



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 3 a 5
AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 -
CHIMBOTE, 2015**

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

AUTORA

OLGA LIDIA CASTILLO LUCERO

ASESORA

Dra. Enf: MARIA ADRIANA VILCHES REYES

CHIMBOTE – PERU

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgrt. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTE

Mgrt. Leda María Guillen Salazar.

SECRETARIA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Agradezco por haberme guiado por el camino correcto, siempre te estaré agradecida por tu infinito amor.

A mis padres:

Porque estuvieron siempre a mi lado dándome su apoyo y su amor incondicional y poder así terminar mi carrera profesional como se los prometí.

Finalmente agradezco a mi tío Nicolás por sus consejos y apoyo incondicional que me ayudo a superar todo obstáculo y a mis profesores quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

DEDICATORIA

Mi tesis:

La dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa. Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento.

Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, a mis hermanos por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

Gracias por brindarme una carrera profesional, aquí está lo que ustedes me brindaron, solamente les estoy devolviendo lo que ustedes me dieron en un principio.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015. La muestra estuvo constituida por 92 niños, a quienes se aplicó a las madres un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y observación, los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Se presentaron los datos en tablas simples y de doble entrada y luego se elaboraron sus respectivos gráficos. Se logró llegar a las siguientes conclusiones. En los determinantes biosocioeconomico más de la mitad de los niños son de sexo masculino, la mayoría de sus madres cuentan con grado de instrucción secundaria completa/incompleta, el ingreso económico de 1001 a 1400 soles. La totalidad tiene el material del piso tierra, el techo de eternit, casi la totalidad el carro recolector pasa al menos 2 veces por semana. En los determinantes de los estilos de vida casi la totalidad de los niños duermen de 08 a 10 horas. En los determinantes de redes sociales la mayoría se atendieron en un puesto de salud, la mayoría tiene seguro SIS-MINSA, según el apoyo social natural y organizado la totalidad no recibe apoyo social natural y la mayoría no recibe apoyo social de las organizaciones.

Palabras clave: Determinantes, niños de 3 a 5 años, salud.

ABSTRACT

This research was quantitative, descriptive design with one box. General objective is to describe the determinants of health in children 3 to 5 years educational institution n ° 1692 - Chimbote, 2015. The sample consisted of 92 children, whom the mothers was applied an instrument: questionnaire on the determinants of health, using the technique of interview and observation data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 software, for their respective processing. The data were presented at simpes and double entry tables and then draw their respective graphics. He reached the following conclusions. Biosocioeconomico determinants in more than half of the children are male, most mothers have a degree of complete / incomplete secondary education, income from 1001 to 1400 suns. Has all the material ground floor, the ceiling is Eternit, almost all collector car passes at least 2 times a week. The determinants of lifestyles almost all sleep 08 to 10 hours. The determinants of social networks most were treated in a health center, most have insurance SIS-MINSA, according to the natural social support and organized the whole does not receive natural social support and most do not receive social support organizations.

Keywords: Determinants, children from 3 to 5 years, health.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	v
I.INTRODUCCION	1
II.REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	13
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	15
III.METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	23
3.2 Población y muestral.....	23
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	24
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5 Plan de análisis.....	38
3.6 Principios éticos.....	39
IV.RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	40
4.2 Análisis de resultados.....	49
V.CONCLUSIONES	
5.1Conclusiones.....	81
5.2 Recomendaciones.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	40
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015	
TABLA 2	41
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 3–5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015	
.	
TABLA 3	43
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015	
TABLA 4, 5, 6	46
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1.....117

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015

GRÁFICO 2.....119

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015

GRÁFICO 3.....125

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015

GRÁFICO 4, 5, 6.....131

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN NIÑOS DE 3– 5 AÑOS EN. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2

I. INTRODUCCIÓN

En la salud a nivel mundial se ha realizado grandes progresos en el aumento de la esperanza de vida y en reducir la mortalidad entre los lactantes y niños pequeños a través de mejoras en las condiciones de vida y actividades de lucha contra las principales causas infecciosas de muerte. En conjunto, las intervenciones como las descritas en este informe han contribuido a los cambios en las principales causas de mortalidad observada en el nuevo siglo, con las causas infecciosas crónicas, cada vez más frecuentes no sólo en los países ricos, sino también en países de ingresos bajos y medianos ingresos. Las enfermedades no transmisibles y las malas condiciones de salud, se estima que representarán aproximadamente el 75% de todas las muertes en el mundo para el año 2030 (1).

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

Sobre la salud actúan los determinantes y estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de salud que difieren, cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual o cuando se hace desde una perspectiva social; lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro no es

necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales y entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos por lo que en ocasiones lo que realmente adiciona o sustrae salud a los grupos sociales cuenta muy poco en la variación de un individuo a otro y escapa a su detección. Igualmente factores asociados a las mayores diferencias de salud entre dos sociedades pueden no variar al interior de cada una de ellas a aquellos elementos que afectan a cada miembro de una sociedad uniformemente son llamados constantes y son invisibles en estudios estadísticos de individuos en esa población porque la estadística usa instrumentos de análisis de diferencias o patrones de variación entre un gran número de casos (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).

En los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La

sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud son esencial (5).

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: determinantes económicos, sociales y políticos, como también los responsables en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros aquellos relacionados con los estilos de vida, los llamados factores ambientales, Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población, la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones (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).

La equidad en salud es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud. Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria. Esta énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a

necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad (7).

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. 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 (8).

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado (9).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente” (10).

La equidad en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población. Ejemplo de

ello han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020, junto a reportes ministeriales y académicos, adicionalmente la constitución de la república es explícita en que "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo". En el año 2005, se implementó una nueva reforma del sistema de salud chileno motivada por la necesidad de atender las inequidades sociales en el acceso y uso del sistema chileno de salud, así como para responder a los cambios epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas en el país. Como consecuencia se creó el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) cuyo objetivo es "garantizar la equidad en el acceso de la población a salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas". En conocimiento de la importancia que tiene la equidad en salud para el desarrollo sustentable y bienestar de cualquier país, es indispensable que cualquier política sanitaria sea consistente con estos principios (10).

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 (10).

Tanto la creación y trabajo de la comisión de Determinantes por parte de la Organización Mundial de la Salud, y sobre todo el informe de la misma publicado

en 2008 han conseguido tener repercusión en distintos ámbitos. A nivel mundial la OMS ha hecho llamar la atención de estados, la Unión Europea, estudios e investigadores de muchos países, profesionales sanitarios (los dos últimos días internacionales de la enfermera han tenido un lema relacionado con los determinantes sociales), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (10).

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

En nuestro país las inequidades en salud y en la utilización de servicios de salud en el Perú, se refieren a las condiciones materiales que caracterizan el entorno de los distintos grupos sociales y así, aspectos como la diferencia de ingreso o acceso a los servicios sanitarios, pueden explicar los resultados desiguales en la salud de los individuos. El segundo grupo de explicaciones, conciernen a las diferencias culturales y conductuales entre los distintos grupos sociales y finalmente, las explicaciones referidas al denominado "proceso de selección social", o sea, que las condiciones de salud del entorno en que nacen y se desenvuelven las personas, son

determinantes para la posición socioeconómica que alcanzarán a lo largo de su vida, lo cual, limitará o facilitará el uso de los servicios de salud y la práctica de conductas favorables a la buena salud (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

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

El Perú ha llegado a la segunda década del Siglo XXI con 30 millones de habitantes. Los peruanos y peruanas menores de 18 años conforman el 37% de la población. Los niños y niñas menores de 5 años representan el 12%. Durante los últimos años ha mejorado la situación de la niñez en el Perú donde los principales avances tienen que ver con la reducción de la mortalidad infantil, el incremento del control prenatal y el parto institucional, y con el aumento de la cobertura de la educación primaria. El Perú ha logrado mejoras significativas en la salud de la

primera infancia, las mismas que le han permitido cumplir antes de lo esperado la meta del milenio referida a la reducción de la mortalidad infantil. Sin embargo, en la agenda de pendientes todavía figuran mejorar el acceso de niños y niñas a la educación inicial, la carencia de documentos de identidad, la reducción de la violencia familiar y la desnutrición crónica que pone en peligro la vida y su desarrollo (13).

A esta realidad expuesta de la Institución Educativa N° 1692 Chimbote, en el año 1990 se solicitó a la UGEL para certificar un pronoi de niños y en el año 1990 se fundó la institución educativa inicial con 2 aulas, en el año1995 funciono como programa de pronoi, en el año1996 fue asignado con el número 1648 “A” que pertenecía a otra institución que se encuentra en fraternidad, por el motivo de que la UGEL del Santa no le permitió seguir trabajando. En el año 2001 se independizó ya asignándolas con el N° 1692 ya siendo independientes de su propia institución, en el año 2007 se construyeron 2 aulas más e iniciando el trámite en el 2009 de la reconstrucción total de la institución educativa ya culminando en el 2011 con 92 niños, 5 aulas, 2 baños, dirección y sub dirección con niños de 3, 4 y 5 años de edad. Se ubica en la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana, Distrito de Chimbote, Provincia de Santa. Este sector limita por el Norte con el A.H. Fraternidad, por el Sur P.J.25 de Mayo, por el Este con la A.V. Perú y por el Oeste Pista de Camino Real. (13).

Esta I.E N°1692 San Miguel, presenta luz eléctrica, agua potable por conexión permanente, cuenta con desagüé, el carro recolector de basura pasa al menos dos veces por semana, además cuentan con una loza deportiva. Su estado climático es cálido con un ambiente saludable por su aire no contaminado. El Puesto de Salud

Santa Ana les brinda atención de salud, la mayoría de los niños se encuentran afiliadas por el Seguro Integral de Salud (SIS). Otros aun no gozan de ningún tipo de seguro (13).

- **Enunciado del problema:**

¿Cuáles son los determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692 – Chimbote, 2015?

4.2 Objetivos de la Investigación:

4.2.1. Objetivo General

Describir los determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692 – Chimbote, 2015.

Para lograr conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes-

4.2.2. Objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692 – Chimbote, 2015.

Identificar los determinantes de estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (N° horas que duermen, frecuencia con que se bañan, reglas y expectativas en conducta) de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692 – Chimbote, 2015.

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, autopercepción del

estado de salud en apoyo social de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692 – Chimbote, 2015.

4.3. Justificación de la Investigación:

Esta Investigación es fundamental en el campo de la salud porque permite generar conocimiento para lograr comprender mejor los problemas que afectan la salud de los niños de la Institución Educativa N° 1692-Chimbote, 2015 y a partir de ello emplear estrategias y soluciones. En ese punto, la investigación que se ejecuto es una función que todo el sistema de salud requiere comprometerse puesto que ello contribuye con la prevención y control de todos los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales y fundamentales para lograr reducir las desigualdades y de esta forma mejorar la salud de los niños de la Institución Educativa N° 1692-Chimbote, 2015 permitiendo 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 ayudó 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 puesto de salud Santa Ana porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida de los niños de 3 a 5 años y disminuir 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.

La niñez es el nombre que se le da a la infancia del ser humano, que es el período de desarrollo comprendido entre el nacimiento y la pubertad. Los procesos cognitivos, biológicos y socio emocionales juegan un rol fundamental en la vida del niño, que se reflejarán en la vida adulta, la niñez abarca dos etapas; la primera infancia que comprende al recién nacido y al lactante, es decir al niño hasta los dos años. La segunda etapa es la segunda infancia, que incluye la etapa preescolar (3 a 5 años) y la etapa escolar, el niño aprende a expresar sus emociones y pensamientos con palabras y con imágenes, en la segunda infancia, las funciones cognoscitivas como razonamiento, memoria y percepción se desarrollan frente al estímulo del aprendizaje escolar.

El rol de la enfermera es muy sustancial para el niño y la familia por lo que se puede describir que para la enfermera su principal responsabilidad son los niños y la familia, es por ello que el personal de enfermería debe trabajar con la familia, identificando sus objetivos y necesidades y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos como defensora del niño, la enfermera debe hacer uso de sus conocimientos para adaptar los procedimientos empleados de manera que logre el máximo bienestar físico y emocional del niño. Cuando el personal de enfermería atiende a los niños y a las familias, debe demostrar cuidado y expresar compasión y simpatía por los demás. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, más que hacia el tratamiento de las enfermedades o incapacidades.

Con respecto a los cuidados se requiere por parte del personal de enfermería una preparación previa adecuada ya que debe transmitir la información de forma comprensible y satisfactoria para el niño y la familia. Como educadora eficaz, la enfermera debe ofrecer la información adecuada y fomentar el intercambio y el repaso de forma generosa para facilitar el aprendizaje, prevención de la enfermedad y promoción de la salud la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, más que hacia el tratamiento de las enfermedades o incapacidades. La enseñanza requiere por parte del personal de enfermería una preparación previa adecuada ya que debe transmitir la información de forma comprensible y satisfactoria para el niño y la familia, como una educadora eficaz.

II REVISIÓN DE LITERATURA:

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:

Cujiño ML, Muñoz L, (14). Realizaron un estudio titulado: "Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años"; Cuyo objetivo fue: determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud; y obtuvieron como resultados: en relación a IRA, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudiría a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas. Dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en IRA sólo en 55.7%. Concluyendo que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil (14).

Restrepo, B y Col. (15), en su estudio de investigación de “Estado Nutricional de niños y niñas Indígenas hasta 5 años de edad en el resguardo Embera – Kaito, Tierraalta, Cordova, Colombia” concluye que la prevalencia de desnutrición crónica moderada y grave fue del 63,6% de desnutrición aguda leve y moderada, del 8.8%, no se presentaron casos de desnutrición aguda grave (15).

A nivel Nacional:

Tazza, R y Bullón, L (16), en su estudio de Investigación “¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años”, Aunque persiste el problema de desnutrición en los niños peruanos, el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados, con proyecciones que van en rápido incremento (16).

A nivel local:

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

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

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



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo

hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (20).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por

ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (20).



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

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

comunidad. 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 (21).

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios

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

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud

es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (21).

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

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de

socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud (21).

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 (21).

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 (21).

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (21).

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 (21).

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 (21).

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

La niñez propiamente es uno de los períodos de desarrollo humano mejor estudiado y, por tanto, existe ya un consenso en que el diferente ritmo crecimiento observable en pocos años dentro de la población que la conforma, requiere diferentes satisfactores a sus necesidades en relación inversa a su edad, por lo que se puede señalar dos grupos claramente perfilados: La Primera Infancia (0-5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbi-morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto "Control de Desarrollo y Crecimiento". El grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos como de menor riesgo. La Segunda Infancia (6 a 11), se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. En este período los niños tienen un riesgo menor que en la primera infancia, que disminuye igualmente en razón inversa a la edad, por lo que el Control de Desarrollo y Crecimiento se realiza anualmente (22).

La tasa de mortalidad infantil han disminuido significativamente durante la década del 90, pero los peligros ambientales siguen causando la muerte de por lo menos 3 millones de niños menores de 5 años anualmente. Este grupo etario

constituye menos del 10% de la población mundial, pero representa más del 40% de la población que padece problemas de salud relacionados con el medio ambiente, debido a su tamaño, fisiología y conducta, los niños son más vulnerables a los peligros ambientales. En proporción a su peso corporal, están más expuestos a toxinas y tienen más años de vida por delante durante los cuales pueden padecer los efectos a largo plazo de la exposición precoz. Las enfermedades respiratorias agudas, entre las que destacan las infecciones de las vías respiratorias como resfriados y el dolor de garganta, o enfermedades pulmonares como la neumonía. De las principales causas de mortalidad infantil en países en desarrollo, y en 2001 causaron la muerte de 2,2 millones de niños menores de 5 años (23).

El profesional de enfermería es responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades. Y El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de 21 complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña (24).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

Tipo: Cuantitativo, descriptivo (25,26).

Diseño: Descriptivo de una sola casilla (27,28).

3.2. Población y muestra

Universo Maestral: Estuvo conformado por 92 niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692.

Unidad de análisis

Los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Las madres de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que viven más de 3 años en la zona.
- Las madres de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que aceptaron participar en el estudio.
- Las madres de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que tuvieron la disposición de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Las madres de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que tuvieron algún trastorno mental.
- Las madres de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N° 1692, que tuvieron problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (29).

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas y genética que se divide a los seres humanos en hombres y mujeres (30).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados de una persona en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (31).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior universitaria

- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es la cantidad de Dinero que una familia puede ganar y gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (32).

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

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos, Y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (33).

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 (34).

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
- Entabla
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Láminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

- Acequia

- Cisterna
- Pozo
- Red pública
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia , can
- 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 específico 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 (35).

Definición operacional

Escala nominal

- **Acude al establecimientos de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente))**
 - Si
 - No

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

Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse (36).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

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. (37).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- 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) (38).

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 ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (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 (Acude al establecimientos de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente), número de horas que duermen, frecuencia en que se bañan, reglas y expectativas claras y consiste acerca de su conducta y /o disciplina, en los 2 últimas semanas el niño(a) presento diarrea, últimos 6 meses su niño (a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar, en los 2 últimos semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratorio

aguda en el niño, El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad, Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud (39).

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692 en el Perú desarrollada 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 los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó

para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692. (ANEXO 2)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (40). (ANEXO 3).

3.5. Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de 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 a las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación fueron estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada madre de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692 participante.
- Se realizó la 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.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

En toda la investigación que se llevó 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.

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692 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 mantendrá en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad, hacia las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692, los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las madres de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692, 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 NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015.

Sexo	n	%
Masculino	53	58,0
Femenino	39	42,0
Total	92	100,0

Grado de instrucción de la madre	n	%
Sin nivel e instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	0	0,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	85	92,4
Superior completa e incompleta	7	7,6
Superior no universitaria completa e incompleta	0	0,0
Total	92	100,0

Ingreso económico (soles)	n	%
Menor de 750	7	8,0
De 751 a 1000	33	36,0
De 1001 a 1400	52	56,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	92	100,0

Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	48	52,0
Eventual	44	48,0
Sin ocupación	0	0,0
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	92	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. 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 NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 – CHIMBOTE, 2015.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	81	88,0
Vivienda multifamiliar	11	12,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación Humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	92	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	92	100,0
Total	92	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	68	74,1
Entablado	2	2,1
Loseta, vinílicos o sin vinílico	12	13,0
Láminas asfálticas	5	5,4
Parquet	5	5,4
Total	92	100,0
Material del techo	n	%
Madera, estera	15	16,3
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	17	18,4
Eternit	60	65,2
Total	92	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	17	18,5
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	1	1,0
Material noble ladrillo y cemento	74	80,4
Total	92	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	24	26,0
Independiente	68	74,0
Total	92	100,0
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	92	100,0
Total	92	100,0

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°
1692 – CHIMBOTE, 2015.**

Conclusión....

Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	92	100,0
Otros	0	0,0
Total	92	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	92	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	92	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	1	1,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	90	98,0
Vela	1	1,0
Total	92	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	1	1,0
Al río	0	0,0
En un pozo	1	1,0
Se entierra, quema, carro recolector	90	98,0
Total	92	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	1	1,0
Todas las semana pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	90	98,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	1	1,0
Total	92	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	89	97,0
Montículo o campo limpio	2	2,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	1	1,0
Otros	0	0,0
Total	92	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. 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 NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015**

Acude al establecimientos de salud, para la ais (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)	n	%
Si	92	100,0
No	0	0,0
Total	92	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	4	4,3
[08 a 10)	83	90,2
[10 a 12)	5	5,4
Total	92	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	34	37,0
4 veces a la semana	58	63,0
No se baña	0	0,0
Total	92	100,0
Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina	n	%
Si	92	100,0
No	0	0,0
Total	92	100,0
En las dos últimas semanas el niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue	n	%
La misma cantidad	1	1,0
Menos cantidad	0	0,0
Más cantidad	0	0,0
Aun no le da otro tipo de alimentos	1	1,0
No presento diarreas	90	98,0
Total	92	100,0
Los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar	n	%
Caída	8	9,0
Golpes	9	10,0
Electrocutado	0	0,0
Quemaduras	0	0,0
Otros	0	0,0
No presento ninguno	75	81,0
Total	92	100,0

Continuar...

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS
DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 -
CHIMBOTE, 2015**

Las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño.	n	%
Respiración rápida	0	0,0
No puede respirar	0	0,0
No come, ni bebe	1	1,0
Se pone frio	0	0,0
Más de 3 días con calentura	0	0,0
Le sale pus en el oído	0	0,0
Le aparecen puntos blancos en la garganta	0	0,0
No presento	91	99,0
Total	92	100,0

El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad	n	%
Si	91	99,0
No	1	1,0
Total	92	100,0

Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad	n	%
Si	86	93,0
No	6	7,0
Total	92	100,0

Continua.....

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015**

Conclusión.....

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	81	88,0	11	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	92	100,0
Carne	12	13,0	70	76,0	9	10,0	0	0,0	1	1,0	92	100,0
Huevos	17	18,0	44	48,0	29	32,0	2	2,0	0	0,0	92	100,0
Pescado	9	10,0	18	20,0	48	52,0	16	17,0	1	1,0	92	100,0
Fideos, arroz , papa	74	80,4	17	18,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	92	100,0
Pan, cereales	84	91,3	7	7,6	0	0,0	0	0,0	1	1,0	92	100,0
Verduras, hortalizas	18	20,0	59	64,0	14	15,0	0	0,0	1	1,0	92	100,0
Legumbres	6	6,5	37	40,0	43	47,0	5	5,4	1	1,0	92	100,0
Embutidos	0	0,0	7	7,6	21	22,8	52	56,5	12	13,0	92	100,0
Lácteos	26	28,3	44	47,8	20	21,7	2	2,2	0	0,0	92	100,0
Dulces	1	1,0	6	6,5	63	68,5	22	24,0	0	0,0	92	100,0
Refrescos con azúcar	6	6,5	8	8,7	45	48,9	31	33,7	2	2,1	92	100,0
Frituras	0	0,0	26	28,3	51	55,4	14	15,2	1	1,0	92	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015**

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	3	3,3
Centro de salud	3	3,3
Puesto de salud	82	89,0
Clínicas particulares	2	2,2
Otras	2	2,2
Total	92	100,0

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	5	5,4
Regular	79	86,0
Lejos	8	8,6
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	92	100,0

Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	10	11,0
SIS – MINSA	81	88,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	1	1,0
Total	92	100,0

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	0	0,0
Largo	10	11,0
Regular	66	72,0
Corto	16	17,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	92	100,0

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS.
INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015**

Conclusión.....

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	1	1,0
Buena	79	86,0
Regular	12	13,0
Total	92	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de su Casa:	n	%
Si	12	13,0
No	80	87,0
Total	92	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. 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	0	0
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	0	0
No recibo	92	0
Total	92	0

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Instituciones de acogida	0	0
Organizaciones de voluntariado	0	0
No recibo	92	0
Total	92	0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA 6.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015.

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	n	%	n	%
Cuna mas	0	0,0	0	0,0
PVL(Vaso de leche)	27	29,0	0	0,0
Pad juntos	0	0,0	0	0,0
Qali warma	0	0,0	0	0,0
No recibo	65	71,0	0	0,0
Otros	0	0,0	0	0,0
Total	92	100,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en niños de 3 a 5 años. Institución educativa n° 1692 - Chimbote, 2015, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación

4.1. Análisis de los resultados:

Tabla 01: Del 100% (92) de los niños de la institución educativa N°1692, el 58% (53) son de sexo masculino, el 92,4% (85) tienen secundaria completa e incompleta, el 56% (52) ingreso económico es de 1001 a 1400, el 52% (48) tienen trabajo estable.

Dammert A, (41). Se encontró que hay una relación inversa entre el nivel educativo de la madre y el niño y la TMI. Mostró que aquellos niños de madres sin educación formal o con apenas educación primaria tienen una duración de vida menor comparados con aquellos que tienen madres con educación secundaria o superior. Numéricamente, la tasa de mortalidad infantil (TMI) en los productos de madres sin educación fue aproximadamente 64 muertes por cada mil nacidos vivos, y de 25 muertes por cada mil nacidos vivos si la madre tiene educación superior. Estos resultados reflejan el impacto positivo de la educación de las madres sobre la mortalidad infantil, entre cuyos mecanismos puede mencionarse varias cuyo peso específico debería determinarse a vistas del trabajo de promoción de la salud, como la percepción respecto al cuidado de los hijos y sobre todo de sus necesidades de salud, el acceso y utilización efectiva de servicios de salud y, una mayor participación en el mercado de trabajo, o al menos en niveles remunerados o mejor remunerados.

Elo I, (42). Según estudios efectuados en Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra relacionado al bajo nivel educativo, entre otros factores por ejemplo, el caso de la educación, la salud materna y perinatal, y a las condiciones

de su atención por los servicios. El porcentaje más alto de atención del parto en servicios de salud (93%) se registra cuando la madre tiene educación superior, seguido por las madres que cuentan con educación secundaria (76%). Los porcentajes bajan considerablemente cuando la madre tiene hasta educación primaria (31%) y a 14,5% si no tiene instrucción formal. Asimismo, a mayor nivel educativo de la madre es mayor el acceso a la atención de parto por personal calificado: mujeres con grado de instrucción superior que han sido atendidas por un médico 68,4% y por una obstetriz 26,8%; mujeres con grado de instrucción secundaria atendidas por un médico: 48,8% y por una obstetriz: 28,3%.

Costa y M, (43). En esta investigación interesa la pobreza y la desigualdad de género que se extiende más allá de la pobreza, y la pobreza no es exclusiva de las mujeres. Sin embargo, las mujeres pobres pueden acumular desventajas importantes por el hecho de conjugar ambas condiciones sociales. De hecho, se ha demostrado que las mujeres pobres tienen mayores problemas de salud que las mujeres no pobres.

El sexo masculino se define por los gametos que produce: los del sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femeninos producen gametos femeninos (óvulos), los organismos individuales que producen tanto gametos masculinos como gametos femeninos se denominan hermafroditas. La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos para formar hijos que heredan el material genético, y por tanto los rasgos y naturaleza de ambos padres. En

la especie humana hay varios casos que son similares al hermafroditismo, pero el término más correcto para referirse a una persona con estas condiciones es intersexual. Con frecuencia, las diferencias físicas se asocian con el sexo del organismo; este dimorfismo sexual puede reflejar las presiones reproductivas diferentes de cada sexo (44).

El grado de instrucción es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal). El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos y verificado en la Argentina en el estudio mencionado precedentemente (45).

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. Es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios

que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (46).

El trabajo es una actividad que realiza toda la persona y que por lo tanto implica a toda la persona, en la cual deja una marca indeleble, desde un punto de vista objetivo como subjetivo: objetivamente considerada, esta actividad tiene un doble carácter: productivo y transitivo, que incluye tanto los resultados materiales como los de índole cultural, es decir, todo aquello que crea fuera del interior de la persona; su dimensión subjetiva implica que el hombre, al trabajar, no sólo modifica la sociedad y el entorno, sino que también se modifica y realiza a sí mismo, desarrollando su personalidad (47).

La precariedad laboral tiene especial incidencia cuando los ingresos económicos que se perciben por el trabajo no cubren las necesidades básicas de una persona, ya que es la economía el factor con el que se cuenta para cubrir las necesidades de la población. En las sociedades desarrolladas las necesidades a satisfacer con los ingresos salariales no implican sólo aquellas que están relacionadas con la mera supervivencia biológica (alimentos, cobijo, vestido, etc.) sino que incluyen un numeroso grupo de demandas relacionadas con el hecho de nuestra naturaleza social: afectos, ocio, cuidados, cultura, educación, comunicación, etc (47).

Casi la totalidad de las madres tienen grado de instrucción secundaria incompleta y más de la mitad son de sexo masculino y tiene un ingreso económico de 1001 a 1400 soles y tienen un trabajo estable.

El ingreso de 1001 a 1400 soles es la suma de dinero que recibe de forma periódica un trabajador de su empleador por un tiempo de trabajo determinado o por la realización de una tarea específica o fabricación de un producto determinado. El pago puede ser mensual, semanal o diario, y en este último caso recibe el nombre de jornal (48).

El trabajo estable Es importante aclarar que empleo es distinto de ocupación laboral y de puesto de trabajo. Empleo está referido a relaciones estables de trabajo asalariado: es formal y garantizado por los principios de la seguridad social, como indemnización en caso de accidente de trabajo, descanso semanal y vacaciones anuales pagadas, entre otros. Empleo es un tipo específico de trabajo: el trabajo asalariado formal, con un pago que considere todas las garantías y cumplimiento de leyes laborales hacia el trabajador (49).

Al observar los resultados encontrados cuando se llevó la aplicación del instrumento se evidencia que más de la mitad son de sexo masculino, como también el grado de instrucción de las madres de los niños referían que ellas han estudiado solamente hasta nivel secundario porque sus padres ya no le brindaban la oportunidad de seguir estudiando, por el motivo que se embarazaron a temprana edad de su pareja y ahora tiene de 2 a 3 hijos que están en los jardines, pero después querían seguir estudiando pero su condición económica ya no le permitía seguir estudiando y ellas tiene un ingreso económico de 1000 a 1400

porque sus esposos tienen trabajo estable, de lo cual ellos trabajan en el municipio, en el consejo o en hospitales como barredores.

De lo anterior puedo establecer que el sexo, grado de instrucción y el ingreso económico pueden contribuir como un riesgo en la salud del niño, ya que el bajo nivel de escolaridad de la madre y posiblemente también del padre generara que no haya las suficientes oportunidades de obtener un trabajo con un salario que cubra las necesidades básicas del niño y que también puede llegar hacer perjudicial para su salud sin contar que muchas de estas familias tengan más hijos.

Tabla 02: El 88% (81) vivienda unifamiliar, el 100% (92) tiene casa propia, el 68% (74.1) tiene piso de tierra, el 65.2% (60) el material del techo es de eternit, el 80,4% (74) tienen su pared de cemento y ladrillo 74% (68) las habitaciones son independientes, el 100% (92) cuentan con agua de conexión domiciliaria, 100% (92) cuentan con baño propio, el 100% (92) disposición de cocina a gas, 98% (90) cuentan con energía eléctrica permanente, el 98% (90) disposición de la basura se entierra o el carro recolector, 98% (90) el carro recolector pasa 2 veces por semana y el 97% (89) elimina la basura al carro recolector.

Según A, Gilbert, (2003). A pesar de la gran proporción de arrendatarios en las ciudades tanto de países desarrollados como en desarrollo, los gobiernos no han hecho esfuerzos reales para apoyar el arrendamiento como forma de acceso a la vivienda. Las agencias internacionales lo han reconocido más, pero sigue

predominando una estigmatización de los no propietarios, que favorece la implementación de políticas exclusivamente de acceso a la propiedad de la vivienda. Sin embargo, numerosos estudios —desde hace casi treinta años— han encontrado en el arriendo una opción viable para la provisión de vivienda a los más pobres. Los objetivos de seguridad de la tenencia (de UN Hábitat, por ejemplo) deben aplicarse también a arrendatarios y arrendadores (50).

R, Ramírez. (2002). Sostiene que el paso a una visión multidimensional de la pobreza ha marcado también la aparición de políticas “no convencionales” de vivienda. El autor traslada los atributos de las definiciones más amplias de pobreza en criterios de evaluación de las políticas de vivienda, bajo el supuesto de que si hay correspondencia entre las unas y las otras, las políticas de vivienda estarán orientadas adecuadamente hacia la reducción de la pobreza como fenómeno multidimensional y complejo. Los criterios son: multidimensionalidad y multisectorialidad; heterogeneidad, sensibilidad con los grupos vulnerables y las condiciones de género; participación, asociación y devolución; descentralización e integración municipal, e integración en el ámbito de la ciudad (51).

Así mismo se encontró estudio que difiere como el de Laucata E, (53). En su investigación titulada: “Análisis de la Vulnerabilidad Sísmica de las Viviendas Informales en la ciudad de Trujillo” que fue realizada en Junio de 2013. Que concluyó que los materiales utilizados en la construcción de las viviendas encuestadas son de regular a deficiente calidad. Existe un inadecuado control de calidad sobre los materiales. Las unidades de albañilería artesanales utilizadas en

todas las viviendas, poseen una baja resistencia, una alta variabilidad dimensional y una gran absorción de agua. Esto es debido a la falta de uniformidad de la cocción de las unidades de albañilería de origen artesanal. El material ampliamente usado es el ladrillo artesanal macizo en las viviendas. En la evaluación conjunta de mano de obra y materiales de las viviendas encuestadas, nos da un 53% con una regular calidad y 47% con mala calidad. Esto refleja la incidencia de los materiales artesanales y de menor calidad (53).

Moreno. C, (54). En su investigación titulada “la habitabilidad en la vivienda” es entendida como una meta de bienestar involucra, además de la vivienda, el ambiente sociocultural y el entorno, también apuntan en esa dirección, y refuerzan los vínculos con el desarrollo sustentable y la calidad de vida. La habitabilidad, por ende, al trascender el espacio habitable exige indagar cómo viven los sujetos, sus condiciones de existencia y sus expectativas para transformar estas condiciones, evaluar el grado de satisfacción de sus necesidades, entre otros aspectos. Pudiera decirse que es una dimensión compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas objetivas de medición, a través de una serie de indicadores, pero donde tienen una notable importancia las vivencias y las percepciones de las personas sobre el espacio habitacional.

Golub y Sánchez, (55). En relación con el asbesto, si bien no son muy numerosos los casos este tema es una clara evidencia de la problemática de la salud ambiental en el país; el asbesto es 325 un agente cancerígeno plenamente comprobado, por lo que organismos multinacionales han insistido en su

prohibición total. Sin embargo, Colombia al tener una mina activa y presencia en talleres automotrices muestra la necesidad de reforzar los mecanismos legales para su control. La no prohibición pone al país en el mismo nivel que países con legislaciones ambientales mucho menos robustas. Con relación a las otras enfermedades, dado su carácter multicausal, no fue posible en esta aproximación tener una estimación de su fracción atribuible al ambiente. Para este informe se asumió que tenían relación, o estaban participando en la red causal, con fundamento mayoritario en conocimiento científico internacional.

Las casas de ladrillo normalmente tienen cimientos de concreto, la combinación de ambos materiales aumenta la eficiencia general de masa térmica, lo cual significa que el aire interno no se va fácilmente. Entonces, el aire tibio permanece en el invierno y el fresco en el verano. Esto puede reducir tus gastos domésticos de calefacción y aire acondicionado. El ladrillo es estructuralmente más sólido. Puedes desprender un panel de madera con tus propias manos, pero el ladrillo es colocado en la mezcla, la cual los une sólidamente, por lo que durante un viento, nieve o tormenta de lluvia, el ladrillo mantiene mejor su integridad estructural. El revestimiento exterior de madera corre más riesgos de desprenderse (56).

Vivienda unifamiliar es una construcción destinada a una sola familia. De este modo, las viviendas unifamiliares se diferencian de las viviendas colectivas, donde suele desarrollarse la propiedad horizontal; Actualmente, las grandes ciudades presentan pocas viviendas unifamiliares. Por sus características, estas casas derivan en una escasa densidad poblacional, ya que en una

construcción vive una única familia. De este modo, la cantidad de habitantes por superficie es reducida (57).

La función de la vivienda es proporcionar un espacio seguro y confortable para resguardarse. El clima condiciona en gran medida tanto la forma de la vivienda como los materiales con que se construye, incluso las funciones que se desarrollan en su interior. Los climas más severos exigen un mayor aislamiento del ambiente exterior mientras que, por otra parte, se tiende a realizar el mayor número posible de actividades en el entorno controlado y confortable de la vivienda; por el contrario, en climas más benignos las exigencias de climatización son mucho más reducidas y, además, gran parte de las actividades cotidianas se realizan fuera de la vivienda (58).

La tenencia es el hecho de tener en su poder un bien en virtud de un título que atribuye a otro la propiedad de dicho bien. Se contraponen “tenencia” y “posesión”. Entonces su uso más general y amplio permite dar cuenta de la propiedad que se tiene sobre algo, es decir, la tenencia de un objeto o de un bien x lo que permite es su manipulación y por supuesto su control. La 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 (59).

La vivienda es un espacio distinguible mediante una estructura. El nombre fue dado por Ernesto V, amigo de Miguel Enrique IX, quien no supo cómo referirse a las distintas secciones del lugar dónde vivía. Ernesto V, al entender a qué se refería, decidió que no había un nombre más apropiado que "habitación",

ya que era el lugar donde habitaba el hombre, creado por el hombre. Usualmente está separada de otros espacios interiores mediante pasillos y paredes interiores; y del exterior, mediante paredes exteriores. Normalmente se accede mediante una puerta (60).

La totalidad tienen tenencia propia y el abastecimiento de agua son de conexión domiciliaria y eliminación de excretas tienen baño propio, combustible para cocinar es a gas, electricidad y casi la totalidad tienen energía eléctrica permanente, la disposición de basura se entierra, carro recolector o se quema, la frecuencia de que pasa el carro recolector es cada 2 veces a la semana y suele eliminar la basura en el carro recolector, la mayoría son de vivienda unifamiliares y el material del piso es tierra y del piso es tierra y el material del techo es sernit de las paredes es noble y el número de personas que duermen son de 2 a 3 miembros.

La vivienda propia, es importante conocer los derechos que tenemos cada persona y esta una de las razones por las que nace mi interés para mencionar los derechos que según organismos internacionales como la ONU nos corresponde en términos de derecho a la vivienda; "Cada mujer, hombre y niño tiene derecho a un lugar seguro para vivir en paz y con dignidad, derecho que incluye el de no ser desalojados en forma ilegal, arbitraria o discriminatoria de su vivienda, tierra o comunidad". Esto nos demuestra claramente cuál es la situación de las familias y lo difícil que resulta tener una vivienda propia y adecuada y Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos nos menciona que "Toda persona tiene derecho a un patrón de vida capaz de asegurar para sí y

su familia bienestar y salud, inclusive alimento, habitación, cuidados médicos y servicios sociales indispensables" (61).

Cuando se ha visitado a los niños en sus viviendas se ha observado que viven mamá y papá e hijos, la cual la vivienda es propia, las madres refieren que compraron el terreno, se observa el material del piso tierra de la cual los niños juegan y puede ser perjudicial para su salud y adquirir enfermedades dérmicas y parasitaria afectando desfavorablemente en su desarrollo físico, su techo de esternit, se evidencio partes rotas a punto de colapsar y se predisponen a enfermedades respiratorias por los asbestos que contienen el sternit y las paredes son de material noble que sirve de soporte y están sin pintar, dando a determinar que este ambiente no es favorable para el niño ya que ellos serían afectados en su desarrollo físico, emocional y como también tener la prohibición de no poder jugar libremente en casa por el riesgo de sufrir accidentes doméstico. El niño tiene su habitación independiente donde no duerme mamá y papá.

Actualmente, la salud ambiental incluye el análisis de riesgos a la salud pre y postransicionales relacionados con modificaciones en el entorno. Los temas en la agenda de salud ambiental han variado durante estos años, así como la incorporación de diferentes enfoques para su abordaje. Se cuentan entre los temas de la etapa pretransicional relacionados con factores ambientales a las enfermedades diarreicas (y en general aquellas transmitidas por el agua), las enfermedades trasmitidas por vectores y la exposición al humo de leña. Ubicados dentro de los problemas transicionales se encuentra la exposición a

contaminantes atmosféricos en las ciudades y la exposición a químicos (plaguicidas y otros compuestos orgánicos persistentes) y metales. Recientemente se han incorporado a este listado los riesgos derivados del cambio climático y la crisis ambiental global. Esta problemática se ha vuelto más compleja por diversas circunstancias (62).

La región sur del país registra la mayor carga de enfermedad y mortalidad comparando con las demás regiones. La salud en la infancia es esencial para el desarrollo sustentable. Se estima que aproximadamente cuatro millones de niños, principalmente en países en desarrollo, mueren anualmente por causas asociadas a factores ambientales tanto pretransicionales (falta de condiciones sanitarias, contaminación del aire intramuros, etc.) como emergentes (compuestos químicos persistentes, plastificantes, etcétera). En Latinoamérica la mortalidad infantil ha disminuido drásticamente, no obstante prevalecen grandes contrastes entre los países de esa región. En el periodo de 1990 a 2006, en México la mortalidad infantil en menores de cinco años, tuvo una reducción del 34% (35 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el año 2006), mientras que en Brasil fue del 65%, alcanzando una tasa de mortalidad infantil de 20 por cada 1000 nacidos vivos en el año 2006 (62).

El gas natural constituye una importante fuente de energía fósil liberada por su combustión. Es una mezcla de hidrocarburos gaseosos ligeros que se extrae, bien sea de yacimientos independientes (gas libre), o junto a yacimientos petrolíferos o de carbón (gas asociado a otros hidrocarburos gases y líquidos

peligrosos). De similar composición, el biogás se genera por digestión anaeróbica de desechos orgánicos, destacando los siguientes procesos: depuradoras de aguas residuales (estación depuradora de aguas residuales), vertederos, plantas de procesamiento de residuos y desechos de animales (SANDACH [Subproductos de origen Animal No Destinados A Consumo Humano Como fuentes adicionales de este recurso natural, se están investigando los yacimientos de hidratos de metano, que podrían suponer una reserva energética superior a las actuales de gas natural (63).

La basura es todo material considerado como desecho y que se necesita eliminar. La basura es el resultado de la actividad humana doméstica, comercial o industrial, la cual se la considera de valor igual a cero por el desechado. No necesariamente debe ser odorífica, repugnante; eso depende del origen y composición de esta. Son los desperdicios provocados por las actividades humanas, producida por el manejo inadecuado de los desechos o residuos sólidos que genera alteraciones del ambiente. La basura afecta a la comunidad, huele mal y facilita la proliferación de animales perjudiciales para el ser humano, es fuente de microbios y de enfermedades” (64).

El agua potable, en este marco, es el agua apta para el consumo por parte del ser humano. Se trata de un líquido inodoro, insípido e incoloro que se puede beber sin limitaciones ya que no daña el organismo. Existen normativas internacionales para analizar el agua y determinar si es potable o no de acuerdo a las cantidades mínimas y máximas permitidas de minerales, partículas, etc. El acceso al agua potable es indispensable para la vida. Cuando una persona bebe

agua que no es potable, o cocina con ella, corre el riesgo de contraer todo tipo de enfermedades (65).

Cuando se ha visitado a estos niños en sus viviendas la cual se observó que tenían techo de sternit en muy mas condiciones, tenían agua potable con conexión domiciliaria , también se observó que tienen baño propio, y que el combustible que utilizan para cocinar es a gas y tienen energía eléctrica permanente, las madres decían que eliminan la basura en el carro recolector y que pasan 2 veces por semana, esto da a entender que el niño se está desarrollando en un hogar que tiene saneamiento básico en casa de la cual esto quiere decir que hay menos disposición de basura en casa de la cual el niño tiene las comodidades a su disposición cuando la requiera.

De lo anterior puedo establecer que el material de construcción de las viviendas como es el techo de sternit puede afectar gravemente a la salud del niño como enfermedades respiratorias y como también ocasionar cáncer en el niño por el asbesto que contiene el sternit y el número de personas que duermen en una habitación estarían contribuyendo como un riesgo, ya que puede pueden albergar alérgenos o parásitos que van a poner en riesgo la salud del niño por lo tanto se pueden considerar como factores negativos. Los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos, además es conveniente que el niño tenga su cuarto propio y los padres su cuarto matrimonial.

Tabla 03: El 100% (92) si acuden al establecimiento de salud para controles de sus hijos, el 90.2% (83) los niños duermen de 8 a 10 horas, el 63% (58) los niños se bañan 4 veces a la semana, el 100%(92) si establecen Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina del niño, el 98% (90) no presentaron diarrea en las dos últimas semanas, el 81% (75) el niño no presento accidentes en casa en los últimos 6 meses, 99% (91) el niño n presento ningún problema respiratorio, el 99%(91) el niño si tiene su carnet de vacuna completas de acuerdo a su edad, el 93% (86) si mostraron su carnet de vacuna de su niño, el 88% (81) los niños consumen frutas todos los días, 76% (70) consumen carnes 3 o más veces a la semana, el 48%(44) consumen huevos 3 o más veces a la semana, el 80.4% (74) consumen fideos y papa a diario, el 91.3 (84) consumen pan y cereales a diario, el 64% (59) consumen verduras 3 o más veces a la semana, el 47% (43) consumen legumbre de 1 o 2 veces a la semana, el 56.5% (52) consumen embutidos menos de una vez a la semana, el 47.8% (44) consumen lácteos de 3 o más veces a la semana, el 68.5%(63) consumen dulces y gaseosa de 1 o 2 veces a la semana, el 48.9%(45) consumen refresco con azúcar 1 o 2 veces a la semana y el 55.5%(51) consumen frituras de 1 o 2 veces a la semana.

M, Benavides y Carmen P, (66). En su estudio realizado “El Estado de la Niñez en el Perú”, señala el monitoreo del bienestar y la salud de los niños y niñas se inicia con la asistencia periódica a los controles prenatales, a fin de detectar potenciales problemas en el desarrollo del bebé en el vientre. Dicha

asistencia periódica a los establecimientos de salud debe continuar desarrollándose luego del nacimiento del niño o niña para realizar sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED). Los CRED son actividades periódicas y sistemáticas que evalúan el crecimiento y desarrollo del niño con el objetivo de detectar, de manera oportuna, los cambios y riesgos en su estado de salud. Por norma, los controles deben hacer énfasis en la medición del peso y talla de los niños y niñas, en el logro de sus habilidades de desarrollo y en la provisión de consejería a los padres y madres de familia, constituyéndose en un espacio en donde pueden conversar sobre sus dudas e inquietudes en temas de salud, nutrición, estimulación y vacunación de sus hijos e hijas.

Sutton J, (67). Ha sostenido que existen tres tipos fundamentales de problemas de sueño infantil, que los profesionales de la salud pueden determinar a través de la presencia de dificultad para dormir o permanecer dormido, dormir demasiado o episodios perturbadores que interfieren con el sueño. Los trastornos más frecuentes en la población escolar se asocian con la presencia de pesadillas, apnea del sueño, terrores del sueño y la narcolepsia. También se ha establecido que la prevalencia de insomnio constituye una de las alteraciones de mayor complejidad en esta etapa vital, por implicar la incapacidad de lograr el reposo profundo de la actividad neurovegetativa, con las consiguientes repercusiones en la calidad de vida de las personas que lo padecen, ya que manifiesta un mayor riesgo de morbilidad siquiátrica asociados a la presencia de estados depresivos. Es también conocido que existe una alta prevalencia de Trastornos respiratorios del sueño (TRS), que son sub diagnosticados en edad pediátrica. Según

encuestas, en Chile de un 10 a 23% en escolares; estos problemas tienen un alto impacto en el desarrollo neurocognitivo y especialmente a nivel de neurodesarrollo.

El buen dormir o sueño está estrechamente vinculado con la edad y con el neurodesarrollo, independientemente de que en cada etapa del ciclo vital el sueño adquiera características particulares, observándose asimismo diferencias individuales en el patrón de sueño. Los problemas del sueño en los niños de 3 a 5 años, a diferencia de lo que les sucede a los adultos, tendrán un impacto negativo en el desarrollo infantil, referido al comportamiento, al rendimiento académico y el crecimiento. Sin duda que también esto afectara la dinámica y la calidad de vida familiar (68).

La higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual va a ser fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario adquirir conocimientos básicos de higiene personal y la influencia que ésta tiene en la salud, conocer los medios técnicos necesarios para el mantenimiento de una adecuada higiene personal (69).

La disciplina en su forma más simple es la coordinación de actitudes, con las cuales se instruye para desarrollar habilidades, o para seguir un determinado código de conducta u "orden". Un ejemplo es la enseñanza de una materia, ciencia o técnica, especialmente la que se enseña en un centro (Docente - asignatura).

"Disciplina" también designa con frecuencia una ciencia en particular o un campo del saber (70).

Las causas de accidentes fatales muestran variaciones según la edad: la asfixia, el ahogamiento, las caídas y las quemaduras son los más comunes entre los menores de 5 años de edad, mientras que los accidentes de tránsito y los ahogamientos son los predominantes en niños en edad escolar como las heridas, caídas, accidentes automovilísticos y quemaduras son las causas más frecuentes de lesiones. Según el tipo de lesión producida, fueron: heridas, quemaduras, fracturas, y el resto, lesiones superficiales. Sin embargo, se ha observado que el tipo de accidentes y lesiones varía según el grupo de edad. Las quemaduras son más frecuentes en menores de 1 año, mientras que los envenenamientos tienen una mayor incidencia entre los niños de 1 a 4 años (71).

Así mismo se encontró investigaciones como de Chiliquinga S; Fernandez D; Montaleza M, en su investigación titulada determinantes ambientales de las infecciones Respiratorias agudas de los niños/as que acuden al Centro de salud parque Iberia concluye que el sexo masculino es predominante a enfermarse de Infecciones Respiratorias Agudas con el 53,4% a comparación del sexo femenino con el 46,6%, siendo la causa principal de este la contaminación ambiental ocasionada por el polvo con un 45,5%. Los padres de familia de estos niños/as tienen un nivel de instrucción bajo 25,2%, de igual manera que sus ingresos económicos son el salario básico asociada a hacinamiento de la vivienda (72).

El control de Cred es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (71).

Las vacunas ayudan a proteger contra muchas enfermedades que solían ser mucho más comunes. Los ejemplos incluyen tétanos, difteria, paperas (parotiditis), sarampión, tos ferina (tos convulsiva), meningitis y poliomielitis. Muchas de estas infecciones pueden causar enfermedades serias o potencialmente mortales y pueden llevar a discapacidades de por vida. Gracias a las vacunas, muchas de estas enfermedades ahora son infrecuentes (72).

Cuando se ha visitado a las casa de los niños las madres refieren decir que si acuden a los centros de salud para el control de cred y también manifestaron que sus niños duermen de 8 a 10 horas y que el aseo personal lo realiza 4 veces a la semana porque si no se resfrían si lo bañaba todos los días, si realiza reglas en el hogar pero que su niño le desobedece en muchas oportunidades pero cuando su papa está en casa si hace caso, no presento diarreas por su alimentación ya que ella lava bien los alimentos y le da agua hervida para que tome, pero que hace varios meses el niño no presento accidentes en su hogares, no presento ningún síntoma respiratorio y dijo que si tiene el carnet de vacuna completa y me lo mostro para verificar.

Alcaraz G, Bernal C, (73). En su investigación titulada “Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004” encontró que, las prevalencias de desnutrición global, crónica y aguda fueron 11,1%, 11,7% y 2,8%, respectivamente. Concluyendo que, los mayores riesgos de desnutrición global, aguda y crónica para el sexo masculino; desnutrición global y crónica, para mayores de un año; de 54 desnutrición crónica, para niños que pertenecían a hogares con dos habitaciones y más de cinco miembros, hijos de mujeres con bajo nivel educativo, que recibieron lactancia materna por más de un año y que tenían más hermanos. Los hogares con infraestructura adecuada pueden satisfacer con mayor eficiencia las necesidades básicas de los integrantes del hogar. Familias que viven en viviendas con un adecuado sistema de desagüe, tendrían una mejor situación de salud al disponer de servicios que mantenga un nivel óptimo de calidad de vida.

El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes. Salud y nutrición: Para que la ingestión de alimentos de por resultado efectos nutritivos deseables, el organismo debe estar libre de enfermedades y principalmente de las infecciones que impactan negativamente la utilización de los nutrientes y la energía alimentaria (sobre todo las enfermedades diarreicas y

respiratorias, el sarampión, los parásitos intestinales y el SIDA) ya que el estado de salud influye en la digestión, absorción y utilización biológica de los nutrientes. La interacción infección-consumo insuficiente de alimentos, que hace retardar el crecimiento de los niños, da origen al círculo y relación recíproca malnutrición-infección. Los niños con nutrición deficiente son más susceptibles a las infecciones y cuando se producen son más graves y prolongadas (75).

El instituto de bienestar familiar, refirió que la influencia de la madre es bastante fuerte en la etapa preescolar, ya que ella es quien decide los alimentos que compra de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos que ha adquirido mediante sus experiencias o la cultura en la que se desarrolló, así como preferencias que tenga para la selección de los alimentos. Entonces se puede concluir que si se incrementa el conocimiento materno en cuanto a nutrición y medidas de higiene para selección y preparar los alimentos se asegura un estado nutricional adecuado ya la reducción de las enfermedades de la niñez (76).

El estado nutricional infantil está influenciado no sólo por requerimientos nutricionales, sino también por los determinantes ambientales y psicosociales, sus consecuencias pueden ser graves y permanentes en el desarrollo, permitiendo que la seguridad alimentaria permite abordar el estado nutricional mediante un enfoque estructurado en torno a sus dimensiones que en este estudio se dirigen principalmente hacia el aprovechamiento biológico, la disponibilidad de alimentos y el acceso a alimentación adecuada (77).

M.Bibiana y col, (78). En su estudio de investigación titulada, “Estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años del asentamiento humano de Chayhua distrito de Huaraz 2008, encontró que”: el 62% de la población padecía de desnutrición, hallándose 38% con desnutrición crónica, 16% con desnutrición crónica reagudizada y 8% con desnutrición aguda. Es por ello que concluye que: la desnutrición y la anemia ferropénica continúan siendo un problema de salud pública en esta población infantil.

El instituto de bienestar familiar, (79). Determinó que la influencia de la madre es bastante fuerte en la etapa preescolar, ya que ella es quien decide los alimentos que compra de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos que ha adquirido mediante sus experiencia o la cultura en la que se desarrolló, así como preferencias que tenga para la selección de los alimentos. Entonces se puede concluir que si se incrementa el conocimiento materno en cuanto a nutrición y medidas de higiene para selección y preparar los alimentos asegura un estado nutricional adecuado ya la reducción de las enfermedades de la niñez.

Guevara X, (80). En su estudio de investigación titulada “Estado Nutricional de Niños Menores de 5 Años de Comunidades Rurales y Barrios Urbanos del Distrito de Chavín de Huántar – 2003”, encontró: desnutrición crónica (56,4%), desnutrición aguda (3,4%), sobrepeso/obesidad (9,1%), eutróficos (31,1%).

concluyendo que, La alta prevalencia de desnutrición crónica en esta población de extrema pobreza y pobreza, plantea la necesidad de abordar el problema de la alimentación infantil de una manera urgente, integral y más efectiva.

Alimentación saludable se denomina alimentación al acto y la consecuencia de alimentar o alimentarse: es decir, de suministrar comida a un ser viviente o de abastecer de energía a una maquinaria. Cuando una persona ingiere alimentos, se alimenta y da inicio al proceso llamado digestión, que permite convertir los alimentos en nutrientes que el organismo necesita para su funcionamiento. La idea de alimentación saludable, de este modo, está vinculada a la ingesta de alimentos que tienen efectos positivos en la salud. Al optar por este tipo de comida, la persona protege su organismo y hasta pueden revertir ciertas afecciones (81).

Se denomina fruta a aquellos frutos comestibles obtenidos de plantas cultivadas o silvestres que, por su sabor generalmente dulce-acidulado, por su aroma intenso y agradable, y por sus propiedades nutritivas, suelen consumirse mayormente en su estado fresco, como jugo o como postre (y en menor medida, en otras preparaciones), una vez alcanzada la madurez organoléptica, o luego de ser sometidos a cocción (82).

La mayoría de los niños consumen frutas a diario y casi la totalidad consumen pan, cereales diariamente, un poco más de la mitad consumen fideos, arroz, papa todos los días y embutidos menos de una vez a la semana y frituras 1

a 2 veces a la semana, más de la mitad comen dulces 1 a 2 veces a la semana, verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana, pescado, carne y menos de la mitad consumen huevos y lácteos 3 o más veces a la semana, legumbres y refrescos con azúcar 1 a 2 veces a la semana.

Los carbohidratos son uno de los principales nutrientes en nuestra alimentación. Estos ayudan a proporcionar energía al cuerpo. Se pueden encontrar tres principales tipos de carbohidratos en los alimentos: azúcares, almidones y fibra. Las personas que tienen diabetes a menudo deben llevar una cuenta de la cantidad de carbohidratos que consumen (83).

Los cereales contienen almidón, que es el componente principal de los alimentos humanos. El germen de la semilla contiene lípidos en proporción variable que permite la extracción de aceite vegetal de ciertos cereales. La semilla está envuelta por una cáscara formada sobre todo por la celulosa, componente fundamental de la fibra dietética. Algunos cereales contienen un conjunto de proteínas, el gluten, que ayuda a proporcionar elasticidad a las masas empleadas para la elaboración del pan y otros productos de repostería.¹ Las proteínas de los cereales con gluten son escasas en aminoácidos esenciales como la lisina y tienen bajo valor biológico y nutricional.¹ En oposición, los granos de los pseudocereales (que no contienen gluten) son ricos en proteínas de alto valor biológico¹ y actualmente son muy apreciados para la elaboración de panes sin gluten y otros productos de repostería (84).

Casi la totalidad consumen panes y cereales diariamente; la mayoría de niños se bañan 4 veces a la semana; consume huevos 3 o más veces por semana; más de la mitad consumen embutidos y enlatados 1 vez a la semana; la mayoría consumen dulces y gaseosas menos 1 o 2 veces a la semana; menos de la mitad consumen refrescos con azúcar 1 o 2 veces a la semana por lo que se puede concluir que los niños tienen un desequilibrio nutricional, porque no consumen los alimentos indispensables para su día a día ya que consumen alimentos que no les proporcionan las vitaminas proteínas necesarias para una buena salud.

De acuerdo cuando se ha llevado a cabo la aplicación del instrumento a las madres de los niños referían que sus hijos consumen frutas todos los días porque así les pide la docente del jardín, también consumen carne todos los días entre ellos el pollo porque es más cómodo, consumen huevos 3 veces por semana como también pescado pero no muy seguido porque el dinero no le alcanza, fideos arroz papa si todos los días, pan y todo tipo de cereales, verduras no muy seguido lo prepara porque sus niños no lo comen, embutidos casi no dulces si pero no muy seguido, refrescos con azúcar preparan cuando no hay dinero para comprar la fruta porque el dinero no le alcanza, refirió que sus niños si consumen frituras y que le dan 2 veces hasta a veces más por semana ya que a ellos les encanta, esto quiere decir que los niños de mi estudio están propensos a tener sobrepeso por el consumo de carbohidrato y frituras.

De lo anterior puedo decir que el número en que duermen los niños no es lo recomendable porque afecta gravemente en su desarrollo físico y cognitivo ya

que la hormona del crecimiento sufre una alteración cuando el niños no duerme sus horas correctas viendo esto afectado en su crecimiento, los accidentes domésticos y la alimentación de los niños menores de cinco años son variables que pueden afectar la salud; dado que su integridad depende directamente de la responsabilidad de los cuidados que brinda la madre ya que la edad y su situación en la vida de los niños, les convierte por su ignorancia, despreocupación, debilidad y características mentales, en los más indefensos y vulnerables.

TABLA 4, 5 Y 6: El 89% (82) los niños en estos 12 últimos meses fueron atendidos en el puesto de salud, el 86% (79) consideraron que el puesto de salud está en una distancia regular a sus casas, el 88% (81) cuentan con seguro del SIS y MINSA, el 72% (66) consideraron que el tiempo de espera es regular y el 86% (79) manifestaron que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud es buena, El 100% (92) no reciben ningún apoyo social natural como de familia vecinos, el 100% (92) no reciben ningún tipo de apoyo social organizado, El 71% (65) no recibe algún apoyo social de las organizaciones como pensión 65, comedor popular, vaso de leche, entre otros.

El acceso o accesibilidad a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad. Este proceso involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción de la salud (85).

De acuerdo a diversos estudios efectuados en Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra relacionado al bajo nivel educativo, entre otros factores. Los porcentajes bajan considerablemente cuando la madre tiene hasta educación primaria y si no tiene instrucción formal. No haber estudiado la secundaria completa es un factor de riesgo mayor que los factores biológicos para el desarrollo de muchas enfermedades. Asimismo, a mayor nivel educativo de la madre es mayor el acceso a la atención por personal calificado. Aquellos niños de madres sin educación formal o con apenas educación primaria tienen una duración de vida menor comparados con aquellos que tienen madres con educación secundaria o superior. Tanto en el área urbana como rural, a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre el riesgo de morir del niño es menor (86).

O. Saldaña, M Samango, (87). En su investigación titulada: “Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014”, obtuvo como resultados que los usuarios no se sienten muy satisfechos por la atención recibida, dado que el personal de enfermería en algunas ocasiones no presta interés a los problemas y necesidades de salud. Al momento de entrega de turnos los usuarios muestran inconformidad ocasionado por la prioridad que se brinda a las personas que han reservado el turno por vía telefónica siendo así mayor el tiempo de espera para recibir la atención puesto que algunos usuarios indican desconocer el número telefónico del centro de salud. Concluyendo que la

calidad de atención de enfermería hacia el usuario no se basa simplemente en la mejora de la infraestructura o servicios que brinda el centro de salud sino en la atención humanizada y de calidad.

Los resultados obtenidos se asemejan con el artículo de Fachado A, Menéndez M y Gonzales L, (88). En su artículo titulado “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.

R. Darío y col, (89). En su investigación titulada: “Percepción de la calidad en la atención de salud, 2014”, concluye que los factores relacionados con la percepción de la calidad en la prestación de los servicios de salud están relacionados básicamente con las expectativas que los usuarios tienen para recibir un servicio que cumpla con la satisfacción de sus necesidades, las mismas están orientadas al mejoramiento del estado de salud de las personas, al respecto los elementos o circunstancias que influyen significativamente en los usuarios

son: la oportunidad en la atención, el cumplimiento en los horarios de atención de las citas y la calidad humana del personal que ofrece el servicio.

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Entre ellos tenemos puestos de salud, hospitales, centros de salud entre otros (90).

La mayoría se atendió en los 12 últimos meses en el puesto de salud el lugar lo atendieron esta regular de donde viven, e tipo de seguro es SIS-MINSA y la mayoría la calidad de atención fue buena y más de la mitad el tiempo que esperan en la atención es regular y la totalidad no reciben apoyo natural y apoyo social de organización y más de la mitad no reciben apoyo de organizaciones de Qali warma, etc.

El Programa del Vaso de Leche es un programa social creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra (91).

El seguro de salud se puede definir como un complemento a la sanidad pública y pueden ser de mucha utilidad en caso que nos planteemos una protección adicional para nuestra salud. El Seguro de Salud proporciona al titular y a su familia una cobertura sanitaria, asistencial y en ocasiones de carácter económico, cubre los costos, en el supuesto de sufrir alguna dolencia o enfermedad. Entre los tipos de seguro tenemos el SIS - MINSA, ESSALUD, SANIDAD, entre otros (92).

De acuerdo cuando se ha llevado acabo la aplicación del instrumento a las madres de los niños refirió la madre se atendió en el puesto de salud por que está más cerca de su casa y la atención es buena y que cuenta con el seguro del SIS toda su familia diciendo que le favorece mucho ya que no cuenta con el dinero suficiente para su salud y le beneficia, también refirió que no recibe apoyo de su familia si no de su esposo ya que es el quien trabaja y tampoco de ningún apoyo organizado, pero manifestó que lo único que hay es un vaso de leche en su comunidad pero que no lo utiliza porque su niño no lo come y prefiere ella misma preparar sus alimentos a su propios hijos, también manifestaron las madres que en su comunidad no hay pandillaje de lo cual no es cierto lo niegan por lo que son sus propios hijos ya adolescentes los mismos pandilleros y observe que hay micro comercializadores de droga lo cual es un riesgo para los niños que viven en la zona.

De lo anterior puedo decir que la mayoría cuentan con seguro del SIS pero cuando llevas a sus niños para atenderse en algunas veces no lo usan porque tienen que esperar grandes colas y la espera les es incómodo por lo que

tienen que realizar sus labores y en algunas familias tiene el seguro ESSALUD porque sus esposos tienen trabajo seguro, también no recibe apoyo social porque prefieren trabajar y ganar su propio dinero y así salir adelante y luchar por sus familia, como también no reciben apoyo social organizado, En el Perú, en el marco de la Política Social del gobierno, se están ejecutando una gama de programas sociales dirigidos a la población más pobre y para aquellos que más lo necesitan ya que en la etapa de la niñez existen cambios biológicos, cognitivos y socio emocionales, donde juegan un papel importante en la vida del niño, hasta el momento que llega a la edad adulta. El 29% cuentan con apoyo de vaso de leche, ya que el resto no accede o no sabe de su existencia, por la falta de difusión de este tipo de apoyo social para los niños, que son los que más necesitan.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconomico de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692; Más de la mitad de los niños son de sexo masculino, casi la totalidad de las madres tienen grado de instrucción de la madre es de secundaria completa e incompleta, más de la mitad tienen un ingreso económico de 1001 a 1400, un poco más de la mitad de la ocupación del jefe de familia tienen trabajo estable la mayoría sobre el tipo de familia es de vivienda unifamiliar, la totalidad tiene tenencia propia, el material de su piso es de tierra, el material de techo es de eternit, el material de la pared es de material noble ladrillo y cemento, números de personas que duermen en un habitación son independientes, la totalidad sobre abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria, eliminación de excretas baño propio, combustible para cocinar gas y electricidad, casi la totalidad sobre energía eléctrica tiene energía permanente, deposición de la basura se entierra, quema, carro recolector, frecuencia que pasa recogiendo la basura al menos 2 veces por semana, eliminar la basura carro recolector.
- En los determinantes de los estilos de vida de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692; a totalidad de niños acuden al establecimiento de salud para el control de cred periódicamente, casi la totalidad de niños duermen de 08 a 10 horas, la mayoría de niños se bañan 4 veces a la semana, la totalidad si tienen reglas y expectativas clara y consistentes conductas y disciplinas, casi la totalidad en las dos últimas semanas presentaron diarreas en su alimentación que le brindo no presentaron diarreas, la mayoría de niños no presentaron ningún accidente en sus hogar, casi la totalidad no presentaron ningún síntoma de alarma para una enfermedad respiratoria, tienen su carnet de vacunas completas, si muestran el carnet de vacunas y el control de acuerdo

a su edad, la mayoría consumen fruta a diario, consumen carne 3 o más veces a la semana, más de la mitad consumen huevos 3 o más veces a la semana, un poco más de la mitad consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, la mayoría consumen fideos, papa y arroz a diario, casi la totalidad consumen pan y cereales a diario, la mayoría consume verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana, menos de la mitad consumen legumbres 1 o 2 veces a la semana, más de la mitad consumen embutidos menos de 1 vez a la semana, menos de la mitad toman lácteos 3° más veces a la semana, la mayoría consume dulces 1 o 2 veces a la semana, menos de la mitad toman refrescos con azúcar 1 o 2 veces a la semana, más de la mitad consumen frituras 1 o 2 veces a la semana.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarios de los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N° 1692; la mayoría se atendieron en un puesto de salud, indican que el lugar que se atendieron esta regular de distancia, cuentan con tipo de seguro SIS Y MINSA, el tiempo de espera para su atención es regular, indican sobre la calidad de atención es buena, la totalidad no reciben apoyo social natural, no reciben algún apoyo social organizado, la mayoría no recibe apoyo social de las organizaciones.

5.2. Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades comunales por medio de los resultados mostrados para que pueda contribuir para el cambio y el bienestar de los determinantes de la salud en los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N°1692-Chimbote, con la finalidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud para el bienestar de los niños.
- Informar a la Institución Educativa a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en los niños de 3 a 5 años, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que aqueja a los niños para que a través de ello se promuevan estilos de vida saludables; de igual manera al Puesto de salud de su jurisdicción del mismo modo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles, a través de una atención de calidad.
- Así mismo mediante este estudio de investigación sobre los determinantes de la salud en los niños de 3 a 5 años. Institución Educativa N°1692-Chimbote, que sirva de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja, y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) - Global Public Health Achievements Team, CDC. June 24, 2011 / 60(24); 814-818.
2. 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.
3. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane d, Brunner e, Wilkinson d (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
7. Rojas Soriano, Raúl. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. 8ª. Edición. México: Editorial Plaza y Valdez. 2000. 299 pág.
8. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22.

9. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010(http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
10. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación ¿Cómo? Consultado el 8 de Mayo 2012. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index.html.
11. Sen A. Archivos: Documentación de la 52 Asamblea de la Salud. Recuperado el 20 de Abril de 2010, de Organización Mundial de la Salud [sitio en Internet]. [citado 18 Mar 2010]. Disponible en:<http://www.cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap-01/salud%20en%20desarrollo.pdf>
12. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. UNICEF Perú. Situación de la niñez en el Perú. 2010. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3787.htm.
14. Cujíño ML, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Revista Colombiana de Medicina [revista en internet] 1999, [acceso 20 de octubre de 2011] 32(1). Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/283/28332108/28332108.htm>.

15. Restrepo B, Restrepo M, Beltrán J, Rodríguez M, Ramírez R. Estado de nutricional de los niños y niñas indígenas de hasta 6 años de edad en el resguardo Embera-Katio, Tierralta, Córdoba, Colombia. [trabajo para optar el título de magister en Nutrición]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2006. [citada 2012 Mayo 16]; Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84342606.pdf>
16. Tazza R., Bullón L. Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años. An. Fac. med. [revista en la Internet]. 2006 sep [citado 26 Abr 2013]; 67 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000300004.
17. Castro y Beltrán Arlette. “Modelo de Datos de Panel Variable Dependiente Limitadas: Un enfoque empírico 2. Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico (CIUP). POR PUBLICARSE.
18. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
19. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.

20. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
22. Revista de Investigación en Psicología, Vol.3 No.2, Diciembre 2000. Mansilla A., M.E (1988), El Desarrollo Psico-social del niño y adolescente. Lima. UNICEF. Módulo de Capacitación.
23. OMS, Health and environment in sustainable development: five years after the Earth summit (Ginebra: OMS, 1997): 87; y Kirk Smith et al., “Indoor air pollution in developing countries and acute lower respiratory infections in children”, Thorax 55, N°. 6 (2000): 518-32.
24. Bastidas M, Posada A, Ramírez H. Conceptos generales de crecimiento y desarrollo. (pp26-27), En: Posada A, Ramírez J, Ramírez H. “El niño Sano”. Medellín. Casa editora: U de Antioquia. Tercera edición 2005.
25. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 4ª ed.: México; 2000.

26. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
27. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
28. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
29. 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/>.
30. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
31. 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 65 (UNIFEM).: Mexico; 2010. Disponible

en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>.

32. Marcella Ballares; 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). Mexico.2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
33. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and WorkConditions of HealthCareWorkers - Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller OuroPreto, Brasil, Enero 68 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf.
34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
35. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
36. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf.
37. Martos Carrión Esther. Analisis 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>.

38. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
39. 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>
40. 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>.
41. DAMMERT, A. (2001). Acceso a los servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú. Ed. CIES - GRADE, Lima.
42. Elo, I. (1992) Utilization of Maternal Health-Care Services in Perú: the Role of Women’s Education.— En: Health Transition Review, Vol. 2, N° 1. Citado en Dammert, A. (2001).
43. Medeiros, M.; COSTA, J. S. Is there a Feminization of Poverty in Latin America? World Development, v. 36, issue 1, p. 115-127, Jan. 2008.
44. (2000), "4.20. Gamete Production in Angiosperms", U.S. NIH, webpage: [4.20. Gamete/Angio](#).
45. Ministerio de Salud - Dirección de Estadística e Información de Salud – Programa Nacional de estadísticas de salud: "[Modelos de Formularios](#) e

Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales". Buenos Aires, Argentina, enero 2000.

46. Adaptado de A.Maddison, *The World Economy. A Millennial Perspective*, OCDe, París, 2011; A.Maddison, *The World Economy: Historical Statistics*, OCDE, París, 2003; Naciones Unidas, *World Populations Prospects, The 2004 Revision*, Nueva York, 2005; A. Maddison, *Phases of Capitalist Development*.
47. Christianne Gomes y Rodrigo Elizalde, « Trabajo, tiempo libre y ocio en la contemporaneidad », *Polis* [En línea], 22 | 2009, Publicado el 08 abril 2012, consultado el 20 octubre 2016. URL : <http://polis.revues.org/2687>.
48. Gilbert, A. (2003). *Rental housing: An essential option for the urban poor in developing countries*. Nairobi: United Nations Centre for Human Settlements. Recuperado el 11 de marzo del 2011, de <http://www.unhabitat.org/pmss>.
49. Ramírez, R. (2002). *Evaluación social de políticas y programas de vivienda: un análisis de la contribución de la vivienda a la reducción de la pobreza urbana*. Boletín del Instituto de la Vivienda, Universidad de Chile, 9-57.

50. Laucata E. “Análisis de la Vulnerabilidad Sísmica de las Viviendas Informales en la ciudad de Trujillo” que fue realizada en Junio de 2013.
51. Grupo De Investigación En Vivienda “Habitabilidad en la vivienda. Marco teórico”. En: *Informe de la primera etapa del resultado*. La Habana: ISPJAE. Facultad de Arquitectura, 2011.
52. Casa. Diccionario de la lengua española. Avance de la vigésima tercera edición. Consultado el 20 de septiembre de 2015. Saltar. Diccionario enciclopédico popular ilustrado Salvat (1906-1914)
53. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2014. Actualizado: 2016. Definicion.de: Definición de tenencia (<http://definicion.de/tenencia/>)
54. «Archaeological Site of Akrotiri». *Travel to Santorini: Santorini Island Guide*. Marinet Ltd. Consultado el 23 de noviembre de 2009.
55. Golub E, & Sánchez G. Environmental health in Colombia. An economic assessment of health effects. Sustainable Development Department Latin America and the Caribbean Region 350 Colombia and Mexico Country Management Unit. Report Prepared for the World Bank; 2012.

56. Cheryl Munson, Las ventajas de casas de ladrillo sobre las de madera.
Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/ventajas-casas-ladrillo-madera-info_226479/
57. Julián Pérez Porto. Publicado: 2015.
Definicion.de: Definición de vivienda unifamiliar
(<http://definicion.de/vivienda-unifamiliar/>).
58. Manual de implementación Familias y Viviendas saludables, Adra Perú
2009. Pg. 56
Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos82/problema-vivienda-peru/problema-vivienda-peru2.shtml#ixzz4NdMNLVt0>
59. ONU 2005 “Advisory Committee on Indicators” (Nueva York: Organización de las Naciones Unidas). En
<<http://unstats.un.org/unsd/indicator-foc/indseachpage.asp?cid=114>>.
60. Sarukhán J, Koleff P, Carabias J, Soberón J, Dirzo R, Llorente-Bousquets J, *et al.* Capital natural de México. Síntesis: conocimiento actual,

evaluación y perspectivas de sustentabilidad. México: Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2009. [[Links](#)]

61. UNICEF. Estado de la infancia en América Latina y el Caribe. Supervivencia infantil. Nueva York 2008. [Consultado 7 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/SOLAC2008spanish.pdf>.

62. Agencia chilena de eficiencia energética. «La eficiencia energética». Archivado desde el original el 24 de noviembre de 2015. Consultado el 11 de septiembre de 2011.

63. Álvarez Pelgry, E. y Balbás Peláez, J. (2003). *El gas natural. Del yacimiento al consumidor: Aprovechamientos y cadena del gas natural licuado*. CCIE Inversiones Editoriales.

64. Chang Gypsy. La basura: una montaña de problemas. Pág. 13. República Dominicana. 2002.

65. Julián Pérez Porto. Publicado: 2015.
Definicion.de: Definición de agua potable (<http://definicion.de/agua-potable/>)
66. Benavides, Martín y Carmen Ponce. .Estado de la Niñez Indígena en el Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2010).
67. Sutton J: Promoting effective interventions for sleep problems. Nurs Child Young People 2011; 23: 14-8. [[Links](#)]
68. Aldana A, Samudio DGC, Irala E, et al: Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. Pediatr 2006; 33: 20-5. [[Links](#)]
69. Martín, V. (noviembre de 2004). Hábitos de higiene personal y en la escuela. Revista digital “Investigación y Educación”, 12. Recuperado de http://www.csif.es/archivos_migracion_estructura/andalucia/modules/mod_sevilla/archivos/revist_aense/n12/higiene.pdf.
70. Douglas, Murray A.; Strauss. "Discipline by Parents and Child Psychopathology" , in Felthous, A.; Sass, H., International Handbook of

Psychopathology and the Law , New York: Wiley, pp. (2007), 1–2, <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CP85%20%20Discipline%20by%20parents-S%2BDoug-Ed%20Book.pdf>.

71. . Bernadá M, Assandri E, Cuadro MN, et al. Accidentes en la infancia: prevalencia, características y morbilidad determinada por los accidentes en una población de Uruguay. Rev Med Urug. 2010;26:224---37
72. Chiliquina S., Fernández D., Montaleza M. Determinantes ambientales de las infecciones respiratorias agudas e los niños/as que acuden al centro de salud Parque Iberia del Cantón. Cuenca .2014.
73. Castro C, Durán E. Crecimiento y desarrollo. Pediatría diagnóstico y tratamiento. Segunda edición 2003.
74. W. Pickett, S. Streight, K. Simpson. Injuries experienced by infant children: A population-based epidemiological analysis. Pediatrics. 2003; 111:e365-70. [[Links](#)]

75. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine safety and adverse events. Available at: www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/safety/default.htm. Accessed July 23, 2015.
76. ORTEZ, R. La nutrición de los niños en edad preescolar. Centro de Investigación [serie en Internet] 2002 Diciembre. [citado 17 de Junio 2013]; 1:50-80. disponible en: cies.org.pe/files/active/0/Pm0117.pdf.
77. Pedraza D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Rev. Salud pública [serie en Internet]. 2004 [citado 17 de Junio 2013]; 6(2): 140-155. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642004000200002&script=sci_arttext.
78. Instituto colombiano de bienestar familiar. Guías alimentarias para la población colombiana. Bogotá. Ministerio de salud (2000).
79. Proyecto de Fortalecimiento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia. [Internet]. Disponible en: http://www.prosean-ao.org/index.php?option=com_content&view=category&id=37:para-colombia&Itemid=58&layout=default. Consultado junio 2010.

80. Bibiana M. Huerta L., Núñez LL., Alberto V. Estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años del asentamiento humano de Chayhua distrito de Huaraz 2008. Rev. Med. Perú [revista en internet]. 2009 [citado 06 Mayo 2013]; 2(1). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2070836X2009000100022&script=sci_arttext.
81. Instituto colombiano de bienestar familiar (2000). Guías alimentarias para la población colombiana. Bogotá. Ministerio de salud.
82. Guevara X. Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar-2003. Pediatría [revista en internet]. 2003 Ene [citado 20 Mayo 2013]; 5(1): 14-20. disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v05_n1/enpdf/estado_nutric.pdf.
83. Abumrad NA, Nassi F, Marcus A. Digestion and absorption of dietary fat, carbohydrate, and protein. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 102.

84. Vicente, A.R.; Manganaris, G.A.; Sozzi, G.O.; Crisosto, C.H. (2009). «Nutritional quality of fruits and vegetables». En Florkowski, W.J.; Shewfelt, R.L.; Brueckner, B.; Prussia,
85. Rahaie S, Gharibzahedi SM, Razavi SH, Jafari SM (2014 Nov). «Recent developments on new formulations based on nutrient-dense ingredients for the production of healthy-functional bread: a review». J Food Sci Technol (Revisión) 51 (11): 2896-906.doi:10.1007/s13197-012-0833-6. PMC 4571229. PMID 26396285.
86. Seclén-Palacín, Juan y Christian Darras. "Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud: FACTORES sociodemográficos Y de Accesibilidad Asociados: Perú, 2000." Una. Fac. med 66.2 (2005): 127-141. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200007.
87. Saldaña O, Sanango M. Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014. [página en internet]. Ecuador: 2014. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21295/1/TESIS.pdf>

88. Fachado A, Menéndez M, Gonzales L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*. 2013; 19: 118 – 123.
89. Dario R, Arena L, Betancur J, Gómez S. Percepción de la calidad en la atención de salud. [página en internet]. 2014 [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/921/Ruben%20Dario%20Acevedo%20Parra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
90. OMS. ¿Qué es un sistema de salud?. [página en internet]. 2005. [Actualizado 09 noviembre 2005; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
91. Sobre el Vaso de Leche y la Participación en los Programas Sociales – Gian Marco León – 9/13/2002 http://www.actualidadeconomicaperu.com/anteriores/ae_2003/dic/leon.pdf
92. MAPFRE. Seguros de salud o enfermedad. [página en internet]. 2016. [Actualizado 04 abril 2016; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <https://segurosypensioneparatodos.fundacionmapfre.org/syp/es/seguros/tipos-de-seguros/seguros-personales/tipos-seguros-salud-enfermedad-ventajas/>

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 3 a 5 AÑOS. INSTITUCION
EDUCATIVA N° 1692 - CHIMBOTE, 2015

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES SOCIOECONOMICO

1. Grado de instrucción:

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

2. 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 ()

3. Ocupación del jefe de familia:

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Ama de casa ()
- Estudiante ()

4. 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 ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()
- Eternit ()

6.5. Material de las paredes:

- Madera, estera ()
- 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. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()

15. Con que frecuencia se baña?

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

16. ¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?

Si () NO ()

17. ¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?

Camina () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

18. ¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo () Correr () ninguna () Deporte ()

19. DIETA:

¿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

20. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

21. ¿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 ()

22. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Cuna más si () no ()
- PVL(Vaso de leche) si () no ()
- Pad juntos si () no ()
- Qali warma si () no ()
- No recibo si () no ()
- Otros si () no ()

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

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

- Otros ()

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

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

25. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

26. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?

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

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

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

28. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de los adultos jóvenes en las Regiones del Perú desarrollada 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 las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.

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

Tabla

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000

7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 3

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO 03

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES SOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								

Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									

P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									

P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 3 a 5
AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N° 1692 -
CHIMBOTE, 2015**

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

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

.....
FIRMA

ANEXOS 05
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS Y
AMBIENTALES

GRÁFICO 01

GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-, CHIMBOTE - 2015.

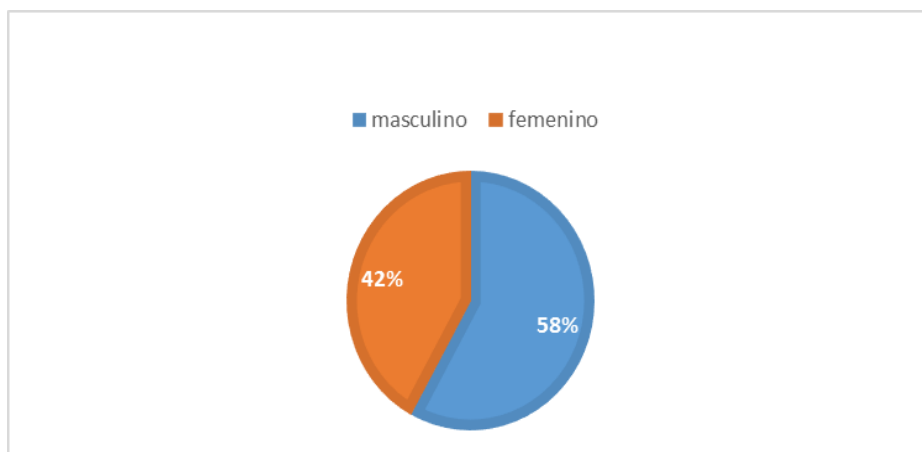


FIGURA: TABLA N° 01

GRÁFICO 2

GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.



FIGURA: TABLAN° 01

GRÁFICO N°3

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

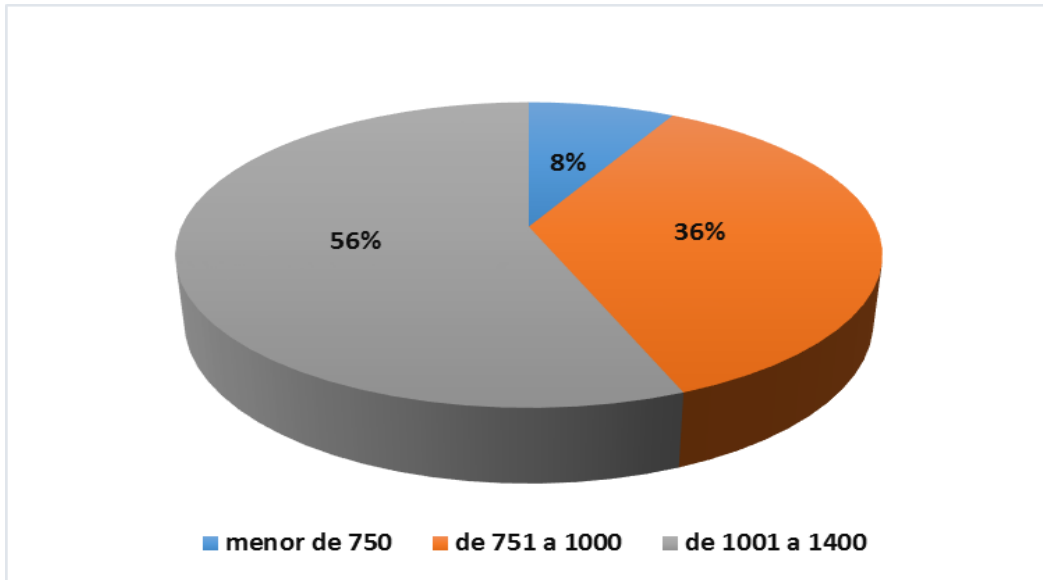


FIGURA: TABLA N°01

GRAFICO N°4

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

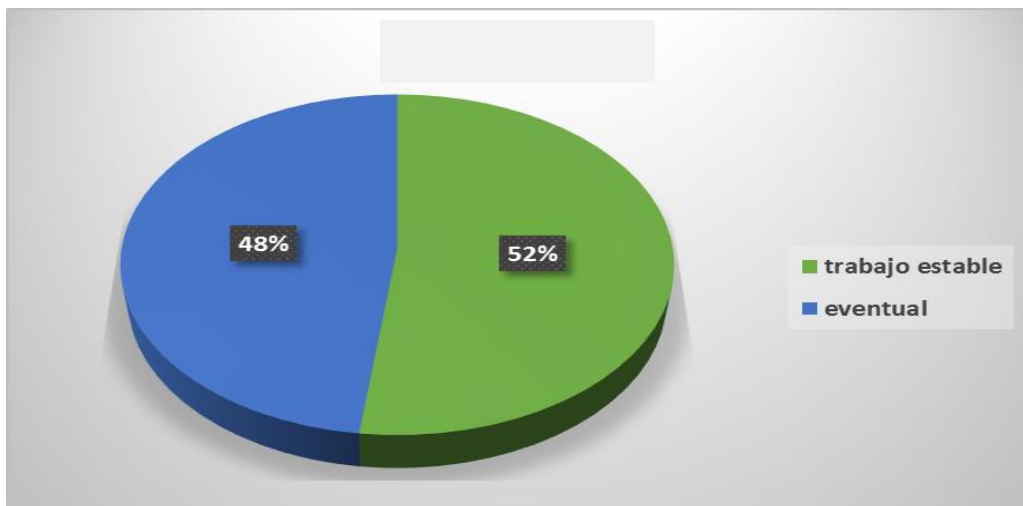


FIGURA: TABLA N° 01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO N°05

DETERMINANTES D ELA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

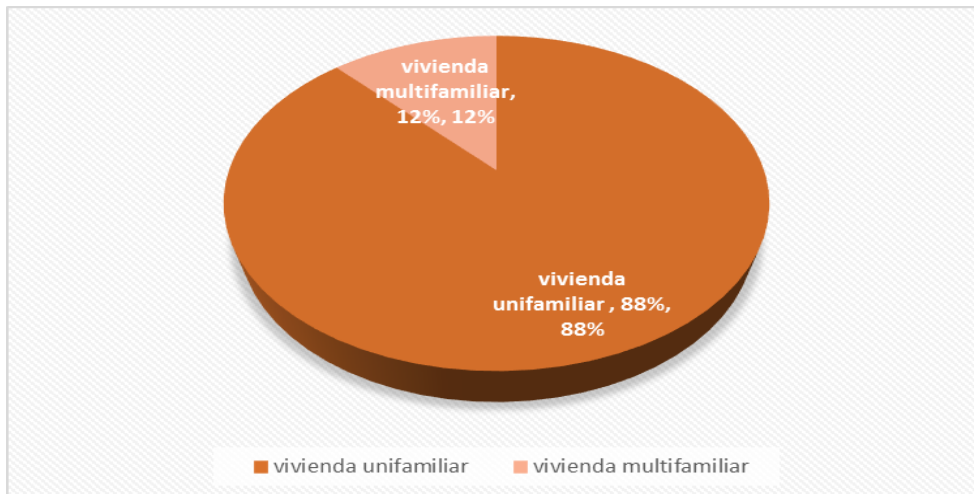


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°06

GRAFICO SEGÚN TENENCIA DE LA CASA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

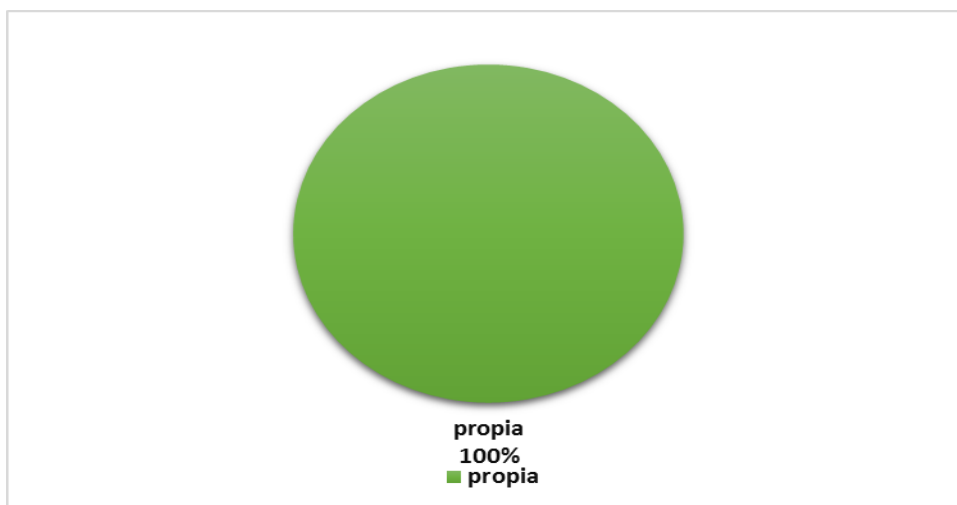


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N° 07

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

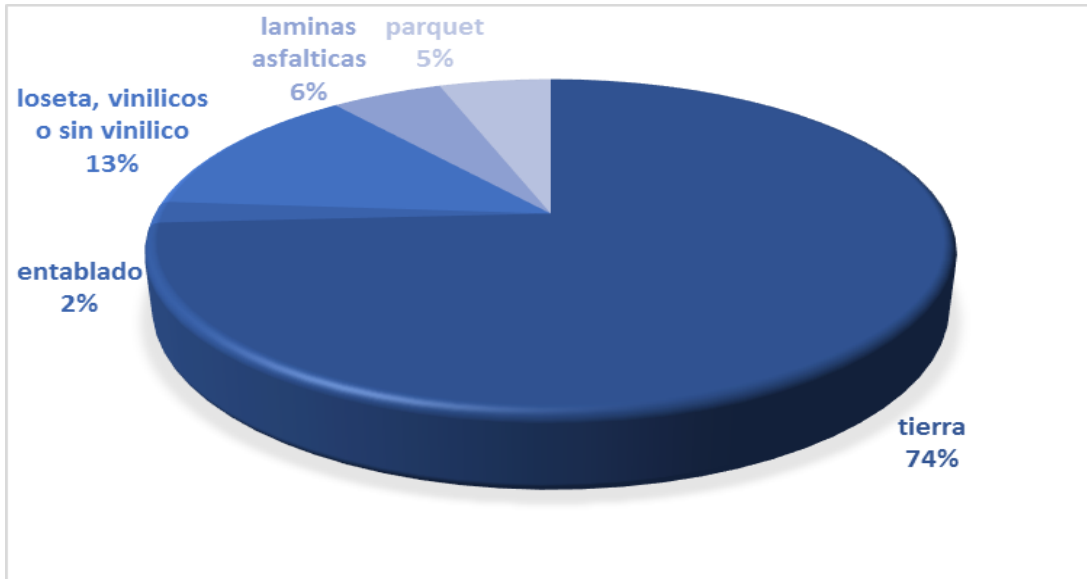


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°08

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

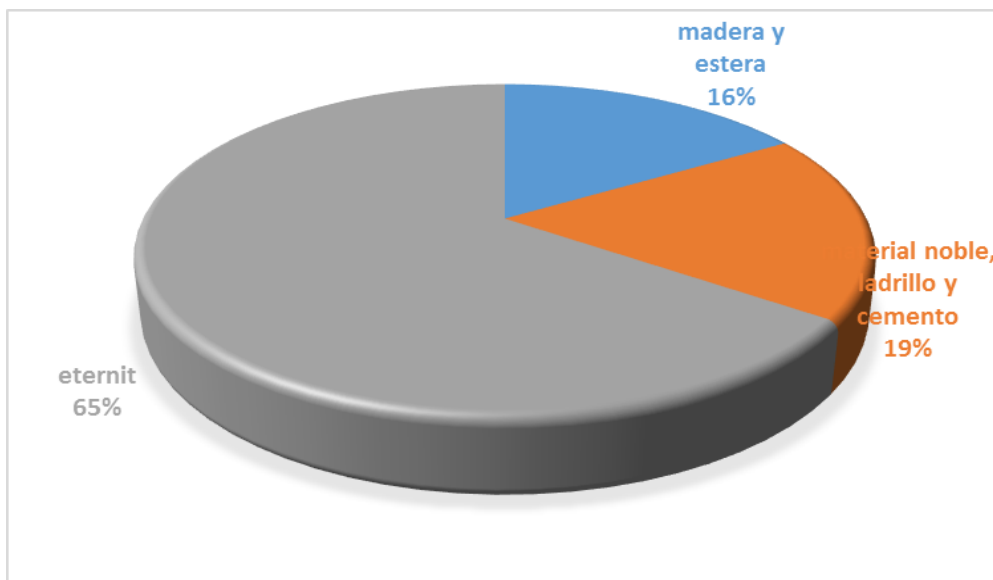


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N° 09

GRAFICO SEGÚN EL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

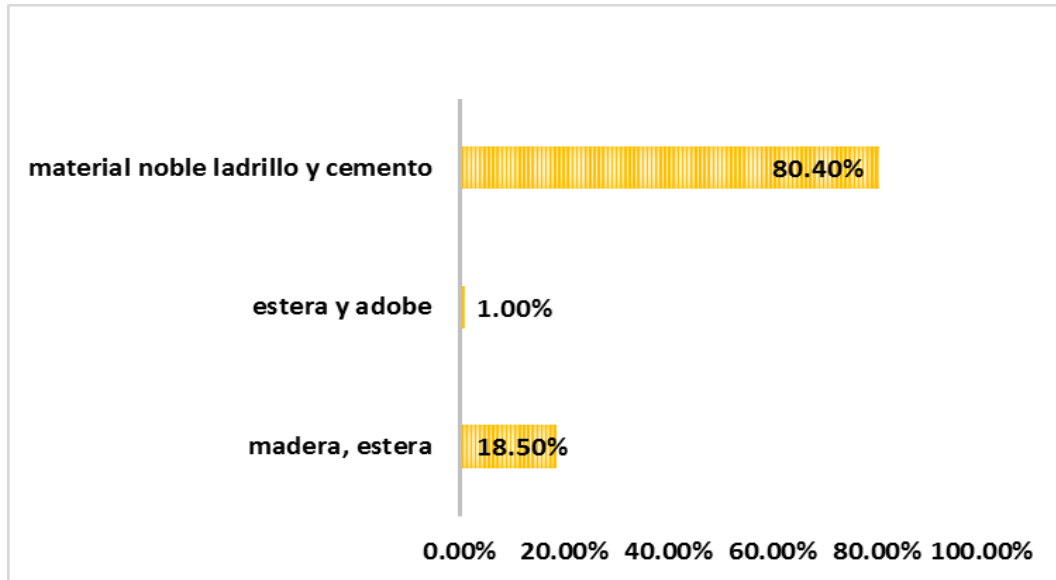


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N° 10

GRAFICO SEGÚN NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

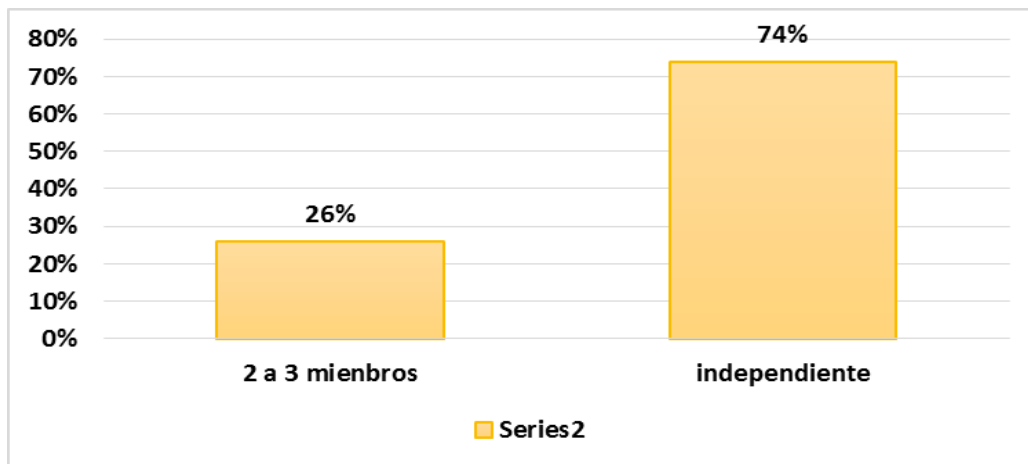


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°11

GRAFICO SEGÚN EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

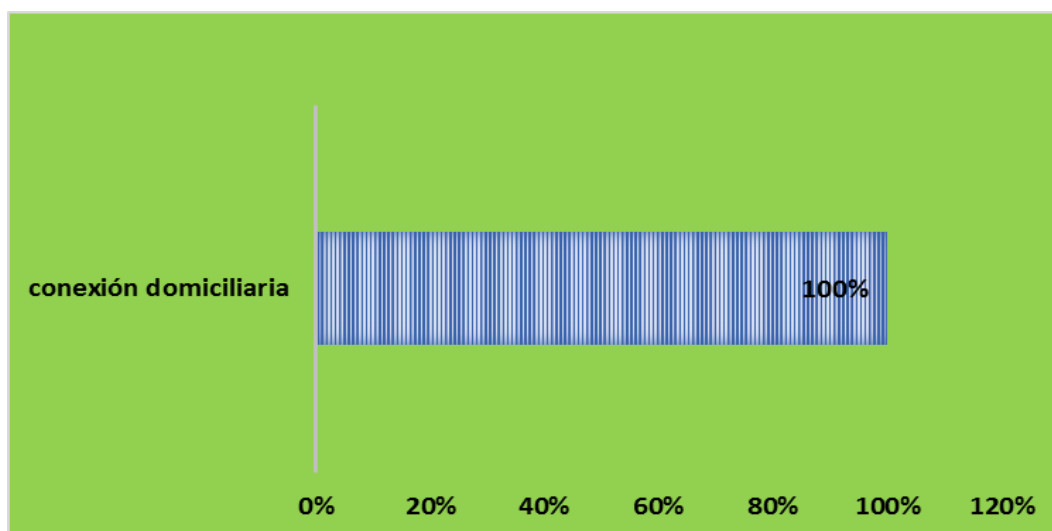


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°12

GRAFICO SEGÚN LA ELIMINACION DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

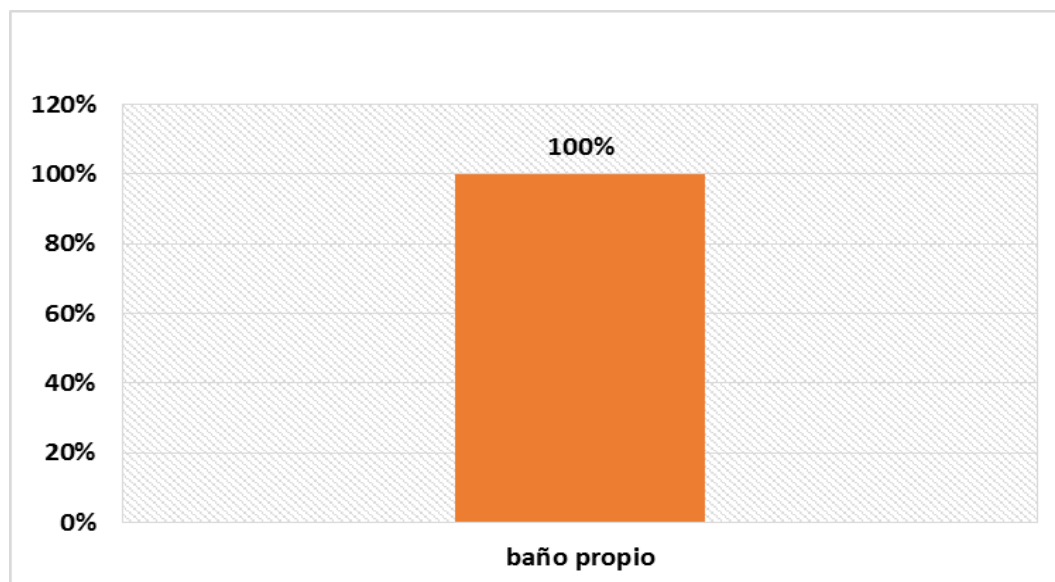


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°13

GRAFICO SEGÚN EL COMBUSTIBLE DE COCINA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

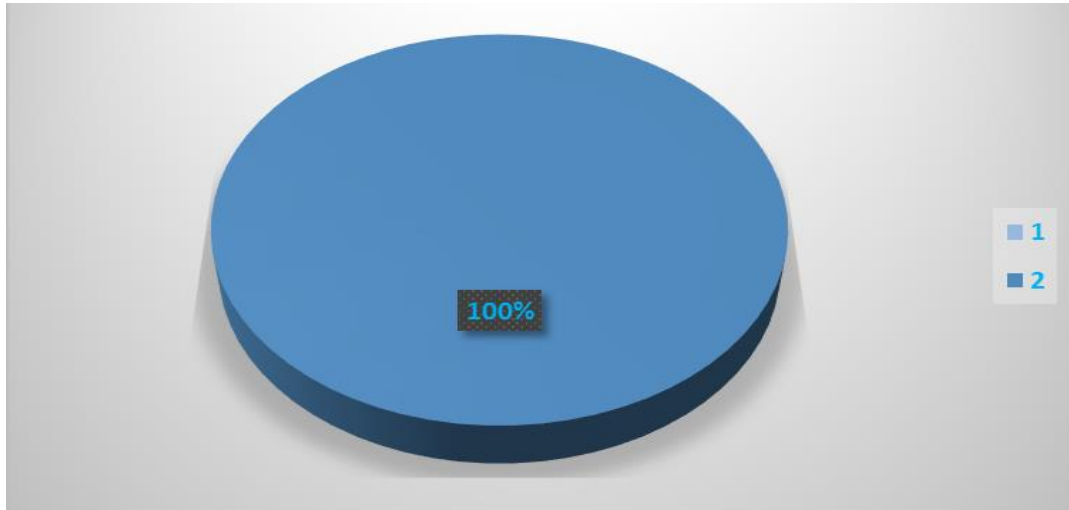


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°14

GRAFICO SEGÚN ENERGIA ELECTRICA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

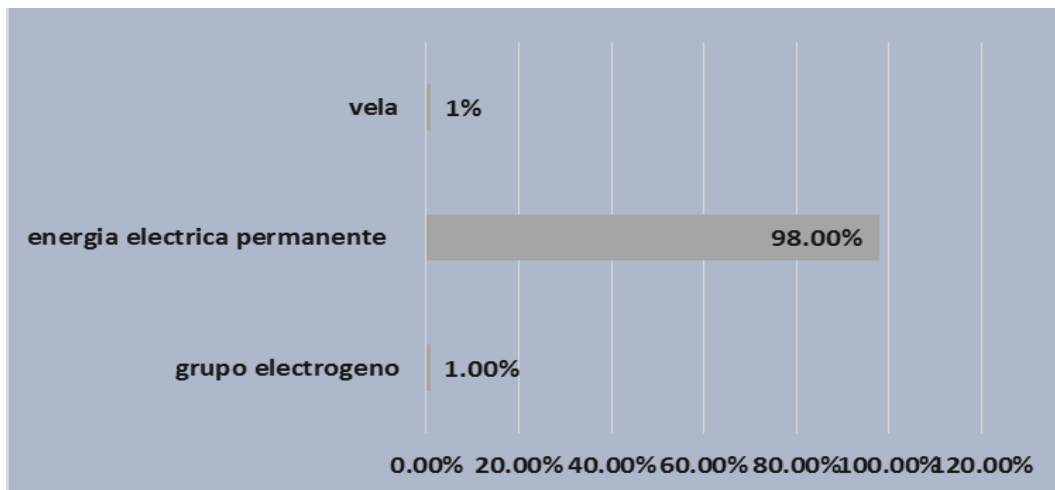


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°15

GRAFICO SEGÚN LA DISPOSICION DE LA BASURA DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

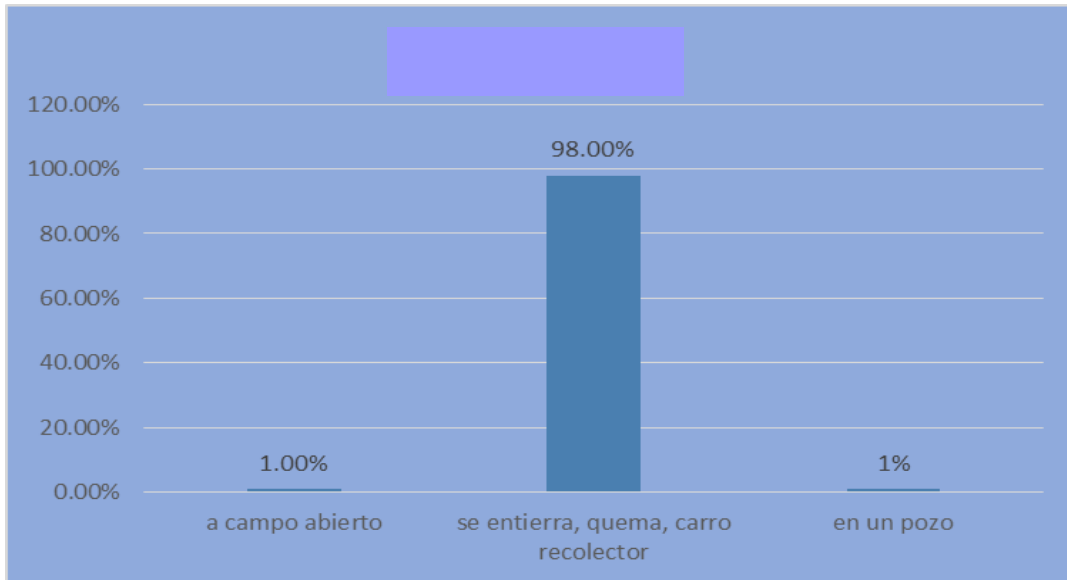


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°16

GRAFICO SEGÚN LA FRECUENCIA EN QUE PASA EL CARRO RECOLECTOR EN LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

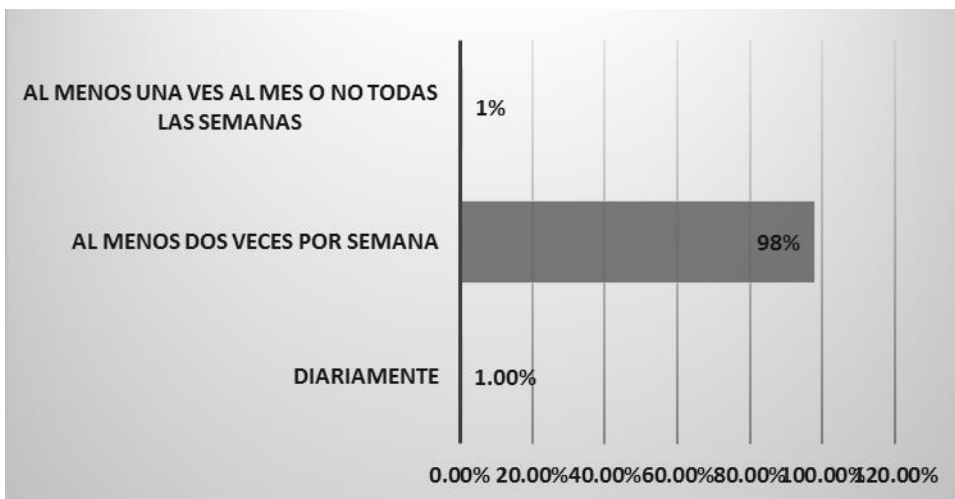


FIGURA: TABLA N°02

GRAFICO N°17

GRAFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

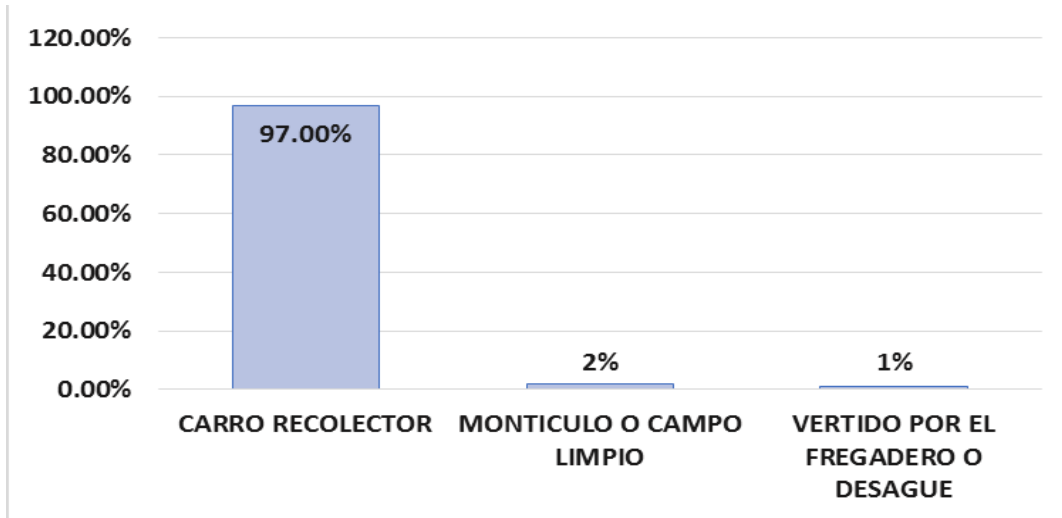


FIGURA: TABLA N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

GRAFICO N°18

GRAFICO DE QUE SI ACUDEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRED, VACUNA, EXAMEN DENTAL PERIODICAMENTE EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

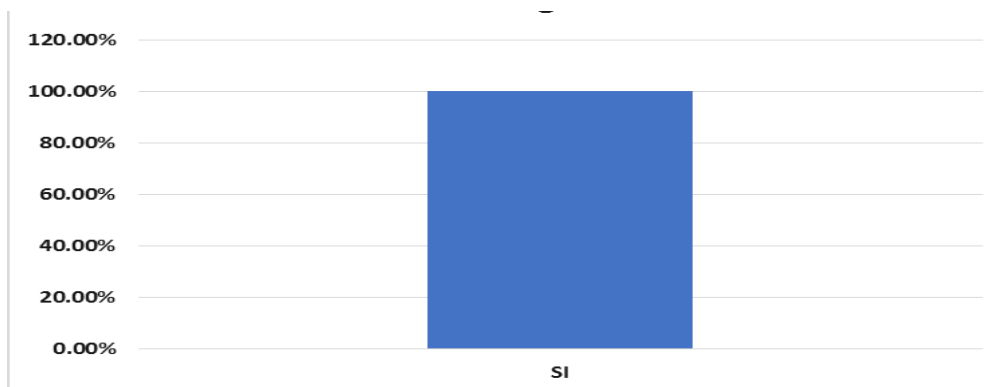


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°19

GRAFICO SEGÚN EL NUMERO DE HORAS QUE DUERME EL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

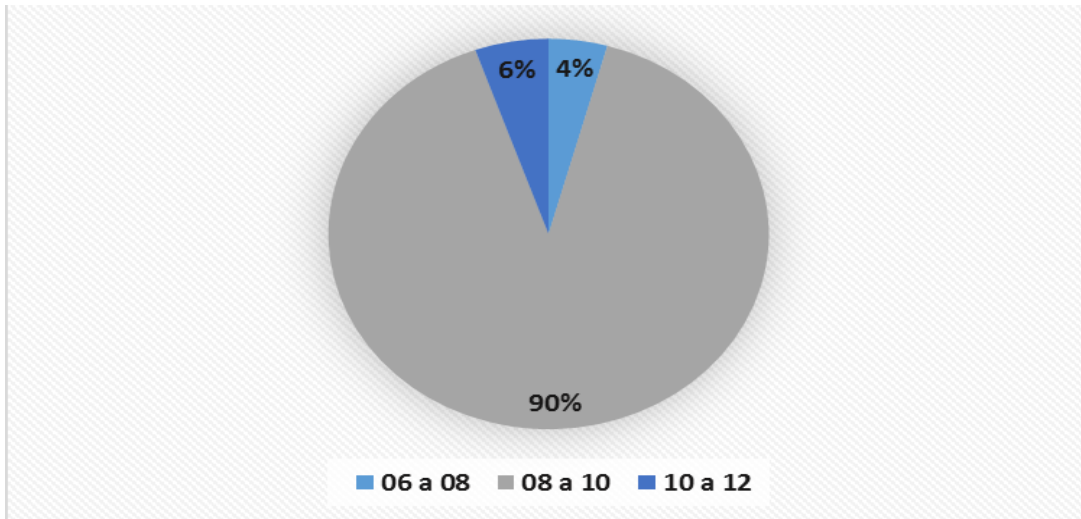


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°20

GRAFICO SEGÚN LA FRECUENCIA EN QUE SE BAÑA EL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

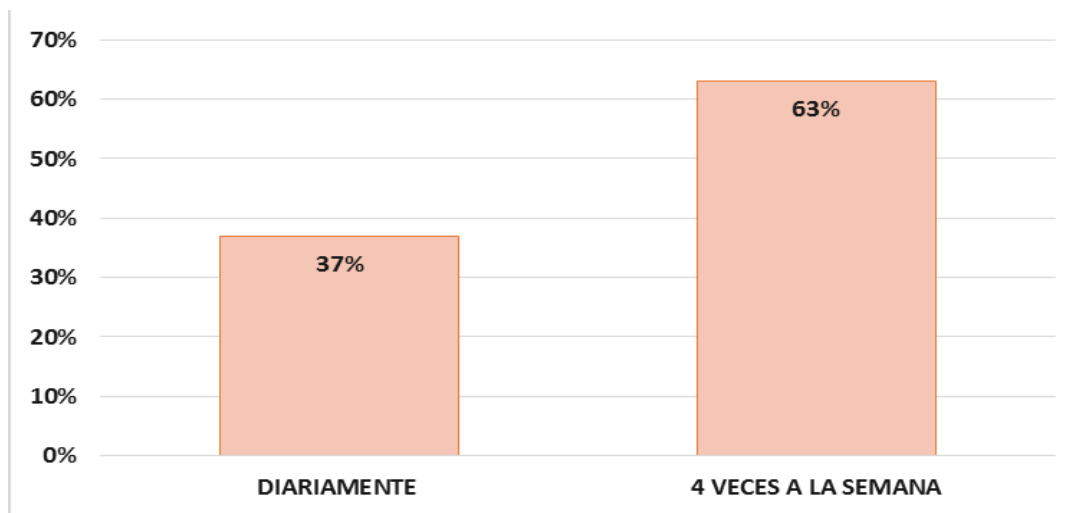


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°21

GRAFICO SEGÚN REGLAS Y EXPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES ACERCA DE SU CONDUCTA y /o DISCIPLINA EN LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

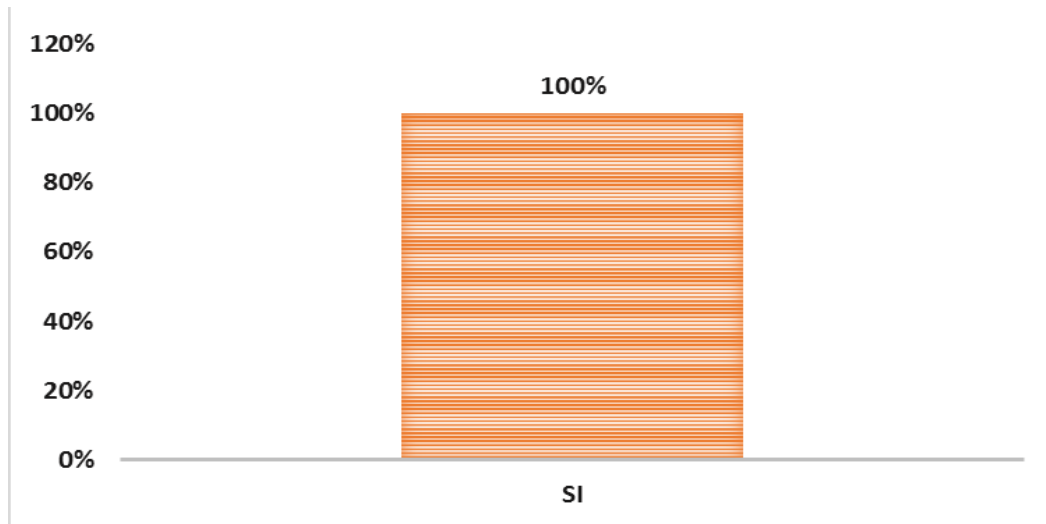


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°22

GRAFICO SEGÚN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS PRESENTO DIARREA, EL ALIMENTO QUE LE BRINDO FUE AL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

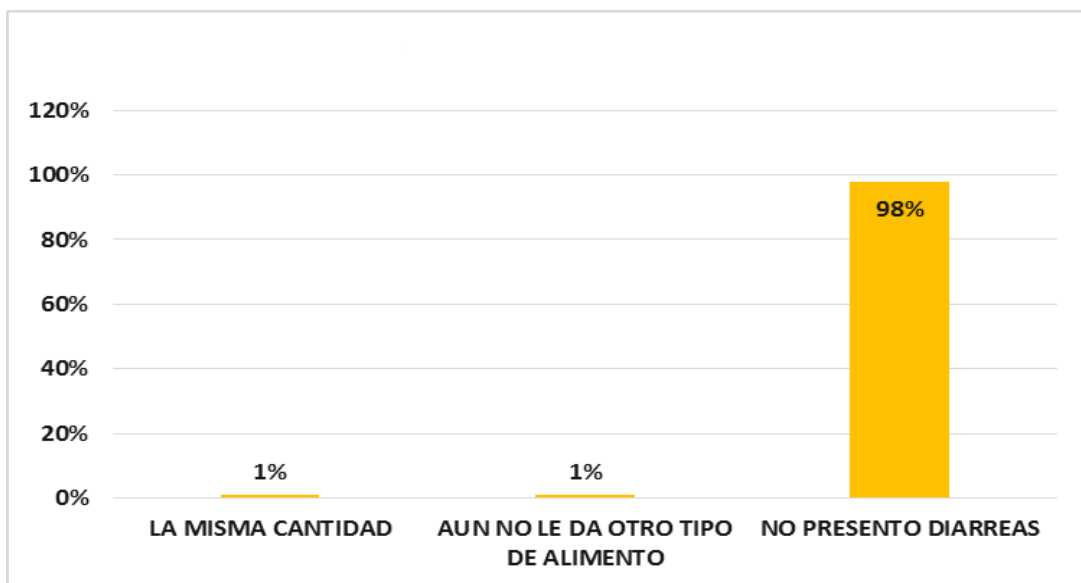


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°23

GRAFICO SEGÚN LOS ULTIMOS 6 MESES PRESENTO ALMENOS UN ACCIDENTE EN LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

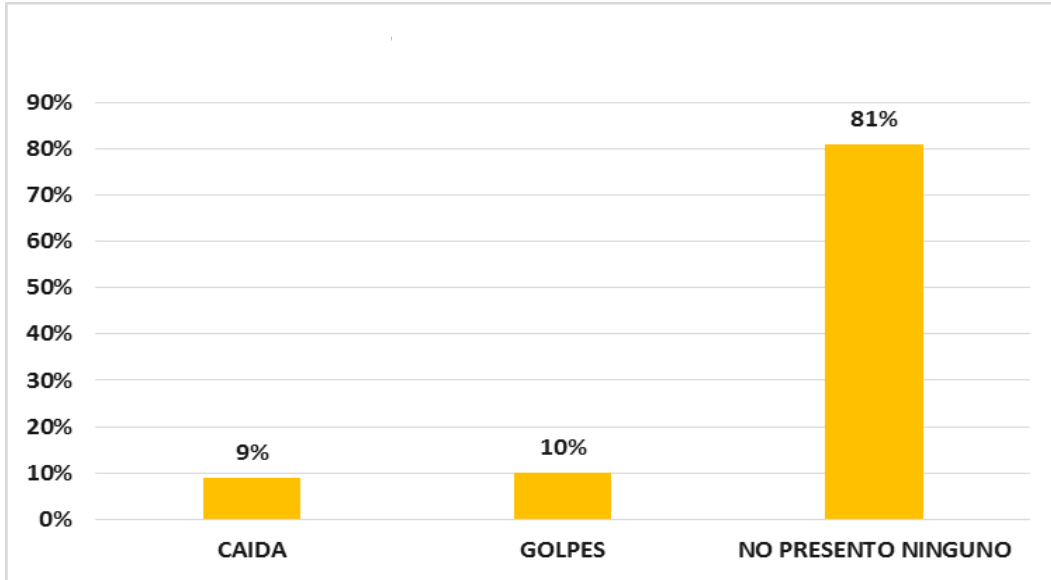


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°24

GRAFICO SEGÚN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS A IDENTIFICADO SIGNO DE ALARMA PARA UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

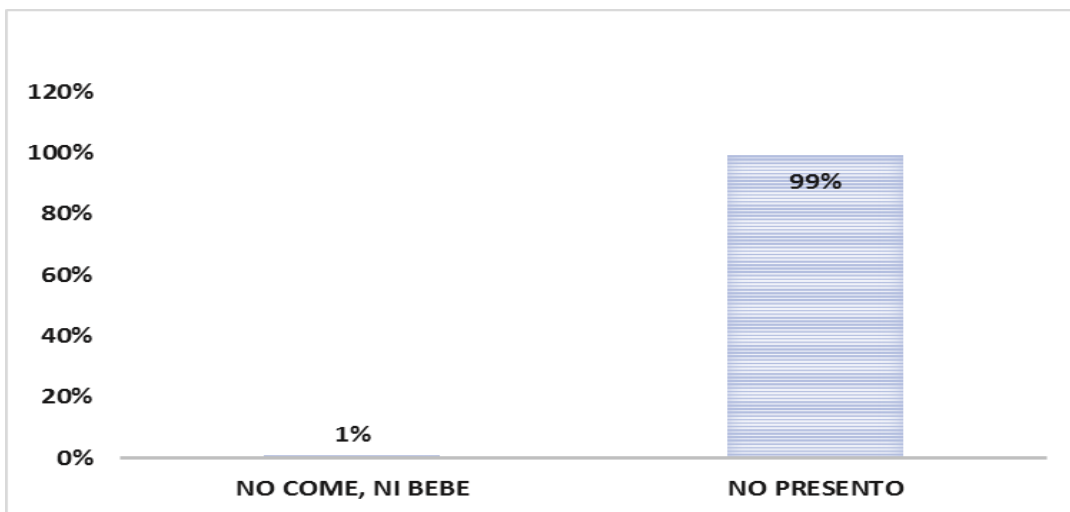


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°25

GRAFICO SI CUENTA CON EL CARNET DE VACUNAS COMPLETAS DE ACUERDO A SU EDAD DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

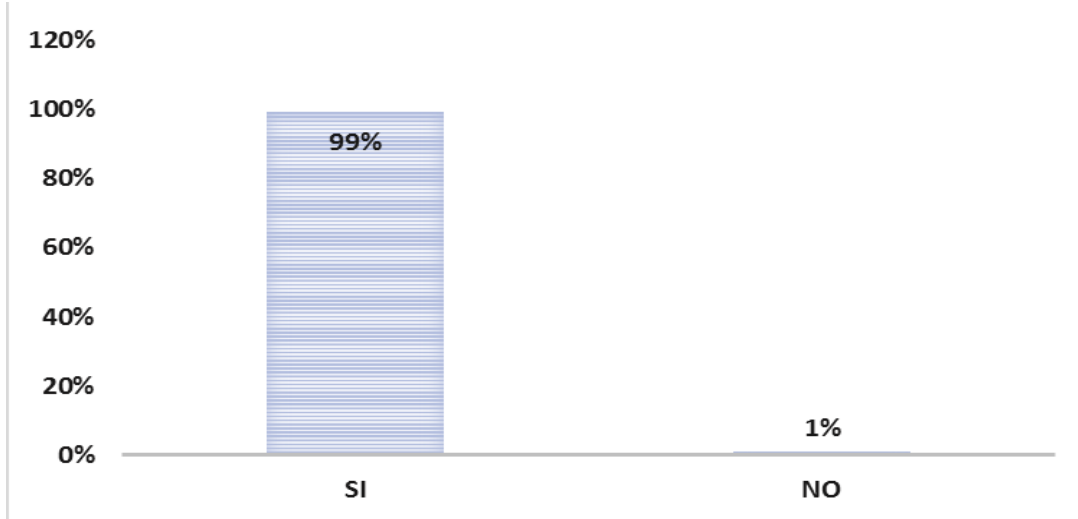


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°26

GRAFICO SI MUESTRA EL CARNET DE VACUNA Y EL CONTROL SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

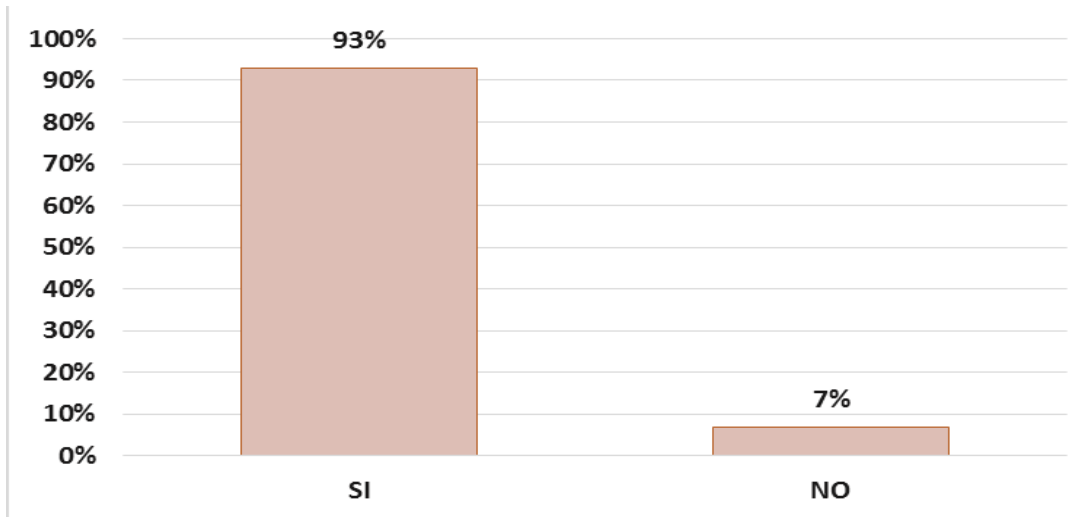


FIGURA: TABLA N°03

GRAFICO N°27

GRAFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

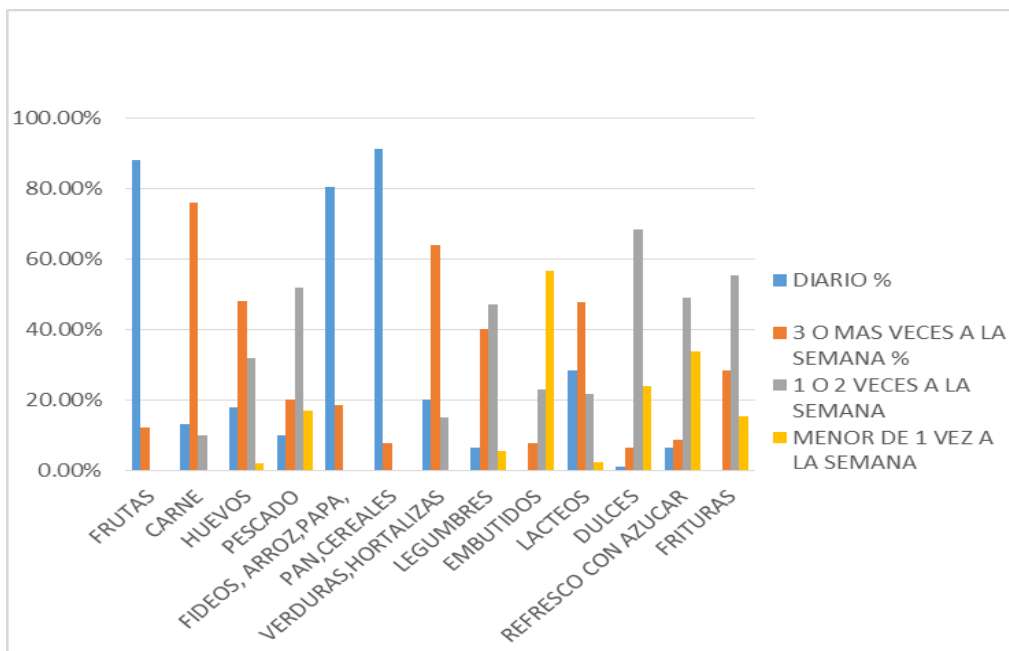


FIGURA: TABLA N°03

DATERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIOS

GRAFICO N°28

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

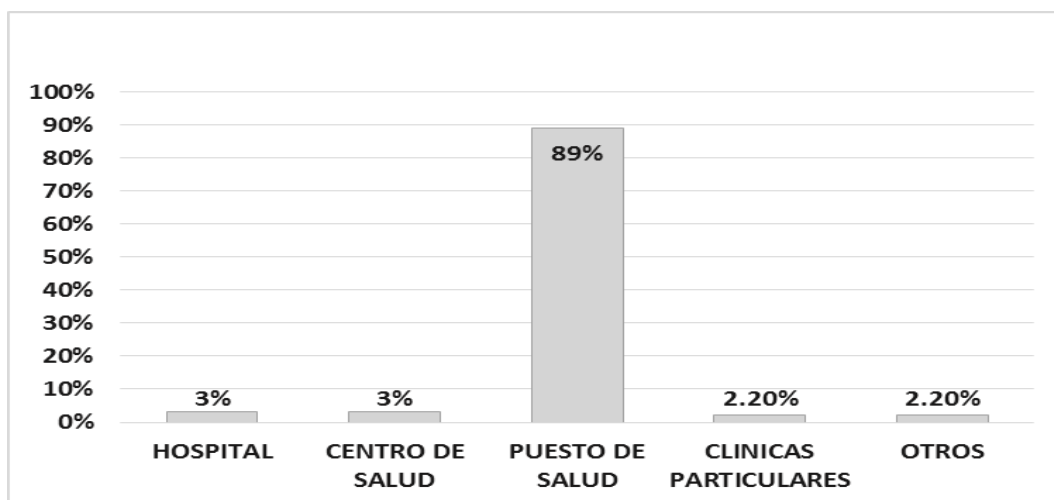


FIGURA: TABLA N°04

GRAFICO N°29

GRAFICO SEGÚN LA DISTANCIA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIERON LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

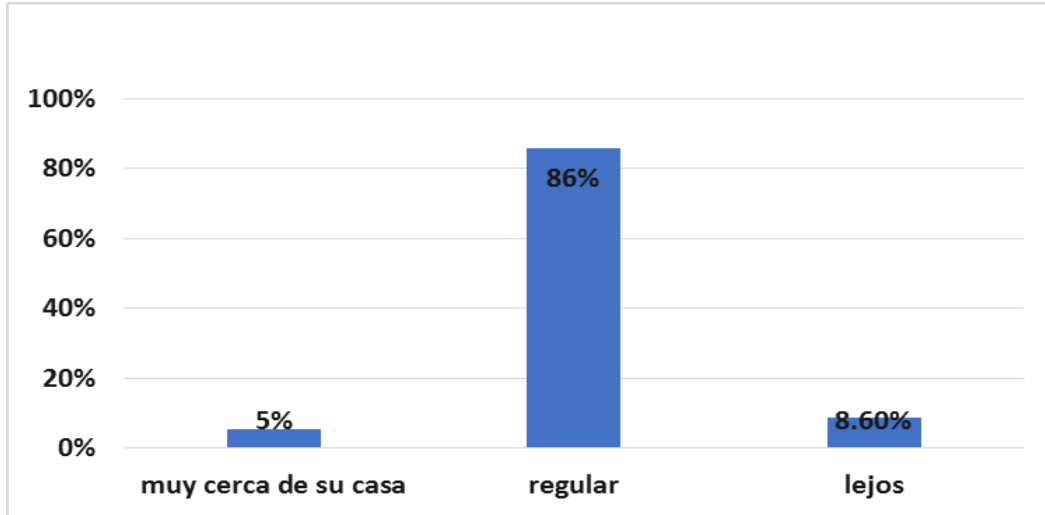


FIGURA: TABLA N°04

GRAFICO N°30

GRAFICO SEGÚN EL TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

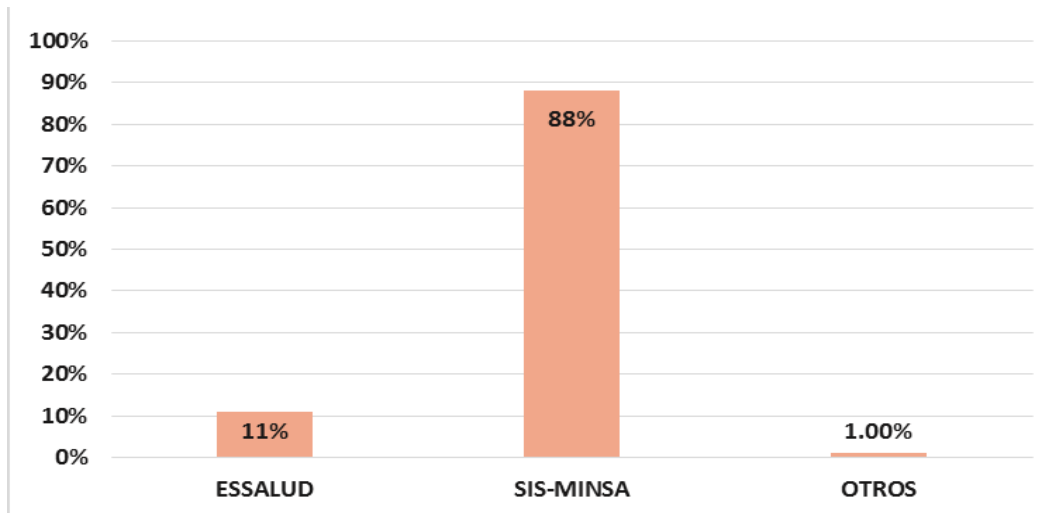


FIGURA: TABLA N°04

GRAFICO N°31

GRAFICO SEGÚN EL TIEMPO EN QUE ESPERAN PARA QUE ATIENDAN A LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

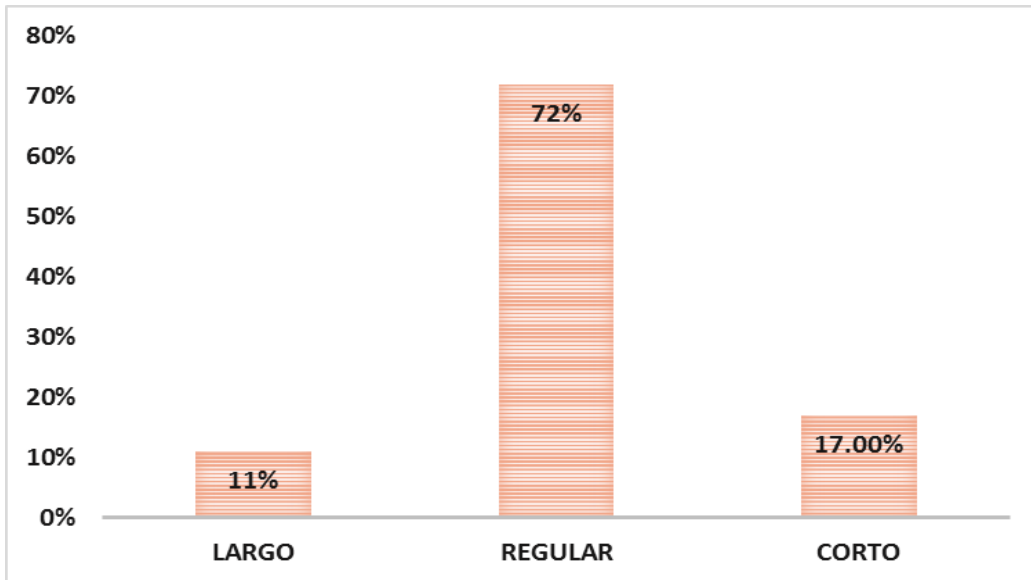


FIGURA: TABLA N°04

GRAFICO N°32

GRAFICO SEGÚN LA CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.

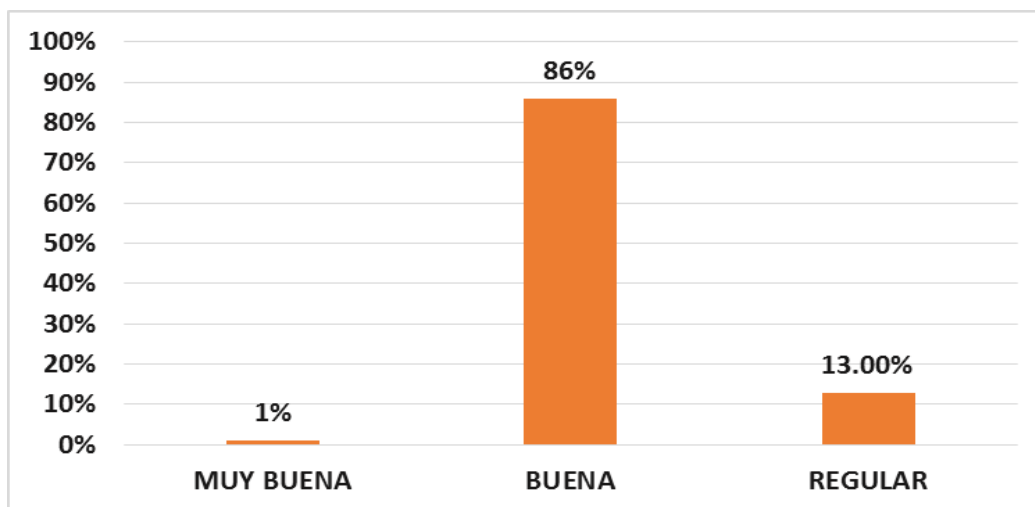


FIGURA: TABLA N°04

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL
GRAFICO N°33**

**GRAFICO SEGÚN RECIBEN ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL LOS
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE,
2015.**

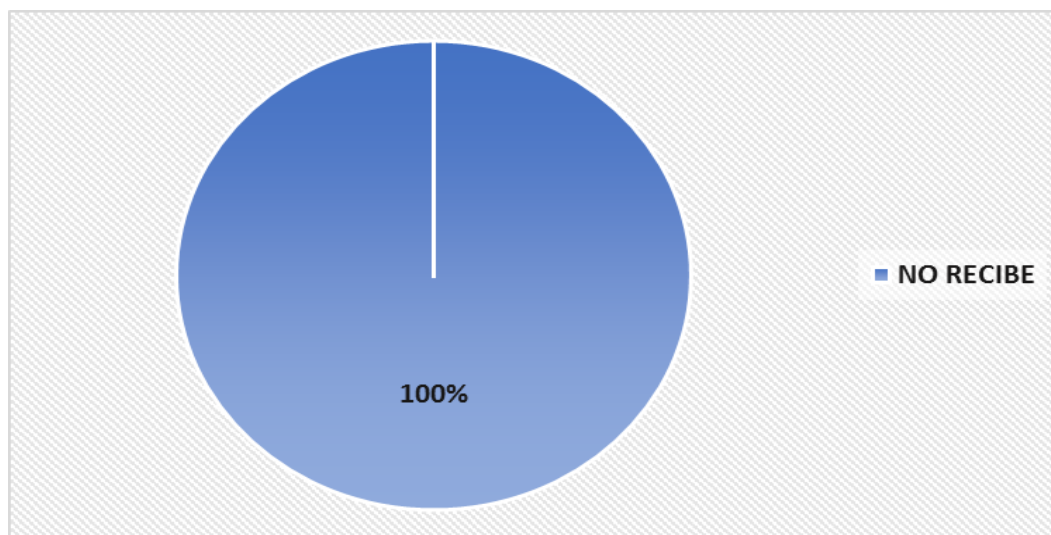


FIGURA: TABLA N°05

GRAFICO N°34

**GRAFICO SEGÚN RECIBEN ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO
LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS.INSTITUCION EDUCATIVA N°1692-
CHIMBOTE, 2015.**

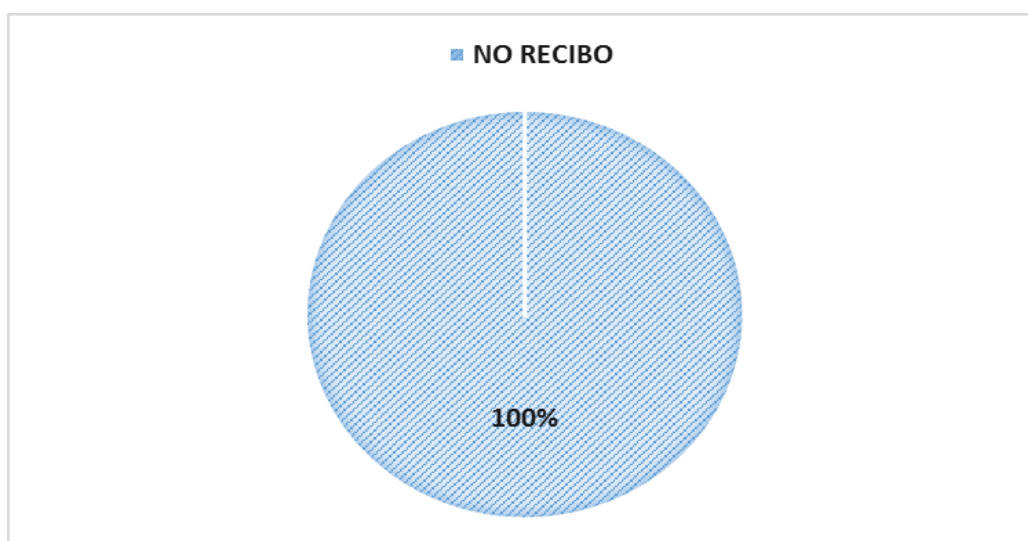


FIGURA: TABLA N°05

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN
GRAFICO N°34**

**GRAFICO SEGÚN APOYO SOCIAL QUE RECIBEN DE LAS
ORGANIZACIONES LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. INSTITUCION
EDUCATIVA N°1692-CHIMBOTE, 2015.**

