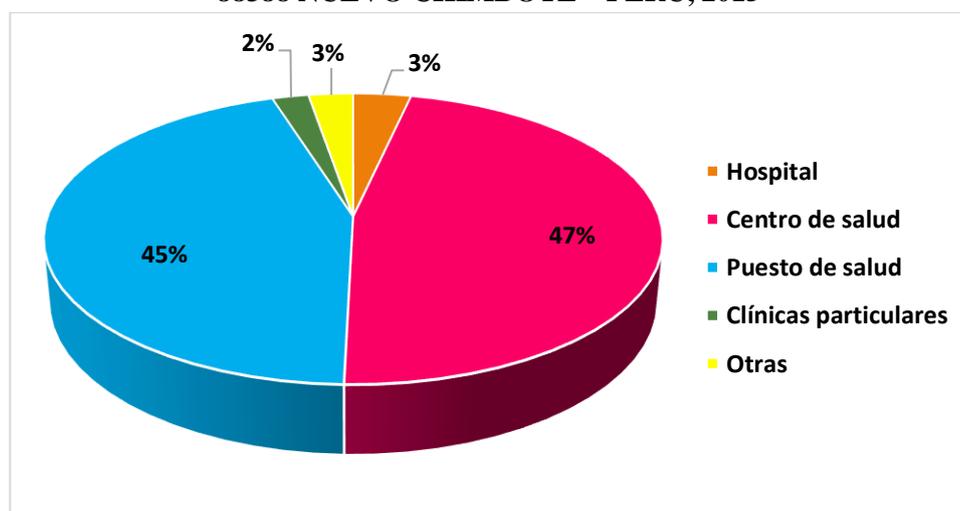


Figura: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 29

GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

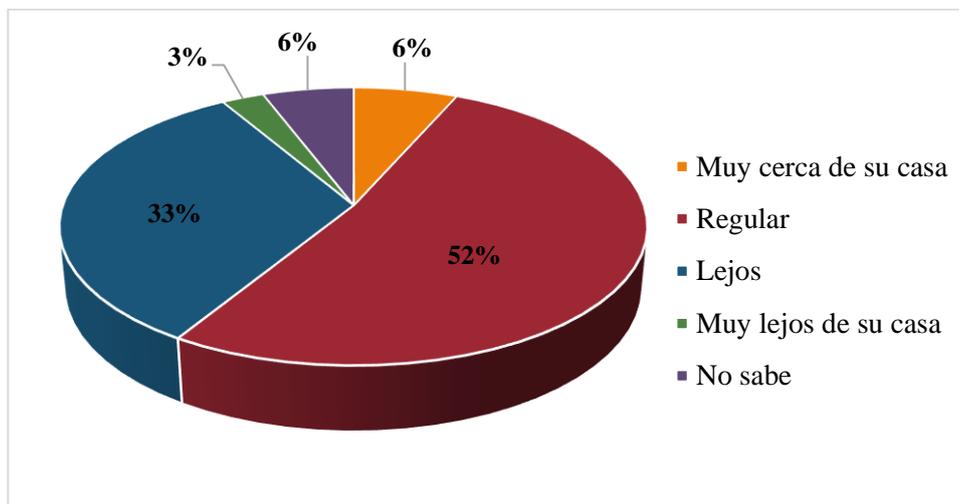


Figura: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 30

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

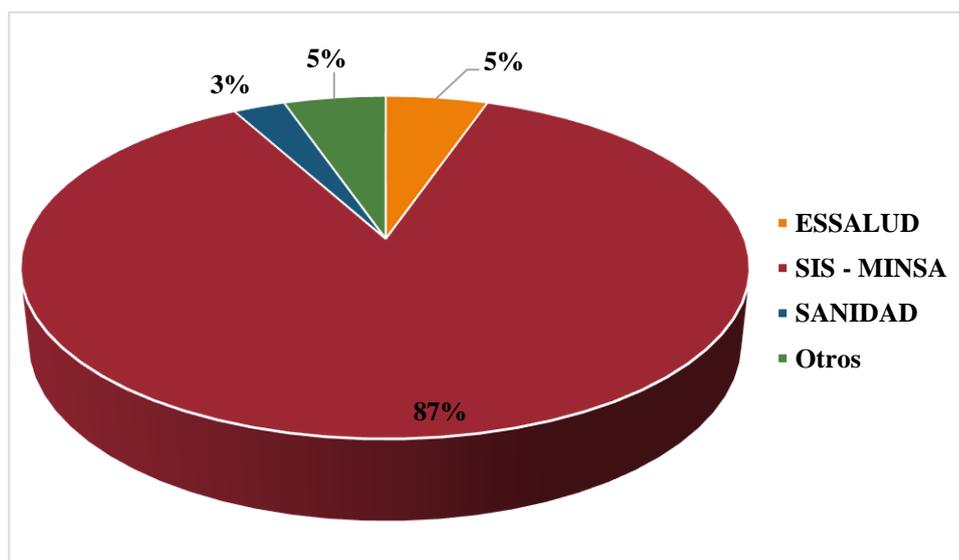


Figura: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 31

GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

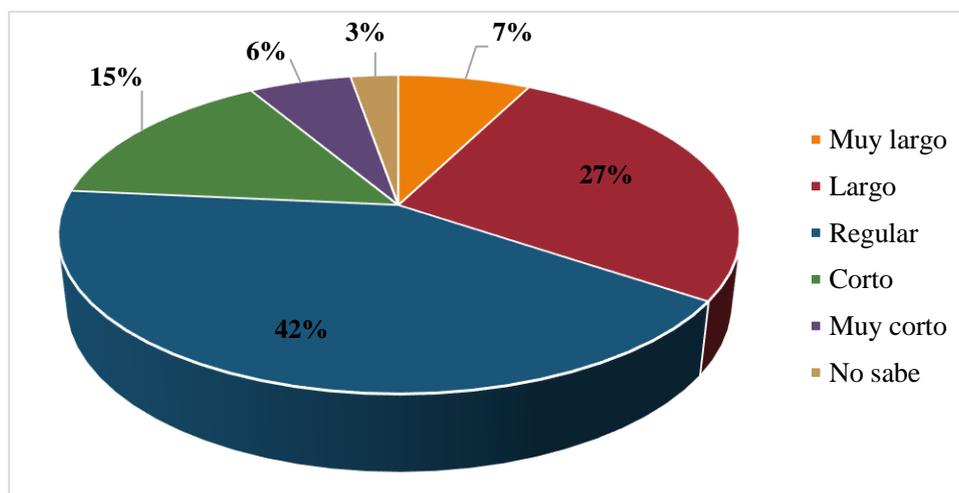


Figura: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 32

GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

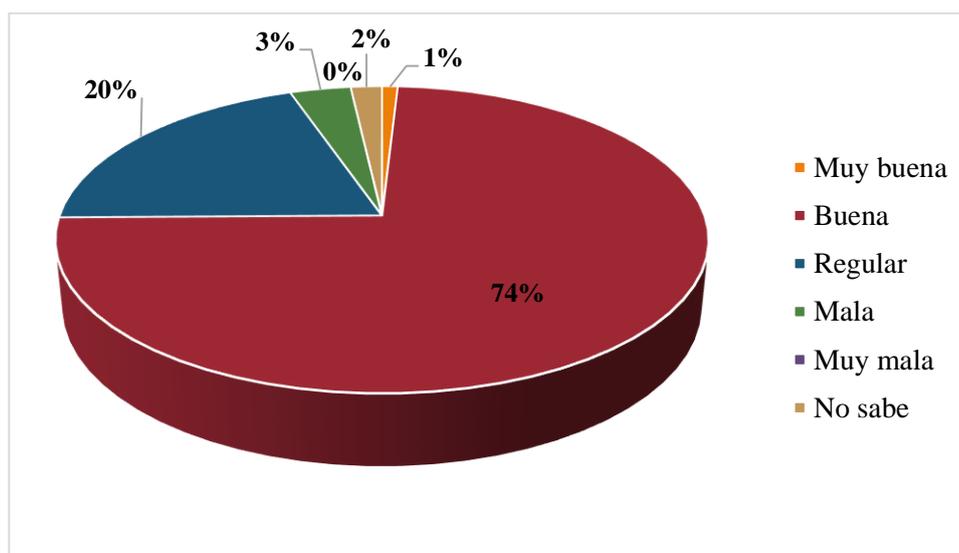


Figura: Tabla N° 04

GRÁFICO N° 33

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

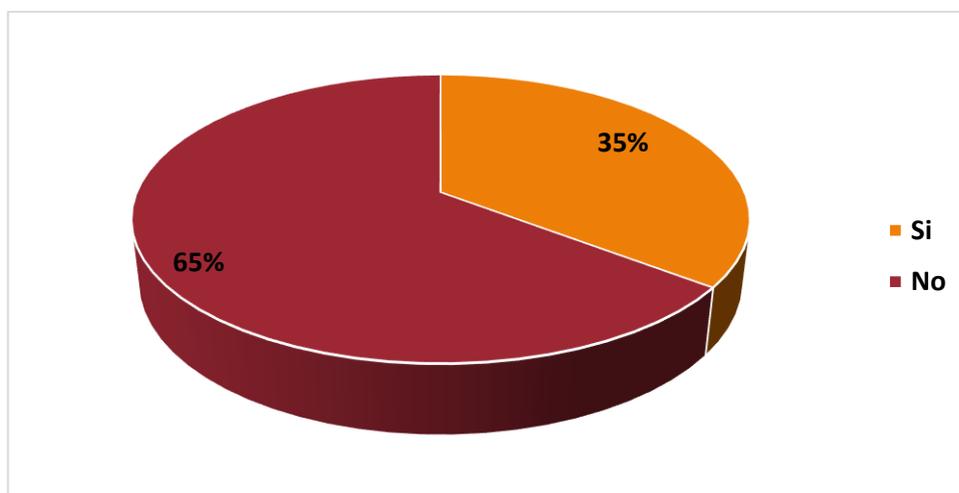


Figura: Tabla N° 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

GRÁFICO N° 34

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

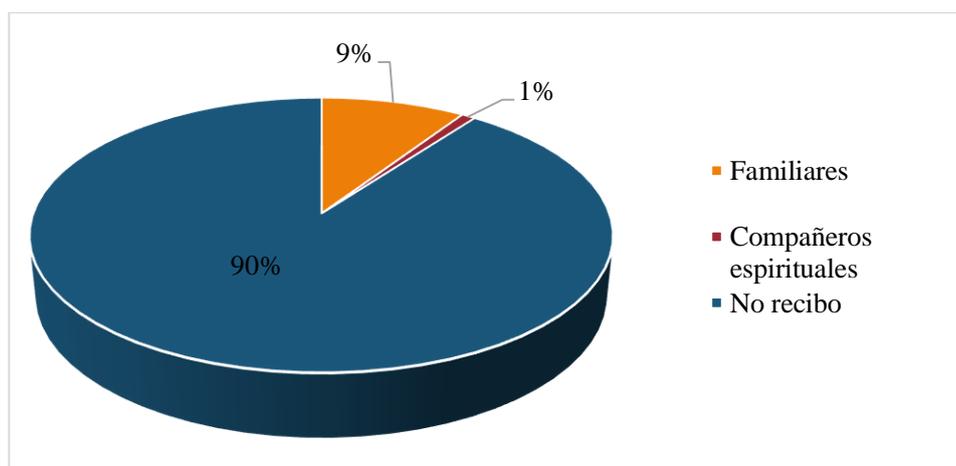


Figura: Tabla N° 05

GRÁFICO N° 35

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

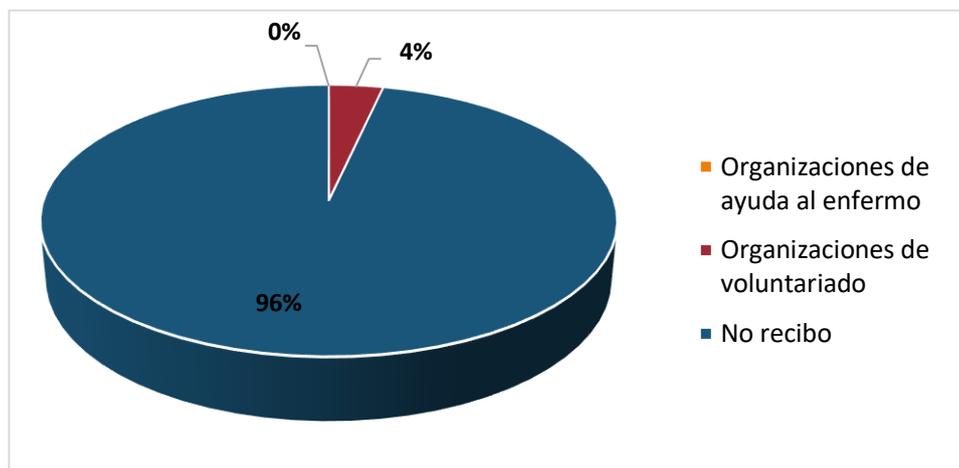


Figura: Tabla N° 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO N°36

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS ESCOLARES. INSTITUCION EDUCATIVA N° 88388 NUEVO CHIMBOTE – PERU, 2015

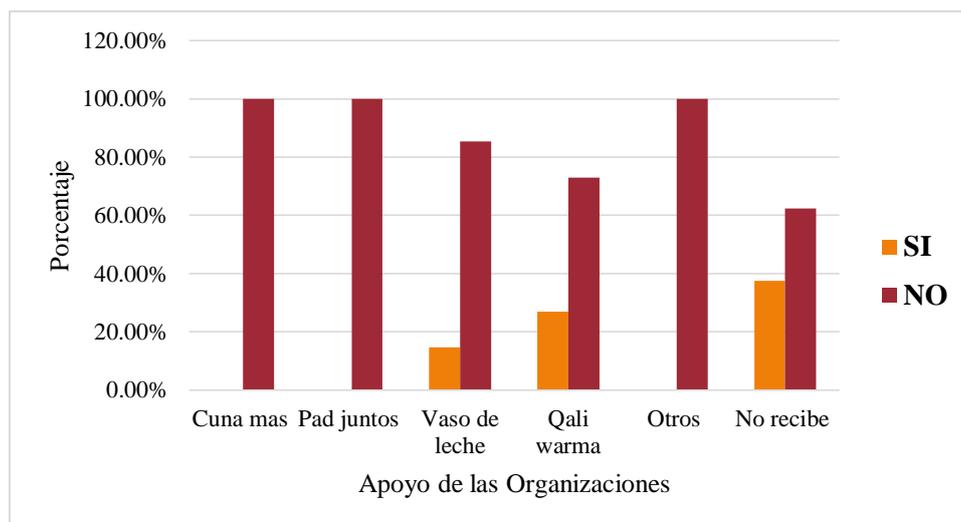


Figura: Tabla N°06