



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES  
DE 5 AÑOS. ASENTAMIENTO HUMANO LAS DUNAS  
CHIMBOTE, 2015**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERIA**

**AUTORA:**

**EDITH ANA MENDOZA ESPINOZA**

**ASESORA**

**Dra. : MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES**

**CHIMBOTE-PERÚ**

**2017**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz**

**PRESIDENTA**

**Mgtr. Leda María Guillén Salazar**

**SECRETARÍA**

**Dra. Sonia Avelino Girón Luciano**

**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

Se le dedico a mi madre querida María Elida Espinoza Arrelucea, que siempre me ha apoyado en cada momento de mis estudios, y que siempre me aconseja a cada momento.

A mi padre Dionisio Fausto Mendoza Urbano, que siempre me apoya en mi lucha constante de lograr mis objetivos y que siempre está ahí cuando más la necesito.

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

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios:

Por haberme dado la vida, por las enseñanzas porque siempre hay algo que aprender y sobre todo porque me ayuda a mejorar día con día; y que con cada prueba que me presenta, adquiero fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo y salir adelante con más fuerza.

A Mi amor Michael Zotelo Paredes:

Por su constante comprensión, amor, paciencia y apoyo incondicional para lograr mis metas planteadas.

Finalmente agradecer a mi docente la Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendemos cosas nuevas y valiosas para enfrentar los retos de la carrera con inteligencia y sabiduría nuestra vida profesional.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de línea cuantitativa, descriptiva en diseño de una sola casilla, tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en niños menores de 5 años del Asentamiento Humano. Las Dunas - Chimbote, 2015. La muestra estuvo constituida por 80 niños menores de 5 años quienes se le aplicó a la madre un instrumento. : Cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. En los determinantes biosocioeconómico encontramos que la mayoría de los niños menores de 5 años son de sexo femenino, las viviendas son multifamiliares. Un poco más de la mitad en jefe de familia tiene un ingreso económico menor de 750 nuevo soles, casi la totalidad eliminan la basura en los montículos o campo abierto, el material de las paredes es Madera. En los determinantes de los estilos de vida, la mayoría de los niños menores de 5 años duerme (11 a 12) horas; poco más de la mitad no tienen su carnet de vacunación completo de acuerdo a su edad; come carne y fruta al menos una vez a la semana. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad no recibe un apoyo social organizado y la mayoría refiere que si existe pandillaje cerca de su casa.

**Palabras clave:** Determinantes, Salud, Niños.

## ABSTRACT

This research aims to describe the determinants of health in children under 5 years. AA.HH. Las Dunas - Chimbote, 2015. The sample consisted of 80 children under age 5 who was the mother applied to an instrument. : Questionnaire on health determinants using the interview technique and observation. Data were processed in SPSS version 18.0 software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphics. In biosocioeconomic determinants we found that most children under age 5 are female. A little more than half the household head has a lower income of 750 new soles. In health determinants related to housing, all at least 1 time a month but not every week they spend picking up trash; almost all tend to eliminate waste in the mounds or open field, the wall material is wood in the determinants of lifestyles; most children under 5 years sleep (11 to 12) hours; little more than half do not have their full vaccination card according to their age; eat meat and fruit at least once a week; The determinants of social and community networks, most states that if there gangsterism and crime near his home.

**Keywords:** Determinants, Health, Children

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCION</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	
<b>2.1</b> Antecedentes.....	10
<b>2.2</b> Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	16
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
<b>3.1</b> Tipo y diseño de la Investigación.....	25
<b>3.2</b> Población y muestra.....	25
<b>3.3</b> Definición y Operacionalización de las variables.....	26
<b>3.4</b> Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	31
<b>3.5</b> Plan de análisis.....	48
<b>3.6</b> Principios éticos.....	50
<b>IV. RESULTADOS</b>	
<b>4.1</b> Resultados.....	55
<b>4.2</b> Análisis de resultados.....	64
<b>V. CONCLUSIONES</b>	
<b>5.1</b> Conclusiones.....	66
<b>5.2</b> Recomendaciones.....	79
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	83
<b>ANEXOS</b> .....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA 1</b> .....	51
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. A.H LAS DUNAS – CHIMBOTE; 2015.	
<b>TABLA 2</b> .....	53
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS - CHIMBOTE; 2015.	
<b>TABLA 3</b> .....	56
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS -CHIMBOTE; 2015.	
<b>TABLA 4, 5,6</b> .....	60
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS- CHIMBOTE; 2015.	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO 1</b> .....	89
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS- CHIMBOTE; 2015	
<b>GRÁFICO 2</b> .....	91
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS- CHIMBOTE; 2015	
<b>GRÁFICO 3</b> .....	98
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS; CHIMBOTE -2015.	
<b>GRÁFICO 4, 5,6</b> .....	103
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS; CHIMBOTE -2015.	

## **I. INTRODUCCION**

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

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

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

tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

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

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

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

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas»

de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (6).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

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

por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

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

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco

de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

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

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

No escapa a esta realidad expuesta los niños del asentamiento humano las Dunas, Se ubica dentro de la jurisdicción del Puesto de Miraflores Alto, distrito de Chimbote, Provincia de Santa. Este sector limita por el Este limita con el Mercado mayorista, por el Oeste limita con el Asentamiento Humano Nuevo Edén, por el Norte el Asentamiento Humano la familia y por el Sur con el Asentamiento Humano los Paisajes. El Asentamiento Humano “Las Dunas” tiene un total aproximado de 104 lotes habitables, y un aproximado de 430 personas, dentro de los cuales residen 90 mujeres en edad fértil. (13)

Este Asentamiento Humano cuenta con saneamientos básicos (Luz Agua Y Desagüé) la gran mayoría de las viviendas son de material madera, esteras en malas condiciones, la ocupación laboral de estas familias son negociantes, trabajadores de empresa, moto taxista, amas de casa. Por lo tanto las familias no cuentan con un buen sustento económico para alimentar saludablemente a sus hijos. Para poder llegar al Asentamiento Humano las dunas es a través de taxis, moto taxi o caminando. Así mismo no cuenta con asfaltado público como pistas y veredas por ende son las vías arenales, también se pudo observar gran contaminación en las vías públicas por basura y desmonte propias de los habitantes, este es uno de los grandes problemas que traerán grandes consecuencia como enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, para los más vulnerables que son los ancianos y niños.

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en niños menores de 5 años Del Asentamiento Humano las Dunas-Chimbote; 2015?** Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general: Describir los determinantes de la salud en niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas-Chimbote; 2015.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno



físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) del Asentamiento Humano las Dunas.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen los niños, hábitos del Asentamiento Humano las Dunas.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social que recibe el Asentamiento Humano las Dunas.

Finalmente la presente Investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote puesto que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas y proponer estrategias y soluciones para mejorar la calidad de vida del niño menor de 5 años. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir los factores de riesgo en los niños, mejorar la salud de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio de investigación permite motivar a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, a investigar mucho más sobre estos temas de gran implicancia en la salud para mejorar estos determinantes, puesto que es el único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más

saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas, 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 tiene gran relevancia para el puesto de salud Miraflores Alto porque las conclusiones y recomendaciones propuestas permiten contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en esta etapa de vida la niñez y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los usuarios del asentamiento Humano las Dunas y la población a nivel nacional; porque los resultados obtenidos en dicha investigación ayuda a contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a realizar cambios en conductas promotoras de salud, Ya que al conocer sus determinantes podrán concientizarse en disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismo.

## **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:**

Gonçalves M y col, en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres (13).

**Tovar L y García G**, En su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel

educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones(14).

**Rosales B y Mami U**, en su investigación titulada “Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana en el año 2008” concluye que la disciplina como medio de enseñanza, si bien mantiene pautas de castigo psíquico y físico, también ha experimentado cambios en América Latina. Las diversas campañas educativas y la difusión de los “Derechos del Niño” han generado una cierta conciencia social acerca de lo negativo de ciertas formas de disciplina. Frente a pautas de crianza, que antiguamente no se cuestionaban, que asumía el derecho de los padres y madres a castigar a sus hijos del modo que quisieran, porque les pertenecían, actualmente las sociedades son capaces de ponerlas en duda y muchas veces de reaccionar oponiéndose o denunciando (15).

**A nivel Nacional:**

**Rodríguez Q** , en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y

financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud (16).

**Instituto Nacional de Estadística e Informática;** en sus investigación titulada “Factores socioeconómicos que explican las desigualdades nutricionales de los niños del Perú -2003” concluyen que la educación de la madre, la talla para la edad de la madre, la tasa de pobreza distrital, estos tres factores con contribuciones muy similares (normalmente entre 10% y 15%); y el orden de nacimiento del niño, con una contribución un tanto menor a las anteriores. Ninguna de estas variables mostró un aumento en su poder explicativo como el experimentado por el NSE; más bien ocurrió lo contrario, en el sentido de que, o bien mostraron en 2004-07 una atribución similar a la que existía a inicios de los noventa (edad de la madre, talla para la edad de la madre), o bien su poder explicativo disminuyó (orden de nacimiento del niño y tasa de pobreza distrital) (17).

**A nivel local:**

**Melgarejo E y col** (19), 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.

**Solsol L**, en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los niños menores de 5 años con problemas nutricionales que acuden al programa integral de nutrición del Puesto De Salud La Unión - Chimbote, 2013”. se obtuvo como resultado lo siguiente: el 54% de las madres de los niños menores de 3 años, tienen un grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta; , un ingreso económico menor de 750 soles, teniendo un trabajo estable, el 78% tiene sus viviendas propias y de estera y adobe, el 38% duermen independientemente, el 100% cuentan con conexión de abastecimiento de agua a domicilio y baño propio, el 88% cocina a gas y cuentan con energía eléctrica permanente, el 100% cuenta con disposición de basura en el carro recolector lo cual pasa con frecuencia de al menos 2 veces

por semana, estos niños menores de 5 años están llevando un estilo de vida no saludable (20).

## 2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (21).

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 (22).



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 (23).

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 (24).



**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 (25).

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

**a) Determinantes estructurales**

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

través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (26).

#### **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 (26).

#### **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 (27).

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 (28).

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

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

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

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

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

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

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

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

El niño es todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. Así mismo se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y,

con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas (30).

Reina V ; En su investigación titulada” Principales factores de riesgo en la salud de niños realizado en Santiago de Cuba en el año 2012, Obtuvo como resultado que los recién nacidos y menores de 3 meses predominan con bajo peso al nacer y las cesáreas por distocias como factores biológicos, y el colecho como aspecto social; sin embargo, en los lactantes con edades de 4 meses a un año fueron más frecuentes los riesgos nutricionales: anemia y sustitución temprana de la lactancia materna por la artificial, aunque también se observó la presencia de afecciones respiratorias a repetición en un importante número de integrantes de este grupo etario (31).

La enfermera es sinónimo de madre, porque ella vive con intensidad la llegada de un nuevo ser desde el momento del nacimiento, desde la atención inmediata y los cuidados del recién nacido, el hacer sentir a este nuevo ser en ese contacto inicial el calor y el amor de una madre sustituta temporal; y más aún al encontrarse con alguna adversidad no esperada en sus ojos se reflejan la angustia, el dolor, el temor que sufren, su accionar muestra serenidad, tranquilidad y confianza en brindar una atención de calidad. La enfermera en la atención del niño refleja también la alegría, la dulzura y ternura en su recuperación con la satisfacción. Así también la enfermera de Pediatría es aquella que sufre y que está dispuesta a dar

amor de aquellos que lo niegan por azares del destino, sin ningún propósito material solo esperando como recompensa en el rostro de aquel niño salud, bienestar, aquella sonrisa inocente de ese nuevo ser que solo ellos lo saben dar (32).

### **III. METODOLOGÍA.**

#### **3.1 Tipo y nivel de investigación**

Cuantitativo, descriptivo (21,22)

#### **3.2 Diseño de la investigación**

Diseño de una sola casilla (23, 24)

#### **3.3 Universo Muestral.**

El universo muestral estuvo constituido por 80 niños menores de 5 años.

##### **3.3.1 Unidad de análisis.**

Los niños menores de 5 años, del Asentamiento Humano las Dunas.

#### **3.4 Criterios de Inclusión**

- Los niño menor de 5 años que esta viviendo más de 3 años en el Asentamiento Humano las Dunas.
- Madre del niño menor de 5 años del Asentamiento Humano que acepto participar en el estudio.
- Madre del niño menor de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas que conto con disponibilidad para participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

#### **3.5. Criterios de Exclusión:**

- Madre de los niños menor de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas que presentaron algún trastorno mental.
- Madre del niño menor de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas que tuvo algún problema de comunicación.



- Niño menor de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas que presentaron algún trastorno mental.

### **3.6.DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **3.6.1. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO**

**Sexo:**

**Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (33).

Definición Operacional.

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

**Grado de Instrucción.**

**Definición Conceptual.**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (34).

**Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción.
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria

- Superior no universitaria

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (35).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (36)

#### **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 (37).

### **Definición operacional**

Escala nominal

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

### **Tenencia**

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

### **Material del piso:**

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

### **Material del techo:**

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe

- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit

#### **Material de las paredes:**

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

#### **Miembros de la familia que duermen por habitaciones**

- a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

#### **Abastecimiento de agua**

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

#### **Eliminación de excretas**

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

#### **Combustible para cocinar**

- Gas, Electricidad
- Leña, Carbón
- Bosta

- Tuza ( coronta de maíz)
- Carca de vaca

### **Energía Eléctrica**

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

### **Disposición de basura**

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

### **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**

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

### **Eliminación de basura**

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

### **3.6.2 . DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

#### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (38).

#### **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**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (39).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

**Frecuencia de consumo de alimentos**

- Diario

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

### **3.6.3. 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. (40).

#### **Apoyo social natural**

##### **Definición Operacional**

Escala nominal

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

#### **Apoyo social organizado**

##### **Escala nominal**

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



### **Apoyo de organizaciones del estado**

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

### **Acceso a los servicios de salud**

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (41).

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

Escala nominal

#### **Institución de salud atendida:**

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

#### **Lugar de atención que fue atendido:**

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

#### **Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD

- Otros

**Tiempo de espera en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda**

- Si ( ) No ( )

**3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

**Técnicas**

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

**Instrumento**

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

### **Instrumento N° 01**

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 32 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de los niños menores de 5 años.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen los niños menores de 5 años.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

#### **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 menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud de los niños menores de 5 años.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Donde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en niños menores de 5 años de edad en el Perú (Anexo 3).

### **Confiability**

#### **Confiability interevaluador**

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma madre del niño menor de 5 años por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 4) (42).

### **3.7. Procedimiento y análisis de datos**

#### **3.7.1. Procedimientos de la recolección de datos:**

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a las madres de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Duna 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 menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

### **3.7.2 Análisis y Procesamiento de los datos:**

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

### **3.8 Principios éticos**

En toda 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 (44).

#### **Anonimato**

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

#### **Privacidad**

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

#### **Honestidad**

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

## **Consentimiento**

Solo se trabajó con las madres de los niños menores de 5 años el Asentamiento Humano las Dunas 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 MENORES DE 5 AÑOS DEL AA HH LAS DUNAS CHIMBOTE - 2015.*

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	26	32,5
Femenino	54	67,5
Total	80	100,0

<b>Grado de instrucción de la madre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	2	2,5
Inicial/Primaria	48	60,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	17	21,4
Superior completa e incompleta	10	12,5
Superior no universitaria completa e incompleta	3	3,7
Total	80	100,0

<b>Ingreso económico (soles)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 750 Nuevo soles	42	52,5
De 751 a 1000 Nuevo soles	20	25,0
De 1001 a 1400 Nuevo soles	18	22,5
De 1401 a 1800 Nuevo soles	0	00,0
De 1801 a más Nuevo soles	0	00,0
Total	80	100,0

<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	10	12,5
Eventual	50	62,5
Sin ocupación	5	6,3
Jubilado	7	8,7
Estudiante	8	10,0
Total	80	100,0

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en niños menores de 5 años del AA HH Las Dunas Chimbote \_2015, elaborado por la Dr. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.



#### 4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA HH LAS DUNAS CHIMBOTE – 2015.*

<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	20	25,0
Vivienda multifamiliar	52	65,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	8	10,0
Local no destinada para habitación Humana	0	0,0
Otros	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Tenencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	20	25,0
Cuidador/alojado	10	12,5
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	5	6,2
Propia	45	56,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Material del piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tierra	40	50,0
Entablado	2	2,5
Loseta, vinílicos o sin vinílico	30	37,5
Láminas asfálticas	8	10,0
Parquet	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	42	52,5
Adobe	0	0,8
Estera y adobe	16	20,8
Material noble, ladrillo y cemento	10	12,5
Eternit	12	15,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	55	68,7
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	20	25,0
Material noble ladrillo y cemento	5	6,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	79	64,2
Independiente	44	35,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0,0
Cisterna	18	22,5
Pozo	0	0,0
Red pública	12	15,0
Conexión domiciliaria	50	62,5

Total	80	100,0
<b>Eliminación de excretas</b>		
Aire libre	3	3,7
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	12	15,0
Baño público	5	6,0
Baño propio	60	75,0
Otros	0	0,0
Total	80	100,0
<b>Combustible para cocinar</b>		
Gas, Electricidad	75	93,7
Leña, carbón	5	6,2
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	80	100,0
<b>Energía eléctrica</b>		
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	80	100,0
Energía eléctrica permanente	0	0,0
Vela	0	0,0
Total	80	100,0
<b>Disposición de basura</b>		
A campo abierto	2	2,5
Al río	0	0,0
En un pozo	6	7,5
Se entierra, quema, carro recolector	72	90,0
Total	80	100,0
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>		
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	80	100,0
Total	80	100,0
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>		
Carro recolector	3	3,8
Montículo o campo limpio	40	50,0
Contenedor específico de recogida	10	12,5
Vertido por el fregadero o desagüe	15	18,7
Otros	12	15,0
Total	80	100,0

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en niños menores de 5 años del AA HH Las Dunas Chimbote \_2015, elaborado por la Dr. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

Continúa....

#### 4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

**TABLA 3**  
**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A .H LAS DUNAS CHIMBOTE – 2015.**

<b>Acude al establecimientos de salud, para la ais (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)</b>	N	%
Si	15	18,7
No	65	81,3
Total	80	100,0
<b>Nº de horas que duerme</b>	N	%
[06 a 08)	15	18,7
[08 a 10)	15	18,7
[10 a 12)	50	62,5
Total	80	100,0
<b>Frecuencia con que se baña</b>	N	%
Diariamente	63	78,7
4 veces a la semana	9	11,3
No se baña	8	10,0
Total	80	100,0
<b>Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina</b>	N	%
Si	45	56,3
No	35	43,7
Total	80	100,0
<b>En las dos últimas semanas el niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue</b>	N	%
La misma cantidad	0	0,0
Menos cantidad	35	43,7
Más cantidad	0	0,0
Aun no le da otro tipo de alimentos	0	0,0
No presento diarreas	45	56,2
Total	80	100,0
<b>Los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar</b>	N	%
Caída	34	42,5
Golpes	15	18,7
Electrocutado	0	0,0
Quemaduras	15	18,7
Otros	0	0,0
No presento ninguno	16	20,0
Total	80	100,0
<b>Las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño.</b>	N	%
Respiración rápida	10	12,5
No puede respirar	4	5,0
No come, ni bebe	0	0,0

Se pone frio	0	0,0
Más de 3 días con calentura	19	23,7
Le sale pus en el oído	0	0,0
Le aparecen puntos blancos en la garganta	0	0,0
No presento	47	58,7
Total	80	100,0
<b>El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad</b>		
	N	%
Si	39	48,7
No	41	51,3
Total	80	100,0
<b>Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad</b>		
	N	%
Si	23	28,7
No	57	71,3
Total	80	100,0

Continúa....

**TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Frutas	0,0	0,0	10,0	12,5	10,0	12,5	60,0	75	0,0	0,0	80,0	100,0
Carne	0,0	0,0	10,0	12,0	12,0	15	58,0	72,5	0,0	0,0	80,0	100,0
Huevos	5,0	6,2	15,0	18,7	14,0	17,5	46,0	57,5	0,0	0,0	80,0	100,0
Pescado	7,0	5,7	37,0	30,1	65,0	52,8	14,0	11,4	0,0	0,0	80,0	100,0
Fideos, arroz, papa	61,0	76,2	9,0	12,5	10,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	100,0
Pan, cereales	65,0	81,2	5,0	6,2	10,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	100,0
Verduras, hortalizas	25,0	31,2	45,0	56,2	5,0	6,2	5,0	6,2	0,0	0,0	80,0	100,0
Legumbres	0,0	0,0	35,0	43,7	5,0	6,2	22,0	27,5	18,0	22,5	80,0	100,0
Embutidos	45,0	56,2	25,0	31,2	4,0	5,0	6,0	7,5	0,0	0,0	80,0	100,0
Lácteos	34,0	42,5	38,0	47,5	5,0	6,2	3,0	3,7	0,0	0,0	80,0	100,0
Dulces	2,0	2,5	8,0	10,0	10,0	12,5	50,0	62,5	10,0	12,5	80,0	100,0
Refrescos con azúcar	36,0	45,0	28,0	35,0	3,0	3,7	5,0	6,3	8,0	10,0	80,0	100,0

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en niños menores de 5 años del A. H Las Dunas Chimbote \_2015, elaborado por la Dr. 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 MENORES DE 5 AÑOS DEL A. H LAS DUNAS CHIMBOTE- 2015.*

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hospital	45	56,2
Centro de salud	10	12,5
Puesto de salud	0	0,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	25	31,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	27	33,7
Regular	10	12,5
Lejos	43	53,8
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>Tipo de seguro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ESSALUD	15	18,7
SIS – MINSA	45	56,2
SANIDAD	0	0,0
Otros	20	25,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy largo	0	0,0
Largo	21	26,3
Regular	53	66,2
Corto	6	7,5
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	15	18,7
Buena	30	37,5

Regular	25	31,3
Mala	10	1,5
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en niños menores de 5 años del AA HH Las Dunas Chimbote \_2015, elaborado por la Dr. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

**TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS CHIMBOTE -2015.**

<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>T</b> Si	65	81,3
<b>A</b> No	15	18,7
<b>B</b> <b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

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

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	25	31,3
Amigos	0	0,0
Vecinos	3	3,7
Compañeros espirituales	2	2,5
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	50	62,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	5	6,2
Instituciones de acogida	0	0,0

Organizaciones de voluntariado	de	0	0,0
No recibo		75	93,7
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en niños menores de 5 años del A H Las Dunas Chimbote \_2015, elaborado por la Dr. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación

***TABLA 6. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN QUE RECIBE APOYO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS CHIMBOTE – 2015***

Apoyo social de las organizaciones	Si		N°	
	n	%	n	%
Comedor popular	0,0	0,0	0,0	0,0
Vaso de leche	10	12,5	0,0	0,0
Otros Qaliwarma	65	81,3	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>



#### 4.2 Análisis De Resultados.

**En la Tabla 1:** Del 100% (80) de los niños menores de 5 años del A. H Las Dunas, el 67,5% (54) son de sexo femenino; el 60% (48) de las madres de los niños menores de 5 años tienen un grado de instrucción Inicial/Primaria; el 60% (42) tienen un ingreso económico menor de 750 soles; el 62,5% (50) en cuanto a la ocupación de los jefes de familia tienen una trabajo eventual.

Acevedo, E y Sanabria, M en su investigación titulado “Estado Nutricional a Factores Socioculturales en Niños menores de 5 años, realizado en el año 2004 se encontró que uno de los factores determinantes del estado nutricional, es el grado de instrucción de la madre o de la persona encargada de cuidar y alimentar al niño. En este estudio 9% de las madres tenían analfabetismo y el 71% con secundaria incompleta. Concluye que, la instrucción materna tiene una doble connotación referente tanto al nivel socioeconómico familiar, como a la capacidad de cuidado infantil, que le permite una mayor autonomía y racionalidad a la hora de tomar decisiones relacionadas a la salud del niño (45).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en promedio para todo el Perú, una persona es pobre extrema si no tiene ingresos para acceder a una canasta básica de alimentos como otros bienes y servicios relacionados como: Vivienda, Vestido, Educación, entre Otros- La canasta básica familiar es de S/. 1,292 mensual (46).

Buyatti L; Feuillade C, Beltrán L; “En su investigación titulado: Determinar la relación del estado nutricional en niños con el nivel de instrucción y ocupación de los padres”, dicho estudio fue realizado con las historias clínicas de los niños de 0 a 23 meses del Centro de Salud de Resistencia, Chaco, teniendo como resultado que tenían hijos mal nutridos el 43% de los hombres que no terminaron la primaria, el 40,64% de los que no finalizaron la secundaria, y el 41,73% de los que si lo hicieron; y para las madres, estos valores fueron 44,32%, 30,30% y 21,03%, respectivamente. En cuanto a la ocupación, tenían niños con mal nutrición el 23,73% de los padres con trabajo fijo, el 39,51% de aquellos con trabajo esporádico, y 40,55% de los desocupados; los porcentajes para las mujeres fueron 30,24% para las que tenían trabajo fijo y 30,13% para las desocupadas (47).

Se encontró estudios similares como la de Wong, R y Espinoza, M. en su investigación titulada el “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México” realizada en el año 2006. Los resultados que se encontraron son que la buena salud se encuentra asociada con mayor ingreso económico de la familia, con mayor ingreso económico mejor calidad de vida, como también se genera una habilidad para el ahorro o para la mayor acumulación de bienes, sino también por problemas de salud. Es importante seguir ahondando en el estudio de esta relación entre salud y nivel económico. Independientemente del papel de la riqueza individual, la importancia numérica de las redes de apoyo familiar en la posición

económica se hace evidente en los datos de la Enasem. Encontramos que cerca de 10 por ciento de la población de 50 años o más recibe ingreso solamente en forma de ayuda financiera por parte de familiares, y una tercera parte de las personas declaran (48).

También se encontraron trabajos que difieren de los resultados obtenidos, como el de Morales J., Orahuli C., Rengifo C. y Sánchez J, autores de la investigación titulada “Grado de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de cinco años en San Juan de Miraflores”. De acuerdo con la población total de madres, comprobamos que el 50 % tiene grado de instrucción secundaria incompleta, el 30 % cuenta con primaria completa el 15 % son analfabetas y el 5 % tiene grado de instrucción superior. Estos indicadores del grado de instrucción, nos pueden hacer suponer un des-conocimiento elevado acerca de la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (49)

Se define el grado de instrucción de una persona como el grado más elevado de estudios realizados sin tener en cuenta si se han terminado o están definitivamente incompletos, se distinguen los siguientes niveles: Primarios, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, de Bachiller Superior, Acceso a la Universidad y Superiores. Estudios de Licenciatura, así como de doctorado y especialización (50).

La educación primaria obligatoria como su propio nombre indica es gratuita para las personas, hasta esa edad el niño debe formarse Obligatoriamente

para que luego pueda decidir qué camino quiere tomar en su vida. La finalidad de la educación primaria o obligatoria es que las personas adquieran conocimientos básicos de cultura, desarrollen hábitos de estudio y trabajo, se les prepare para la inserción en el mundo laboral así como para poder proseguir sus estudios académicos y continuar formándose (51).

Ocupación es a aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. También se dice que ocupación es todo comportamiento que es motivado por un impulso intrínseco y consciente de ser efectivo en el ambiente, con el objeto de cumplir una serie de roles individuales que son formados por la tradición cultural y aprendidos a través de un proceso de socialización. Es capacidad que tiene el individuo para emplear su tiempo en forma acostumbrada teniendo en cuenta su sexo, edad y cultura (52).

Un Trabajo eventual son aquellos que se realizan por un periodo determinado "por ejemplo un contrato por 3 meses , y si tu jefe no te echa , tu contrato se acaba a los 3 meses , al menos que no te lo renueve tu jefe pero existe una excepción con estos contratos, ya que existe el contrato por "obra y servicio " donde no existe una fecha de finalización exacta , sino que este contrato se realiza cuando una empresa supuestamente , cuando de repente y de manera extraordinaria tiene un volumen elevado que no puede hacerse cargo con los trabajadores que tiene en plantilla , y no se sabe

cuánto durara esta situación .por lo tanto se realiza este contrato sin fecha, que finaliza cuando ese volumen de trabajo ya se ha acabado (53).

El ingreso familiar (también denominado ingreso del hogar) es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia. Al hablar de totalidad se incluye el salario, los ingresos extraordinarios e incluso las ganancias que se obtienen en forma de especie. El concepto de ingreso familiar medio es útil para medir la relación de este valor con otro índice significativo, la canasta familiar básica, así mismo el ingreso familiar sirve como un índice de referencia para diversas ayudas sociales: becas para estudiantes, ayudas económicas para personas con discapacidad, acceso a viviendas públicas y toda una serie de prestaciones sociales que dependen de la medición objetiva de los ingresos familiares (54).

En conclusión los determinantes biosocioeconómicos afecta el estado de salud de los niños menores de 5 años; si bien el grado de instrucción y el ingreso económico de los jefes de familia repercute en el desarrollo de los niños menor de 5 años, si bien sabemos el principal sostén de la familia es el padre y la madre, cuando ellos no cuentan con un trabajo o su ingreso económico es menor de 850 soles la vida familiar cambia de modo predecible, afectando a menudo el curso del desarrollo del niño, la mayoría de los efectos del desempleo de los padres en la infancia son indirectos siendo el resultado del cambio de comportamiento y disposición por parte de los padres que se ha quedado sin trabajo. Generalmente el padre se deprime, está angustiado, es menos receptivo, está irritable y tenso. La

disciplina suele ejercerse por la fuerza. Los niños cuyos padres están sin empleo durante bastante tiempo pueden tener problemas socioemocionales, suelen estar más deprimidos, ser solitarios, desconfiados con los otros niños, suelen sentirse excluidos de sus compañeros, tienen poca autoestima y menos capacidad para hacer frente al estrés.

En cuando a la experiencia obtenida fue las siguientes; el grado de instrucción de las madres de los niños menores de 5 años fue inicial/ primaria, según lo que refirieron algunas madres esto se debe a que sus padres no contaban con los ingresos económico suficientes para que puedan seguir estudiando la secundaria o una carrera profesional; Asi mismo también refirieron que el ingreso económico de la familia es menor de 750 soles esto es debido a que el jefe de familia no cuenta con un trabajo estable; puesto que la gran mayoría de los jefes de familia trabajan en las fábricas solo por campañas y cuando termina la campaña se quedan sin trabajo.

**En la Tabla 2:** Del 100% (80) de los niños menores de 5 años del A.H las Dunas ;el 65%% (52) tienen un tipo de vivienda multifamiliar; el 56,2% (45) cuentan con vivienda propia; el 50% (40) su material de piso es tierra; el 52,5% (42) su techo es madera estera; el 68.7% (55) de las paredes de las viviendas son de Madera, estera; el duermen en un habitación de 2 a 3 miembros; el 62,5% (50) se abastecen de agua por conexión domiciliaria; el 75% (60) tienen baño propio; el 93,7% (75) utilizan gas y electricidad para cocinar; el 100% (80) tienen energía eléctrica temporal; el 90% (72) elimina

su basura enterrándola, quemándola o en un carro recolector; el 62.5% (50) refieren que pasan recogiendo la basura por sus casas al menos dos veces a la semana; el 90% (72) eliminan su basura en el carro recolector.

Así también la investigación de Barceló C, en su investigación titulada: Vivienda saludable: estrategia regional. Organización panamericana de la salud, simposio regional (2004). Las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión. Los entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Ponen en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes (55).

Según investigaciones de Pérez J, Mite J; titulado “El Confort Y La Seguridad; En La Vivienda Social Urbana” nos dicen que el materiales que son utilizados para la construcción de una vivienda deben cumplir las siguientes condiciones: resistencia mecánica y estabilidad, seguridad en caso de incendio, higiene, salud, seguridad de utilización, protección contra el ruido, ahorro de energía; y aislamiento térmico. Y las técnicas de construcción de viviendas deben producir estructuras que sean durables y brinden lugares seguros, secos y confortables donde vivir, protegiendo a los moradores contra vectores, temperaturas extremas y peligros recurrentes de la naturaleza (terremotos, huracanes, tormentas). Los lugares escogidos para

la construcción de viviendas deben minimizar la exposición a ruidos, emisiones industriales, residuos peligrosos, así como las posibilidades de inundaciones o avalanchas. El interior del domicilio debe estar provisto de equipamiento y mobiliario funcionales, que sin desdoro de producir agrado a los sentidos, conlleve un reducido riesgo de accidentes (56).

Según datos similares del Instituto nacional de Estadística e Informática (INEI) investigación realizado en el departamento de Áncash en el Año 2012, nos dice que el material predominante en el piso de los hogares es de tierra/arena (50,5 por ciento), seguido de cemento/ladrillo (38,3 por ciento). El material para piso menos utilizado fue de madera (entablado) con el 0,9 por ciento de los hogares. En el área rural el material para el piso más utilizado fue tierra/arena (79,0 por ciento), seguido de cemento/ladrillo (18,3 por ciento). En el área urbana el 62,0 por ciento de las viviendas tiene como principal material del piso el cemento o ladrillo, seguido de tierra/arena con 16,8 por ciento (57).

Se encontró una investigación que difiere lo obtenido que es la de Farro M, titulado Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Sector Pumacahua -El Porvenir- 2012, los resultados fueron que el 64,6% cuenta con un piso de cemento, el 91,5% el material del techo es de concreto, el 80% tiene material de pared de ladrillo, siendo este el resultado del esfuerzo físico de las personas para que día a día edifiquen con más solides el material su casa; posiblemente hubieron identidades económicas que



influenciaron para la construcción de la vivienda tales como bancos, techo propio, mi vivienda, entre otras (58).

Según el Ministerio de Salud nos dice que la distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes. La vivienda se estructura a partir de espacios independientes en los que cada uno de los habitantes ocupa un lugar dentro de ésta, pudiendo decir que a su vez, éste configura su propia intimidad en un rango de proximidad en el que cada individuo termina consolidando su propio hábitat personal, en otras palabras, cada sujeto construye su propio espacio habitacional (59).

Se define viviendas multifamiliares está compuesta de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos (60).

Se define a la vivienda como el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento

y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar (61).

Se define a vivienda propia como la necesidad que tiene cada familia donde asentar su vida. La adquisición de una vivienda propia se ha convertido en un derecho imprescindible en toda sociedad que se precie de desarrollada. Las viviendas poseen un valor económico de intercambio, y constituye a sus propietarios, en dueños de inmuebles edificados, bienes registrables, sujetos a gravámenes, pero también les brindan a sus propietarios seguridad frente a los vaivenes de la economía, ya que generalmente la inversión en viviendas es relativamente segura (62).

En conclusión, los determinantes relacionados con la vivienda de los niños menores de 5 años de Asentamiento humanos las Dunas si representan un factor de riesgo, puesto que las viviendas en donde viven no favorecen al mantenimiento de la salud del niño menor de 5 años, como también no brinda una mejor calidad de vida y no permite la satisfacción de sus necesidades básicas; El material de su vivienda no es adecuada y no favorece al desarrollo bio-psico-social de niño menor de 5 años

En cuanto a la experiencia vividas en el asentamiento humano las Dunas que la mayoría cuenta con vivienda propia; esto se debe a que anteriormente las Dunas se inició mediante invasiones aprovechando que era una zona descampada; conforme se fue habitando con el transcurrir del tiempo les facilitaron para que logren adquirir su título de propiedad, existieron distintas identidades que aportaron de alguna otra forma para adquirir el título de propiedad. Así mismo se evidencio que de la gran mayoría de las familias el material de sus viviendas es: el material del piso es de tierra, el material del techo es de madera y el material de las paredes es de madera refirieron algunas madres que no cuentan con los económicos necesario

Se encontró estudios similares del Instituto Nacional de Estadística e Informática / INEI); en su investigación titulada El Perú: Mapa del Déficit de Agua y Saneamiento Básico a Nivel Distrital 2007. Los resultados son que a nivel nacional 6 millones 400 mil 131 viviendas particulares con ocupantes presentes, de ellas el 67,5% tiene acceso a agua potable, ya sea por red pública dentro de la vivienda, red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación o por pilón de uso público y el 32,5% restante se abastece de agua proveniente de ríos, acequias, manantiales, pozos, camiones, cisternas, de los vecinos o de algún otro tipo; es decir, más de un tercio, de las viviendas del país no cuentan con abastecimiento de agua apta para el consumo humano (63).

El acceso a los servicios básicos de la vivienda sí es un indicador muy importante de la calidad de vida de las personas, la disponibilidad de agua potable está directamente relacionado con la salud y la intensidad y frecuencia de enfermedades que padece los niños menores de 5 años. La mayor causa de la mortalidad infantil son las infecciones intestinales provocadas por las condiciones sanitarias en las que viven esos hogares. Estos indicadores son componentes importantes para medir la pobreza. Según los resultados de esta investigación nos dice que se aprecia la reducida proporción de hogares que disponen de estos servicios en el área rural una clara desventaja relativa respecto a los residentes en las ciudades medianas y grandes. Sólo el 6% de hogares tienen servicios higiénicos y el 33% disponen de agua y alumbrado dentro del hogar (64).

Se define el agua potable al agua dulce que tras ser sometida a un proceso de potabilización se convierte en agua potable, quedando así lista para el consumo humano como consecuencia del equilibrado valor que le imprimirán sus minerales; de esta manera, el agua de este tipo, podrá ser consumida sin ningún tipo de restricciones, habiendo pasado por tratamientos especiales que la hacen segura y permiten ser consumida sin restricción. El agua potable nos permite consumirla sin condicionamientos de ningún tipo porque está garantizado que por su condición no presentará efectos negativos en nuestro organismo, cuando el agua no se trata puede ser portadora de virus, de bacterias, de sustancias tóxicas, radiactivas, entre otros, muy perjudiciales para la salud de los seres vivos (65).

En conclusión la disposición de servicios básicos en la vivienda como el agua y la luz eléctrica tiene un fuerte impacto en las condiciones de vida de los menores de 5 años, puesto que juega un papel importante en la prevención de enfermedades diarreicas cuyo origen está vinculado con deficiencias en la limpieza y condiciones sanitarias. Así mismo el agua potable es de suma importancia para la salud de los niños, si el agua no es potable puede haber presencia de bacterias, virus, minerales o productos tóxicos, que puede provocar importantes problemas de salud a los niños que la consuman directamente de perforaciones o de arroyos que por supuesto no han sido debidamente potabilizados, otros de los problemas de salud a los niños que consume agua sin potabilizar son la diarrea y el cólera, que en niños pequeños hasta puede desencadenar la muerte.

Según lo obtenido es que el 90 % su disposición de basura es entierran, quemar y carro recolector, se encontró estudios que se asemejan que es la de Zayas R, y Cabrera U. en su investigación titulado “Los tóxicos ambientales y su impacto en la salud de los niños, La Habana, 2009”. Nos refiere que los niños tienen una especial sensibilidad, vulnerabilidad ante la acción de diferentes tóxicos ambientales, los efectos de diferentes contaminantes ambientales amenazan la salud y el desarrollo de los niños. Las tasas de mortalidad infantil han disminuido significativamente durante las dos últimas décadas, pero los peligros ambientales siguen causando la muerte por lo menos de 3 millones de niños menores de 5 años anualmente,

este grupo etario representa más de 40 % de la población que padece problemas de salud relacionados con el medio ambiente, expuesto a sustancias químicas tóxicas. Los niños son más vulnerable por su inmadurez dependencia psicosocial (66).

La basura son residuo y desecho, o aquellos productos o materiales que las personas decidimos descartar porque resultan más útiles, el uso y costumbre convenido indica que cada vez que nos queremos desprender de algo que no utilizaremos más, ya sea parte de un alimento, un material o un producto debemos colocarlo en un cesto, tacho, recubierto con una bolsa, especialmente destinado a tal efecto, cuando la bolsa contenida en el cesto está colmada, la basura acumulada y mal dispuesta es un caldo de cultivo para la extensión de bacterias, cuando arrojamos a la basura puede ser un desecho para nosotros pero no para el resto y por tanto puede ser objeto del reciclaje (67).

En conclusión el acumulo de basura debido a que el carro recolector de basura no lo recoge y están almacenadas por mucho tiempo origina que el aire trasporte millones de microorganismos que al ser inhalados por los niños le provoca infecciones en las vías respiratorias como laringitis y faringitis, como también las enfermedades nicóticas son frecuentes en las personas que se encuentran en sitios donde existe acumulación de basura, esto propicia el desarrollo de hongos y bacterias que al estar en contacto con la piel del niño provoca irritaciones e infecciones. Así mismo los roedores (ratas, ratones), que al consumir cultivos y alimentos almacenados los

contaminan; las pulgas, moscas, etcétera, son un factor importante en la transmisión de bacterias y virus que causan enfermedades al niño.

**En la Tabla 3:** Del 100% (80) de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas, el 81,3% (65) acude no al establecimiento de salud, para su (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente); el 62,5% (50) duerme de 10 a 12 horas; el 78,7% (63) se bañan diariamente; el 56,3% (45) si tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina; el 56,3% (45) no presento diarreas en las dos últimas semanas; el 42,5% (34) presento caídas en su hogar durante los últimos 6 meses; el 58,7% (47) no presento signos de alarma para una enfermedad respiratoria en las dos últimas semanas; el 51,3% (41) de los niños no tienen su carnet de vacunas completas; 71,2% (57) no mostro su carnet y no tienen las vacunas completas. El 75% (60) consumen frutas menos de 1 veces a la semana; el 72,5% (58) come carne menos de 1 vez a la semana, el 57,5% (46) comen huevo menos de una vez a la semana, el 52,8% (65) comen pescado 1 a 2 veces a la semana, el 76,2% (61) comen fideo, arroz y papa diario.

Se ha encontrado trabajos de investigación que se asemejan es la de Román que tiene como título: Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” Nvo Chimbote, 2012. Se escogió en forma dirigida una muestra de 70 niños menores de 5 años a cuyas madres se les aplicó un cuestionario de 31 preguntas cerradas, aplicando las técnicas de la

observación y entrevista, obteniéndose los siguientes resultados: El 24.3% no acuden para AIS, 64.3% se baña 3 veces a la semana, 24.3% no tiene su carnet de vacunación de acuerdo a su edad, 14.2% consume leche 1 o 2 veces a la semana, 39.2% consume refrescos con azúcar 3 o más veces a la semana y el 85.7% no pertenece a ningún programa organizado. Concluyendo que los niños menores de 5 años no tienen las condiciones adecuadas de vida (68).

El programa de salud del niño son actividades en atención primaria en la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables en el niño, comprende las actividades preventivas, de consejo y educación para la salud, detección precoz de enfermedades, identificación de grupos de riesgo y supervisión del crecimiento y desarrollo que se ofrecen a la población general desde el nacimiento hasta los 14 años, a través de la realización de controles periódicos de salud por tramos de edad; Tiene como objetivo general de contribuir a un desarrollo óptimo del niño mediante la promoción de un estado de salud adecuado que consiga elevar el nivel de bienestar y calidad de vida de la población infantil (69)

Se concluye resaltando que las actividades que se realizan en el control del niños sano están dirigidas exclusivamente en su nutrición y desarrollo del niño, se corre peligro de obstaculizar el crecimiento y desarrollo pleno de los niños y niñas cuando la madre no acude a un centro de salud para el control del niño y los factores biológicos como el medio ambiente son los que afectan



el desarrollo cerebral y el comportamiento, la capacidad de los niños y niñas de iniciar sus estudios escolares y en su desempeño escolar.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF); en su investigación nos dice que más de 1,7 millones de niños de corta edad mueren todos los años como consecuencia de enfermedades que podrían evitarse con vacunas fácilmente disponibles. Si se hubiera vacunado a estos niños, se les habría protegido contra estas enfermedades peligrosas que a veces causan discapacidades o la muerte. Todos los niños tienen derecho a recibir este tipo de protección. Es necesario vacunar a todas las niñas y niños. Y es preciso vacunar a las mujeres embarazadas para protegerlas a ellas y al recién nacido contra el tétanos (70).

Así mismo Gutiérrez S; en su investigación titulado “El atraso en vacunas. Poniendo en evidencia una realidad en salud, Buenos Aires 2011, nos dice que sólo el 38,5% de los niños (121/311) presentó esquema de vacunación completo y administrado oportunamente. El 45,3% (141/ 311) lo tenía completo pero con aplicación atrasada y el 16,2% (50/311) incompleto. El 40% de los niños con esquemas atrasados, tenía retraso en la aplicación de 4 o más dosis de vacunas. Las vacunas más frecuentemente atrasadas fueron las correspondientes a los 12 y 18 meses: 38,2% y 40,7% respectivamente. El principal motivo de incumplimiento fueron las falsas contraindicaciones por enfermedades leves. De los niños que no fueron vacunados oportunamente por falsas contraindicaciones el 94% había tenido

contacto con el sistema de salud en los últimos 6 meses y el 65% realizaba controles de salud regularmente (71).

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (72).

Se concluye resaltando que los niños son los más vulnerables a enfermedades por ello se recomienda mucho su inmunización puesto que aquello estimula el sistema inmunitario para producir anticuerpos que ayudan a proteger al niño de muchas enfermedades, las vacunas no solamente ayudan a que su niño se mantenga sano, también ayudan a todos los niños erradicando enfermedades graves de la niñez.

Castillo V; Estado Nutricional en Niños de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, Lima, Perú -2014. Nos dice que para el I Semestre 2014, se determinó que en los niños menores de cinco años, la desnutrición crónica fue de 20,1%; la desnutrición global fue 3,6%; la desnutrición aguda fue 1,8%, el sobrepeso fue de 6,5% y la obesidad fue de 2,6%. Para el patrón NCHS la desnutrición crónica fue de 15,3%; la desnutrición global fue de

6,4%; la desnutrición aguda fue de 1,2%, el sobrepeso alcanzó el 4,4% y la obesidad el 1,4%. La anemia en este grupo alcanzó 50,8%. Para los niños menores de 3 años, según OMS, la desnutrición crónica fue de 17,3%; la desnutrición global fue 3,5%; la desnutrición aguda fue 1,6%, el sobrepeso fue de 6,9% y la obesidad fue de 2,6%. Para el patrón NCHS la desnutrición crónica fue de 12,5%; la desnutrición global fue de 6,1%; la desnutrición aguda fue de 1,3%, el sobrepeso alcanzó el 4,8% y la obesidad el 1,4%. La anemia en este grupo fue de 54,7%(73).

Segura J; Montes C; Hilario M; Asenjo P y Baltazar G ; en su investigación titulada “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú”. En sus resultados del análisis de regresión logística multivariada revelan que la ausencia de desnutrición aguda está relacionada con el mayor peso al nacer y mayor duración de la lactancia materna. Para el caso de la desnutrición crónica, se observó que las variables que determinaron que los niños no se encontraran con desnutrición crónica fueron: el acceso sanitario, mayor duración de la lactancia materna, mayor peso al nacer, sexo masculino, mayor estudio materno y situación de no pobreza. Para el caso de la ausencia de desnutrición global se observó cómo variables significativas el acceso sanitario, mayor duración de lactancia materna, mayor peso al nacer, sexo masculino, mayor edad, situación de no pobreza (74).

Huerta L, Núñez LL, Alberto V, 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 (75).

Estudios similares es la de Aranda K se asemeja; El presente trabajo de investigación que tiene como título los determinantes de la salud en niños menores de 3 años con Desnutrición Aguda del A.H Las Delicias I etapa- Nuevo Chimbote. La mayoría de los niños menores de 3 años con desnutrición aguda son de sexo femenino, sus padres cuentan con un ingreso económico menor de 751 a 1000 soles; de ocupación eventual, la mayoría tiene vivienda propia y unifamiliar, con servicios de agua y energía eléctrica , en cuanto a la alimentación consumen frutas, verduras, legumbres y lácteos 1 a 2 veces por semana, no consumen lactancia materna, no reciben apoyo social organizado, La mayoría no recibe ningún tipo de apoyo social, recibe apoyo de familia, el establecimiento de salud está a regular distancia de casa, la mayoría refiere buena calidad de atención, y cuentan con SIS, manifiestan la presencia de grupos de pandillaje en su zona (76).

Así mismo investigación que se asemeja es la de Guevara X, 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 (77).

El estudio de Álvarez D; Titulado Informe técnico Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; realizado en año 2012-2013, no dice que el total de hogares incluidos en su estudio fue de 11 358 para evaluar el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad se calcularon los coeficientes Z de talla/edad, peso/edad y peso/talla usando los estándares de crecimiento infantil de NCHS y los coeficientes Z de la Organización Mundial de la Salud 2006, utilizando el OMS Anthro versión 3.0.1. La clasificación de niños y niñas según las puntuaciones Z para desnutrición crónica fue  $Z_{T/E} < -2$ , desnutrición global  $Z_{P/E} < -2$ , Desnutrición aguda  $Z_{P/T} < -2$  y sobrepeso  $Z_{P/T} > 2DE$ . La desnutrición crónica fue de 17,7% siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana y afectó más a los niños menores de 5 años en pobreza extrema. El exceso de peso fue 6,4%, El sobrepeso en los niños de 5 a 9 años fue de 18,3% y la obesidad de 11,1% (78).

En los primeros años de vida, los niños presentan una gran demanda nutricional por su velocidad de crecimiento, requerimientos nutricionales y requerimientos para defenderse de las enfermedades. La lactancia es un alimento irremplazable para el sano crecimiento y desarrollo de los niños. Por este motivo, se recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta

los seis meses de edad y la lactancia materna continuada desde los seis meses hasta por lo menos los dos años de vida, con el agregado de alimentos adecuados para la edad de niño, Así, en ese momento comienza la alimentación complementaria, que se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios. Existe consenso en que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los seis meses de vida, puesto que es más difícil que los niños con lactancia exclusiva cubran sus necesidades nutricionales (79).

En conclusión la presente investigación podemos darnos cuenta que existe una inadecuada ingesta de alimentos ricos en contenido proteico como los cereales y tubérculos, alimentos de origen animal y verduras o frutas lo que contribuye a la Desnutrición Aguda. Entendiendo que para evitar la Desnutrición Aguda es necesario que el Niño consuma alimentos altamente concentrados que puedan brindarle energía y nutrientes como los Cereales y tubérculos (tortillas, pan, arroz, pastas, camote o papas), Leguminosas y alimentos de origen animal (frijol, lentejas haba, pollo, huevo, pescado, carne, leche o queso) y verduras y frutas. Así mismo la alimentación de los niños menores de 5 años depende de la educación alimentaria brindada a las madres, el conocimiento en cuanto a nutrición y alimentación, Si bien sabemos una alimentación con aportes insuficiente de nutrientes es identificada como un factor de riesgo directamente asociado a la baja talla

del niño. Si bien la baja talla suele comenzar de manera temprana en el útero y continúa durante los dos primeros años, la mayor parte de la disminución en la talla para la edad ocurre durante el período de alimentación complementaria, entre los seis meses y dos años.

**En la Tabla 4,5 y 6:** Del 100% (80) de los niños menores de 5 años del A.H las Dunas; el 56,2% (45) se atendió en estos últimos 12 meses en un hospital; el 53,8% (43) el lugar donde se atendieron está en un tiempo regular de su casa; 56,2% (45) tiene como seguro el SIS – MINSA; 66,2% (53) le pareció que el tiempo que espero que lo atiendan fue regular; 37,5% (30) recibió una atención buena; el 81,3% (65) si hay presencia pandillaje o delincuencia cerca a su casa, 81, 3% (65) recibe como apoyo de las redes sociales el programa Qaliwarma.

Se encontró trabajos de investigación que se asemejan Vílchez M; que tiene como título. “Los Determinantes de la salud en los niños del distrito de Chimbote En El Año 2012”. La muestra estuvo constituida por 1174 niños; Se obtuvo como resultado que el 65 % (762) de los niños no recibe ningún apoyo social natural; el 71 % (826) no recibe ningún apoyo social organizado; el 41 % (483) de los niños pertenece a Qali Warma; el 44 % (518) se atendió en un hospital en estos 12 últimos meses; el 45 % (529) de las madres considera que el lugar donde la atendieron se encuentra a regular distancia de su casa; el 76 % (898) tiene seguro SIS Minsa; al 40 % (467) le pareció que el tiempo que esperó para que lo (la) atendieran fue regular; el 47 % (553) refirió que la calidad de atención que recibió en el

establecimiento de salud fue regular; el 61 % (722) refiere que sí existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa (80).

Se encontró estudios similares como la de Vilchez M, Gritti C; titulado la calidad del cuidado de enfermería percibido por el cuidador familiar y crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 del puesto de salud santa Ana del distrito de Chimbote año 2007. El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo y descriptivo La muestra estuvo constituida por 47 cuidadores familiares y 47 niños menores de 5 años el mayor porcentaje de los niños menores de 5 años tuvo un crecimiento y desarrollo alterado, así mismo la mayoría de las cuidadoras familiares percibió que el nivel de calidad del cuidado de las enfermera era regular y en relación a las variables del estudio se demostró que existe relación entre ella (81).

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 (82).

Estudios similares es la de Morales C; Titulado el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en el primer nivel de atención en salud, en mistrato Risaralda, 2009- se octavo como resultado, el 60% de los pacientes manifiesta un



nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, seguidos con un 25% quienes tienen un nivel de satisfacción alto. Y con respecto al grado de satisfacción y conformidad que tiene el paciente con relación a los aspectos técnicos e interpersonales que le presta el personal de enfermería, se puede decir que oscila entre un nivel medio y un nivel alto; es decir, están a gusto con la atención brindada por el personal de enfermería, en relación a la parte asistencial y toda actividad que planea la o el enfermero para ofrecer un servicio de salud eficaz y eficiente (83).

Bautista M, Espíritu T y Huamanchoque H; titulado la calidad del cuidado de enfermería y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años en el Centro de Salud “Virgen del Carmen” La Era, Lurigancho Chosica – Lima 2015. La muestra estuvo conformada por 281 niños con sus respectivas madres. Se utilizó tres instrumentos: Escala de Calidad del Cuidado de Enfermería adaptada, Guía de Evaluación de 0 a 30 meses Test Peruano; Guía de Evaluación de 3 y 4 años-Pauta Breve. Resultados: Se encontró que el 89.7% de las madres refirieron que la calidad del cuidado de Enfermería es alta, 10% media. Y en la evaluación de desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 30 meses, el 97.6% presentaron desarrollo psicomotor normal, y solo un 2.4%, riesgo de trastorno del desarrollo. De los niños de 3 y 4 años, el 85.2 % presentan desarrollo psicomotor normal. Conclusiones: Se concluye que existe asociación significativa entre calidad del cuidado de Enfermería y la evaluación del desarrollo psicomotor ( $p = ,000$ ) ( 84).

Martínez C y Urdangain D Titulado evaluación del desarrollo psicomotor en niños institucionalizados menores de 1 año, (Tesis de licenciatura, Universidad de Chile) 2005. aplicaron tres herramientas diferentes para medir el desarrollo psicomotor del niño tales como Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de Soledad Rodríguez (EEDP); La Escala del Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet y Lézine (EEDPI) y el Diagnóstico Funcional según el Método de Múnich (DFDM), se encontró que el desarrollo normal es del 39% según el EEDP, asimismo, el 78% según el EDPPI y, por último, el 4% según el DFDM en una muestra de 55 niños menores de un año, en la Región Metropolitana de Chile. Mientras tanto, en el estudio, aplicando el Test Peruano y la Pauta Breve, se demostró que los niños evaluados presentan desarrollo psicomotor normal en 97.6% (85).

Se define el Seguro Integral de Salud (SIS), es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando la afiliación de aquella población más vulnerable y que se encuentra en situación de pobreza o pobreza extrema. Para el Aseguramiento Universal en Salud, el SIS es una IAFAS, es decir, administra los fondos destinados a cubrir las siguientes afiliaciones: SIS Gratuito, SIS Independiente, SIS Microempresas En todos los casos las personas que deseen afiliarse al SIS, deben estar calificadas como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) (86).

Investigaciones que difieren son la de Villegas F; en su tesis titulado “Protestando Por No Ser Ciudadanos lima 2004: nos dice que el lima hay

aproximadamente 5000 pandilleros activos; esta cantidad apenas significa el 0.5% de los jóvenes de Lima, que son en total 1'323,5699. Entonces, si los pandilleros son sólo una cantidad minúscula de los jóvenes de Lima la sociedad asoció a las pandillas los atributos de vandalismo y delincuencia. Además, el 75.7% de los encuestados los considera responsables de actos vandálicos, el 36% de encuestados consideran a las pandillas son el grupo que más frecuentemente comete agresiones contra las personas (87).

## 4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 CONCLUSIONES

- En lo determinantes de la salud biosocioeconómicos de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las dunas se encontró que la totalidad cuentan con energía eléctrica Temporal, refieren que pasan recogiendo su basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas. Casi la Totalidad utilizan como gas combustible para cocinar (gas, electricidad), su disposición de basura es (enterrar, quema, carro recolector). La Mayoría de los niños son de sexo femenino, el grado de instrucción de la madre es inicial primaria, el jefe del hogar tiene como ocupación trabajo eventual, vivienda multifamiliar, el material de las paredes de las viviendas es madera estera, de 2 a 3 miembros duermen en una habitación, su abastecimiento de agua es por conexión domiciliaria, su eliminación de excretas es por baño propio. Más de la mitad tienen vivienda propia. Poco más de la mitad su ingreso económico es menor de 750 soles, el material de techo es madera estera. La mitad el material de piso es de tierra y suelen eliminar la basura en los montículos o campo limpio.
- De los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Las Dunas se encontró que la Mayoría acude al establecimiento de salud para la atención integral de salud (control CRED, vacuna, examen dental periódicamente), duermen de 10-12, se bañan diariamente, si mostraron

el carnet de vacunas y el control de acuerdo a su edad, así mismo comen fruta 3 a más veces por semana, carnes 1 a 2 veces por semana, fideo arroz papa a diario y comen dulces menos de una vez por semana. Más de la mitad el niño tiene establecidos reglas y expectativas claras y consistentes acerca de la conducta y/o disciplina; en las dos últimas semana no presento diarreas tampoco el niños presento signos de alarma para una enfermedad respiratoria, come huevo 3 o más veces por semana, come verduras hortalizas 3 o más veces por semana y comen embutidos a diario. Poco Más de la Mitad los niños tienen su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad, comen pescado 1 a 2 veces por semana. Menos de la mitad en los últimos 6 meses el niño (a) presento caídas en su hogar o en otro lugar.

- De los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano las Dunas casi la totalidad refiere que no recibe algún apoyo social organizado, el apoyo social de las organizaciones de qaliwarma. La Mayoría refiere que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa y no recibe algún apoyo social natural. Más de la mitad refieren que el hospital fue la institución de salud en la que se atendieron en los últimos 12 meses y el tipo de seguro que tienen es SIS-MINSA .Poco Mas De La Mitad se encuentran lejos el lugar donde lo atendieron. Así mismo Menos de la mitad consideran que la calidad de atención que recibe en el establecimiento de salud es buena.

## 4.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de la concientización a las madres de los niños menores de 5 años y que sean atendidos favorablemente, de manera que se invierta los recursos necesarios y el presupuesto en salud que tienen a su cargo a fin de disminuir algunas enfermedades que atentan contra la salud de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Las Dunas y por otro lado dar una mejor calidad de vida a las personas a través de acciones que determinen recuperar o tener una vida saludable.
- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los niños menores de 5 años en el Asentamiento Humano las Dunas- Chimbote.
- Hacer llegar los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud y autoridades del Puesto de Salud “Miraflores Alto” con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los niños menores de 5 puesto que un alto porcentaje no tuvieron sus vacunas y control completos del Asentamiento Humano las Dunas- Chimbote.
- Concientizar más al personal del puesto de salud “Miraflores Alto”, a que realicen campañas de salud para los niños menores de 5 años; concientización a las madres de los niños menores de 5 años sobre adecuada nutrición e importancia de la inmunización en los niños.

## Referencias Bibliográficas

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
3. [http://www.psyco-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psyco-web.com/salud/concepto_salud_03.htm)
4. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
5. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
6. 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.
7. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
8. Red Pacifico Norte. Oficina de estadística Puesto De Salud Miraflores Alto, Chimbote -2015.
9. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
12. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Rosales B y Mami U “Participación De Las Familias En La Educación Infantil Latinoamericana“ Editorial Trineo S.A, Santiago, Chile, agosto 2008  
  
Disponible en:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139030s.pdf>
16. 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.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INI) (16), Factores socioeconómicos que explican las desigualdades nutricionales de nuestros niños, Biblioteca Nacional del Perú N°: 2009-13592- 2009.  
  
Disponible en:



[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0892/Libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0892/Libro.pdf)

18. Segura, J. .; Montes, C.; Hilario, M. Asenjo, P. y Baltazar (17) "Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Infantil En El Perú  
"PRISMA.Lima, septiembre- 2002.

Disponible en:

[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf)

19. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.

20. Solsol L, Determinantes de la salud en los niños menores de 5 años con problemas nutricionales que acuden al programa integral de nutrición del Puesto De Salud La Unión – Chimbote- 2013.

Disponible en:

<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021704/20140128112219.pdf>

21. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.

22. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial

23. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
24. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
25. 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.
26. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4<sup>a</sup> ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
27. 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>.
28. 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>.
29. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
30. Gutiérrez I; Convención Sobre Los Derechos Del Niño; Pg n 2; Casilla 196, Correo 10, Santiago de Chile; 2008.Disponible en:

[http://deptodhh.carabineros.cl/assets/5\\_convencion\\_sobre\\_losderechosde\\_l\\_nino.pdf](http://deptodhh.carabineros.cl/assets/5_convencion_sobre_losderechosde_l_nino.pdf)

31. Reina V, Principales factores de riesgo en la salud de niños, Pg 5; Edi: MEDISAN Santiago de cuba 2012.  
Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_9\\_12/PDF/san06912.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/PDF/san06912.pdf)
32. Rodríguez C; Rol de la enfermera en el cuidado del niño; universidad Andina del Cusco; revista Situta, 2004.  
Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n2/pdf/a07.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n2/pdf/a07.pdf)
33. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
34. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
35. Carmen R; Rol de la enfermera en el cuidado del niño; universidad Andina del Cusco; revista Situta, 2004.  
Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n2/pdf/a07.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n2/pdf/a07.pdf)

36. Eusko Jaurlaritz. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)
37. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
38. 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/>
39. 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](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf)
40. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
41. 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](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf).

42. 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>
43. 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>
44. 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>
45. Acevedo, E. y Sanabria, M. Estado nutricional relacionado a factores socioculturales en niños menores de 5 años. Chile – 2004
46. INEI. Perú características socio económico de los hogares [revista en internet] 2004[alrededor de 60pag.]disponible en URL:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0744/Libro.pdf>
47. Buyatti L; Feuillade C, Beltrán L; Determinar la relación del estado nutricional en niños con el nivel de instrucción y ocupación de los padres,

- Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 199 – Marzo 2010. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista199/1\\_199.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista199/1_199.pdf)
48. Wong, R y Espinoza, M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. México, D.F., MX: Red Papeles de Población, (Serie en línea) [Citado 21 septiembre 2016] 2006. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10122242&ppg=35>
49. Morales J, Orahuli C, Rengifo C, Sánchez J, Grado de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de 5 años en San Juan de Miraflores. PERÚ, Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma; 2008  
Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/viewFile/1036/785>
50. Eustat, Definición del Nivel de instrucción- Instituto Vasco de Estadística, Gobierno Vasco [Citado el 28 septiembre 2016], 2004.  
Disponible en: [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html)
51. Bugea S. Definición de educabilidad. [Artículo en internet]. 2009 [Citado 30 septiembre 2016]. Disponible en URL: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>
52. Alvarez E, Gomez S, Muñoz I, Navarrete E, Riveros M, Rueda L, Salgado P. definición y desarrollo del concepto de ocupacion.comite de ciencia de la ocupación [revista en internet]. [CITADO 2013 ene.22]

disponible en

URL:<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/articulo/viewFile/81/62>

53. Escribano Pedro. Ocupación temporal. Revista de Administración Pública, núm 106. Madrid, ES: CEPC - Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1985. [Citado 31 septiembre 2016]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10914314&ppg=2>
54. La Definición; Definición de Ingreso familiar, Vía Definicion.mx, (serie en línea), [Citado 21 septiembre 2016] Disponible en: <http://definicion.mx/ingreso-familiar/>
55. Barceló C. Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible. San Juan, Puerto Rico. Agosto, 2004.
56. Pérez J, Mite J; El Confort Y La Seguridad En La Vivienda Social Urbana; .Pg. 127; Cuba 2009.
- Disponible en <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Nutrici%C3%B3n/Condiciones.pdf>
57. Instituto nacional de Estadística e Informática (INEI); Encuesta demográfica y de salud familiar en el departamento de Áncash, Pg 157; Perú; 2012.
- Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1112/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1112/Libro.pdf)

58. Farro M; Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Sector Pumacahua -El Porvenir, (Tesis de licenciatura en Enfermería), ULADECH, 2012. Disponible en:

[http://tesis.uladech.edu.pe/bitstream/handle/ULADECH\\_CATOLICA/136/U009-Repositorio-Tesis-Uladech\\_Catolica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.uladech.edu.pe/bitstream/handle/ULADECH_CATOLICA/136/U009-Repositorio-Tesis-Uladech_Catolica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

59. Ministerio de Salud. Distribución del espacio en la vivienda. [Serie Internet] [Citado 12 octubre 2016] [Alrededor de 1 planilla].

Disponible desde el URL:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/familias.htm>

60. Fisch, S, Pagani, G. Vivienda Multifamiliar: estrategias de proyecto. La Plata, AR: D - Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, 2014. [Citado el 11 octubre 2016]. Disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11205700&ppg=4>

61. Carmen R. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad. (Centro Experimental de Vivienda Económica).

Disponible en:  
<http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>



62. Barrios Javier y Rodríguez José. Vivienda de protección oficial o libre: una caracterización de la elección de los individuos en el ámbito canario. Madrid, ES: AEEADE, 2006. [Citado 10 octubre 2016]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10125818&ppg=2>
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática; Perú: Mapa del Déficit de Agua y Saneamiento Básico a Nivel Distrital, [Citado 10 octubre 2016] 2007. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0867/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0867/libro.pdf)
64. INEI; Perú: Características Socio económicas de los Hogares; Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE) [citado 12 octubre 2016] 2003 Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0744/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0744/Libro.pdf)
65. La Definición A B C; Definición de Agua Potable, Vía Definicion.mx, (serie en línea), [Citado 21 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.definicionabc.com/medio-ambiente/agua-potable.php>
66. Zayas R, y Cabrera U. Los tóxicos ambientales y su impacto en la salud de los niños. La Habana, CU: B - Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, [Citado 21 septiembre 2016] 2009. Disponible en : <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10328148&ppg=2>

67. La Definición A B C; Definición de Basura, Vía Definicion.mx, (serie en línea), [Citado 21 septiembre 2016] Disponible en:  
<http://www.definicionabc.com/medio-ambiente/basura.php>
68. Román R; Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista”–Nvo Chimbote, 2012; Rev. Med. Perú [revista en internet]. 2012 [citado 01 Mayo 2016]; Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/135039/20140128045634.pdf>
69. Voyer E, Ruvinsky, R y Tarsicio C. Pediatría. Control de Salud (3a. ed.). Buenos Aires, ARGENTINA: Ediciones Journal, [Citado 21 septiembre 2016] 2011. Disponible en:  
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11125767&ppg=20>
70. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF); La inmunización; Edi:Lemoyne; Pg. n° 2; 1997.  
Disponible en:  
<http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part7.pdf>
71. Gutiérrez S; El atraso en vacunas. Poniendo en evidencia una realidad en salud. Experiencia en el Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” Rev Hosp Niños Buenos Aires; vol 53, número 242, Septiembre 2011.  
Disponible en:  
<http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/154-61.Vacunas.Schargrodsky.pdf>

72. OMS. Guías de la OMS para el uso de vacunas, CH: Organización Mundial de la Salud, [Citado 21 septiembre 2016] 2008.
- Disponible en:
- <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10268832&ppg=4>
73. Castillo V; Estado Nutricional en Niños de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (Informe Gerencial Nacional) Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) Periodo 1er Semestre Lima, Perú -2014. Disponible en:
- [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res\\_2014/INFORME%20GERENCIAL%20I%20Sem%202014\\_Final.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2014/INFORME%20GERENCIAL%20I%20Sem%202014_Final.pdf)
74. Segura J ; Montes C ; Hilario M. Asenjo P y Baltazar C "Factores Asociados A La Desnutrición Crónica Infantil En El Perú " PRISMA.Lima, septiembre- 2002.
- Disponible en:
- [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf)
75. 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]. Disponible en:
- [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2070836X2009000100022&script=sci\\_artext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2070836X2009000100022&script=sci_artext)

76. Aranda K; Los Determinantes De La Salud En Niños Menores De 3 Años Con Desnutrición Aguda del A.H Las Delicias I etapa- Nuevo Chimbote; [Tesis licenciatura] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; Chimbote 2014.

Disponible en:

<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/357>

77. Guevara X. Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar-2003. *Pediátrica* [revista en internet]. Ene [citado 21 septiembre 2016]; 2003

Disponible

en:

[sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v05\\_n1/enpdf/estado\\_nutric.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v05_n1/enpdf/estado_nutric.pdf)

78. Álvarez D; Informe técnico Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN [Citado 18 octubre 2016] 2012-2013 Disponible en:

[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu\\_vigi\\_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)

79. Astiasarán I, Martínez J y Muñoz, M. Claves para una alimentación óptima: qué nos aportan los alimentos y cómo utilizarlos a lo largo de la vida. Madrid, ES: Ediciones Díaz de Santos, [Citado 21 septiembre 2016] 2015.

**Disponible**

**en:**

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11059665&ppg=16>

80. Vílchez M; Determinantes De la salud en niños Del Distrito De Chimbote, 2012; Vol n° 2; Pg 14. ; Ciencias de la Salud; Chimbote- 2012; 2(2): 74-89.  
Disponble En: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1036/785>
81. Vílchez M, Gorriti C; Calidad del cuidado de enfermería percibido por el cuidador familiar y crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 del puesto de salud santa Ana del distrito de Chimbote año 2007. Disponible en: [http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in\\_crescendo/v2n1/a3.pdf](http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a3.pdf)
82. Seclén Palacín, J y Darras C; "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](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200007)
83. Morales C; Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería primer nivel de atención en salud, en mistrato Risaralda ; [Tesis de Licenciatura] Pontificia universidad javeriana facultad de enfermería santafe de Bogotá d.c.2009. Disponible en: [www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf](http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf)

84. Bautista M, Espíritu T y Huamanchoque H; Calidad del cuidado de enfermería y la evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años en el Centro de Salud “Virgen del Carmen” La Era, Lurigancho Chosica – Lima; Revista Científica de Ciencias de la Salud 8:1 [Citado 18 octubre 2016] 2015. Disponible en : <file:///C:/Users/ANA%20MENDOZA/Downloads/349-1791-1-PB.pdf>
85. Martínez C. & Urdangain D. (2005). Evaluación del desarrollo psicomotor en niños institucionalizados menores de 1 año mediante tres herramientas distintas de evaluación (Tesis de licenciatura, Universidad de Chile). Recuperado de: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez\\_c/sources/martinez\\_c.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf)
86. MINSA; Seguro Integral de Salud – SIS; Superintendencia Nacional (Serie en Línea). Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/seguro-integral-de-salud-sis>
87. Villegas F; Protestando Por No Ser Ciudadanos: Los Jóvenes Pandilleros De Lima A Fines De Los 90 segundos; [Tesis licenciatura] Universidad nacional mayor de san marcos; Lima; 2004  
Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/villegas\\_af/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/villegas_af/t_completo.pdf)
88. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:

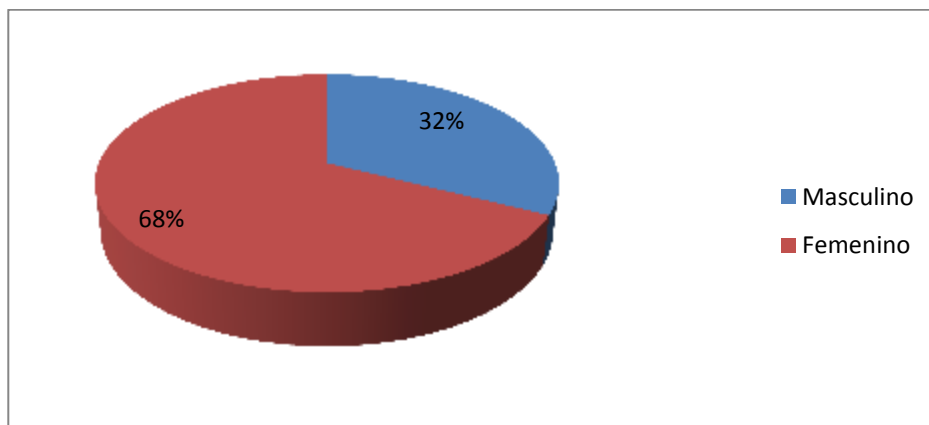
<http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

89. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL:

[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)

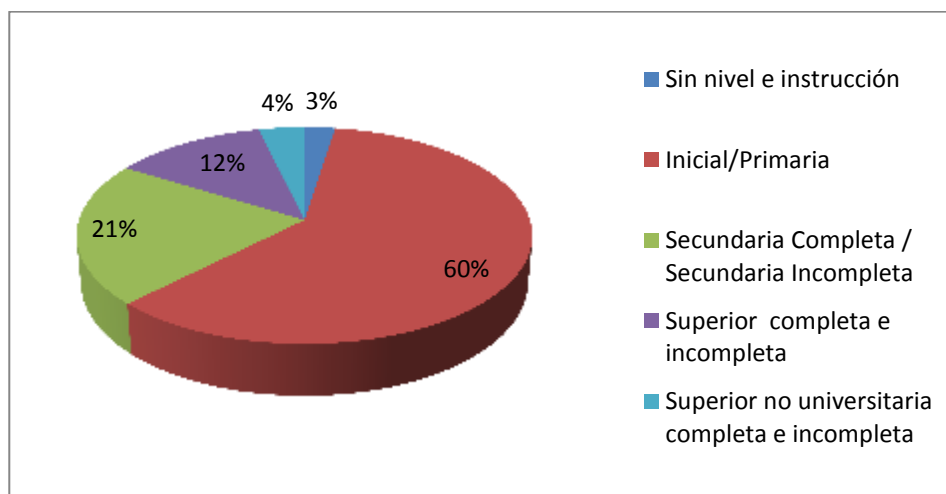
**ANEXOS N° 01**  
**DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS Y**  
**AMBIENTALES**  
**GRÁFICO N°01**

**GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°01**

**GRÁFICO N°02**  
**GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS**  
**MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**

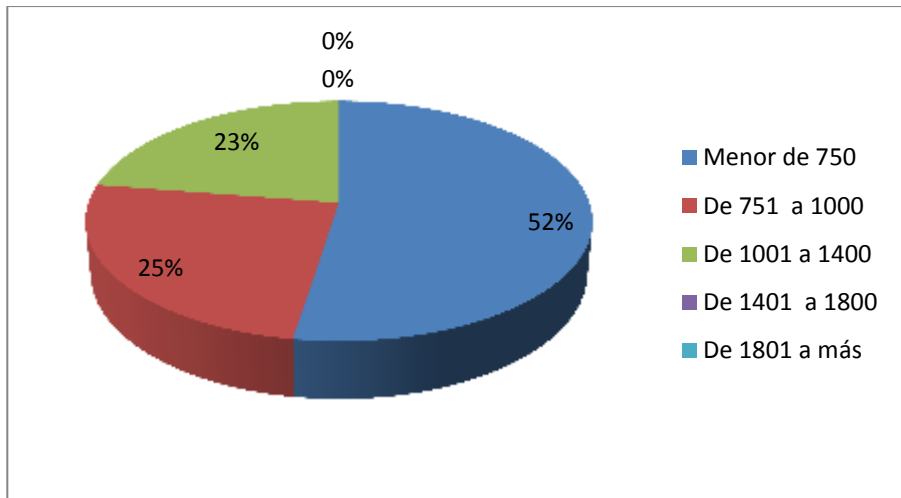


**Figura: Tabla N°02**



**GRAFICO N° 3**

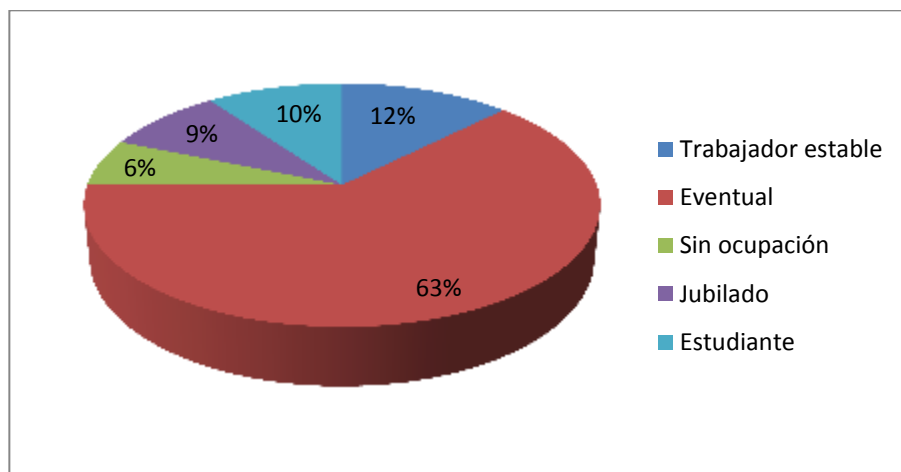
**GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°03**

**GRAFICO N° 4**

**GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**

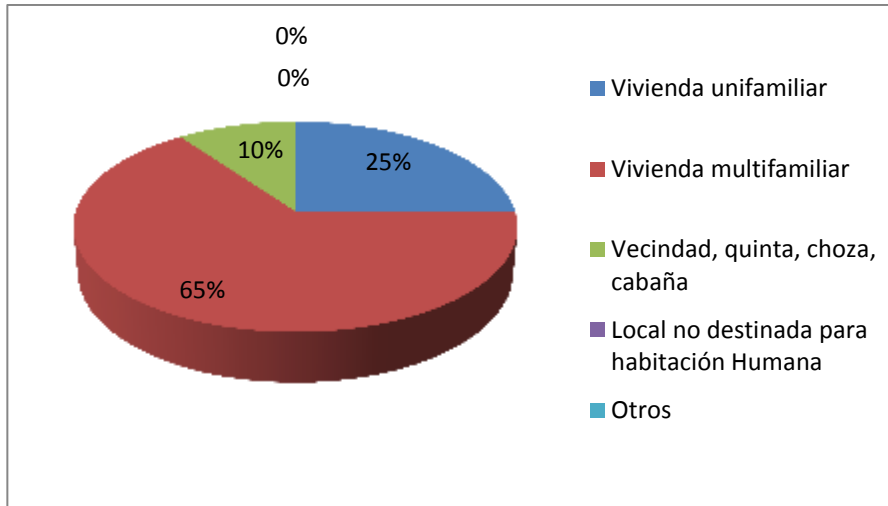


**Figura: Tabla N°04**

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

**GRAFICO N° 5**

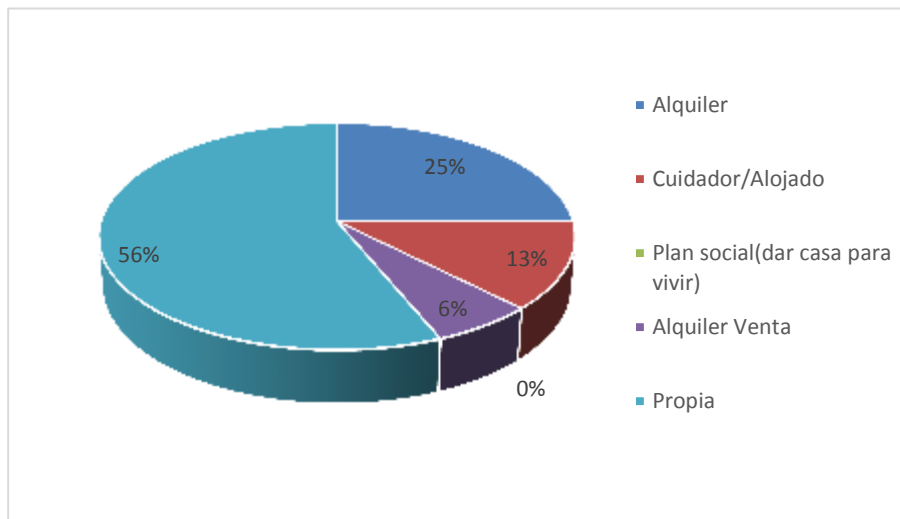
**GRÁFICO RELACIONADOS AL TIPO DE VIVIENDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°05**

**GRAFICO N° 6**

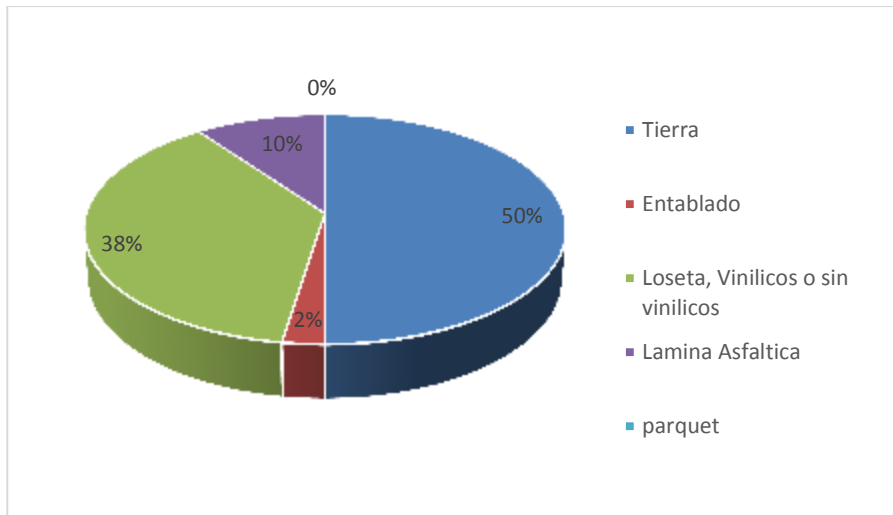
**GRÁFICO RELACIONADOS CON TENENCIA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°06**

**GRAFICO N° 7**

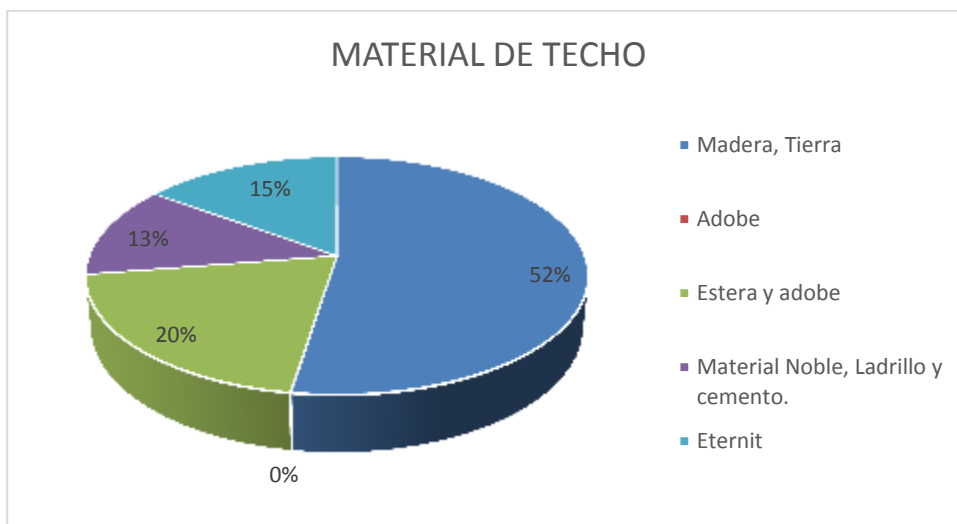
**GRÁFICO RELACIONADOS CON MATERIAL DEL PISO DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°07**

**GRAFICO N° 8**

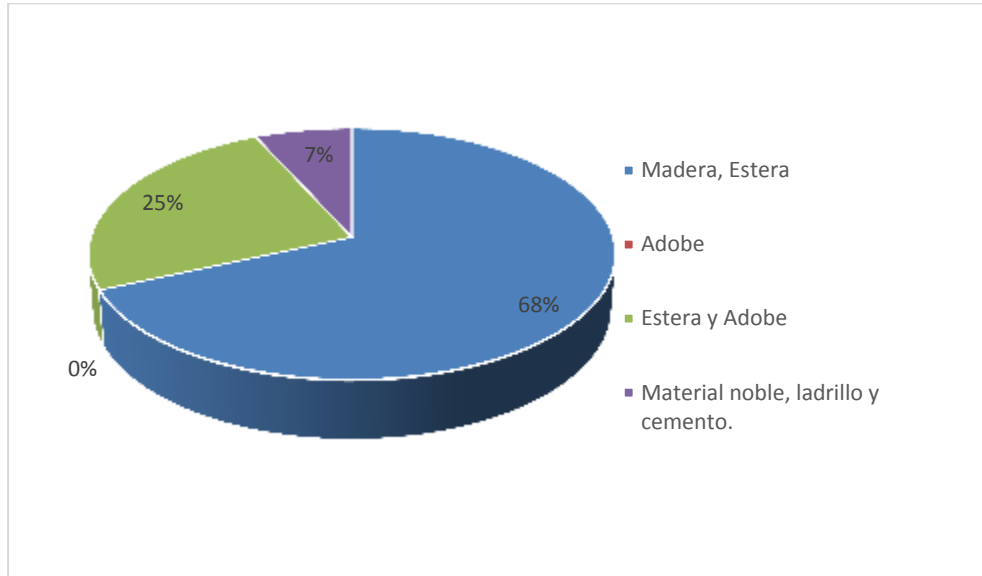
**GRÁFICO RELACIONADOS CON MATERIAL DEL TECHO DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°08**

**GRAFICO N° 9**

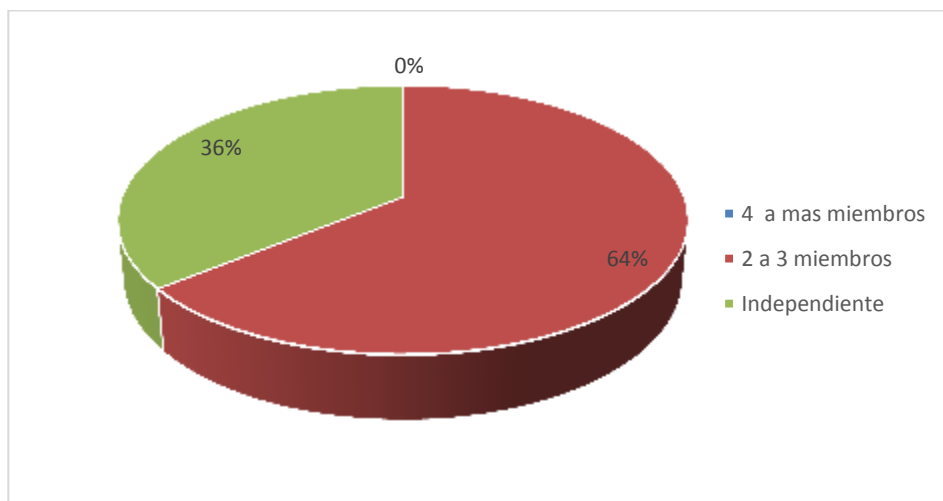
**GRÁFICO RELACIONADOS CON MATERIAL DE LAS PAREDES DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°09**

**GRAFICO N° 10**

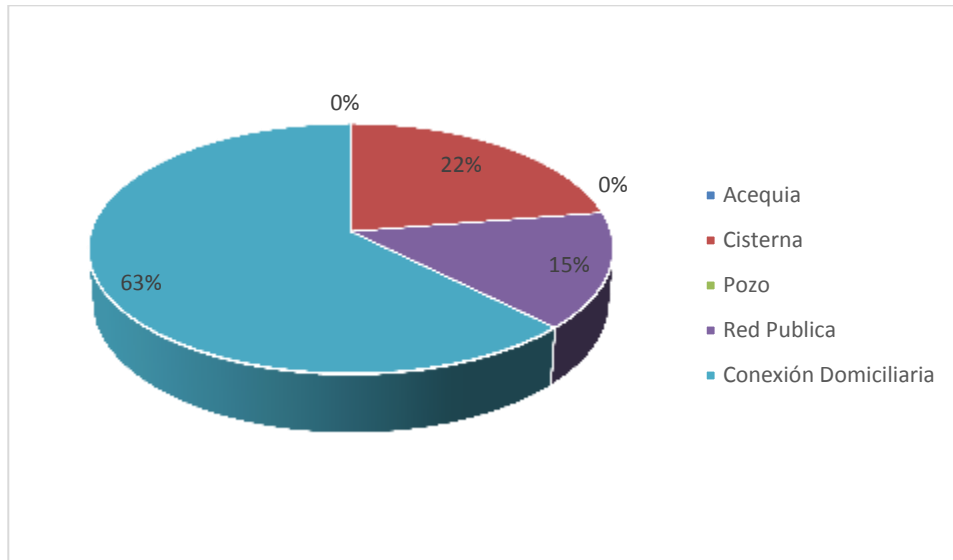
**GRÁFICO RELACIONADOS CON N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°10**

**GRAFICO N° 11**

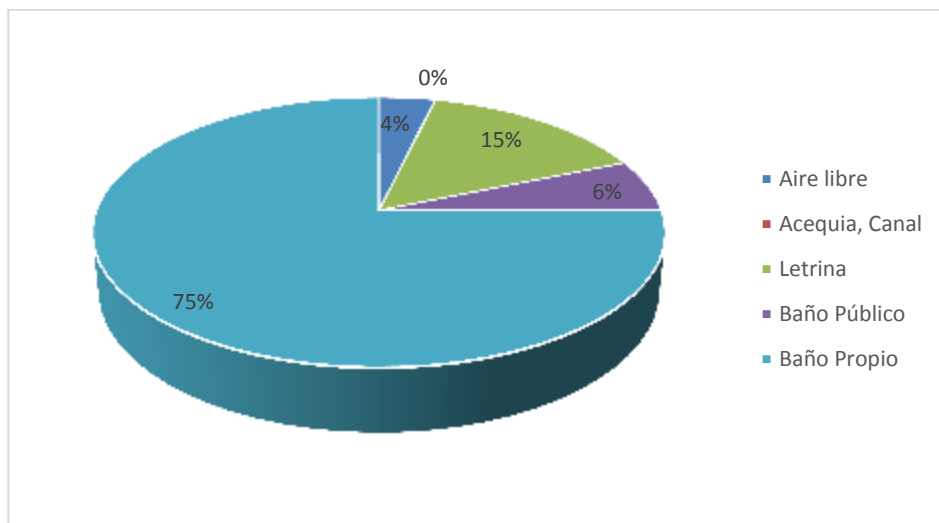
**GRÁFICO RELACIONADOS CON ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°11**

**GRAFICO N° 12**

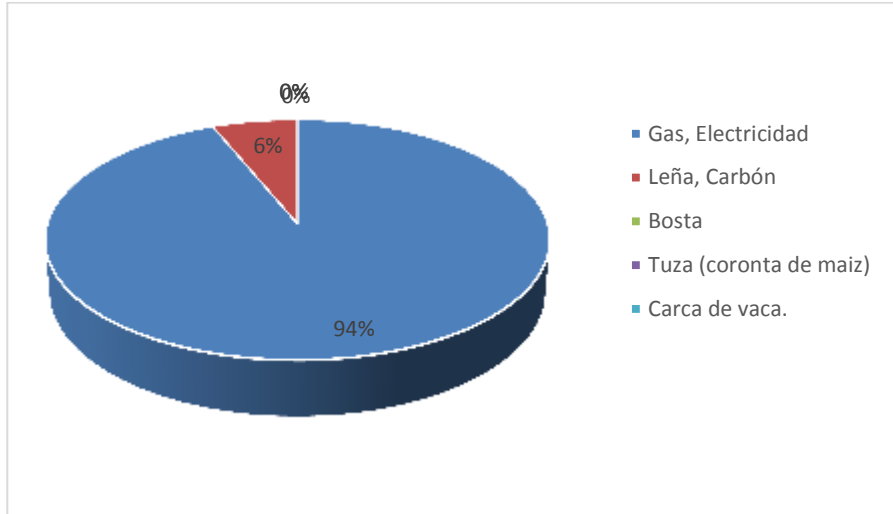
**GRÁFICO RELACIONADO A ELIMINACION DE EXCRETAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°12**

**GRAFICO N° 13**

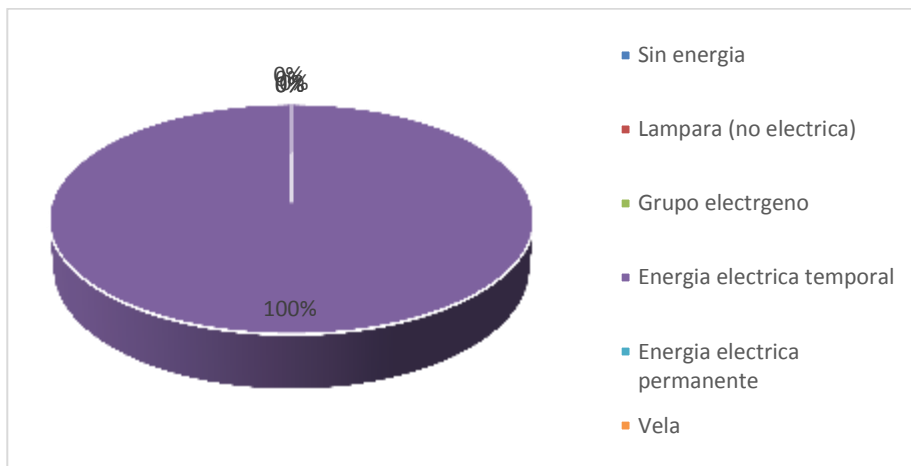
**GRÁFICO RELACIONADOS CON COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°13**

**GRAFICO N° 14**

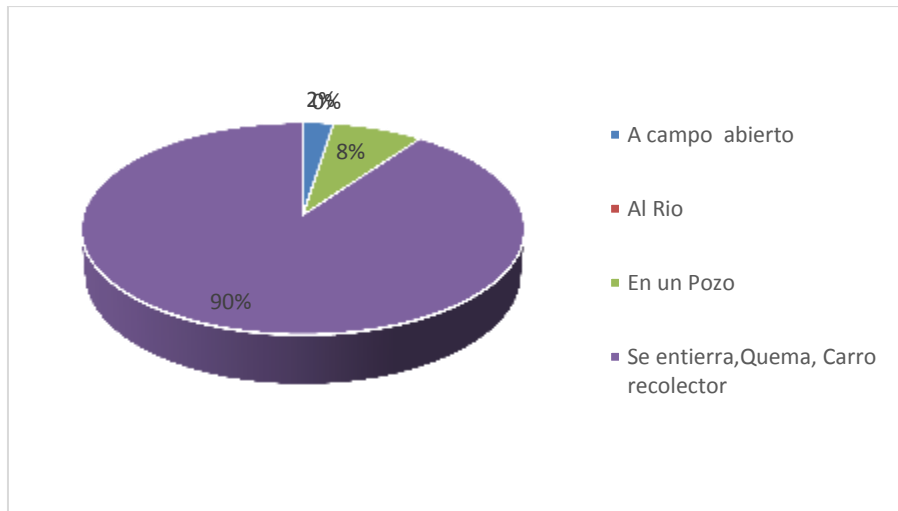
**GRÁFICO RELACIONADOS CON ENERGÍA ELECTRICA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°14**

**GRAFICO N° 15**

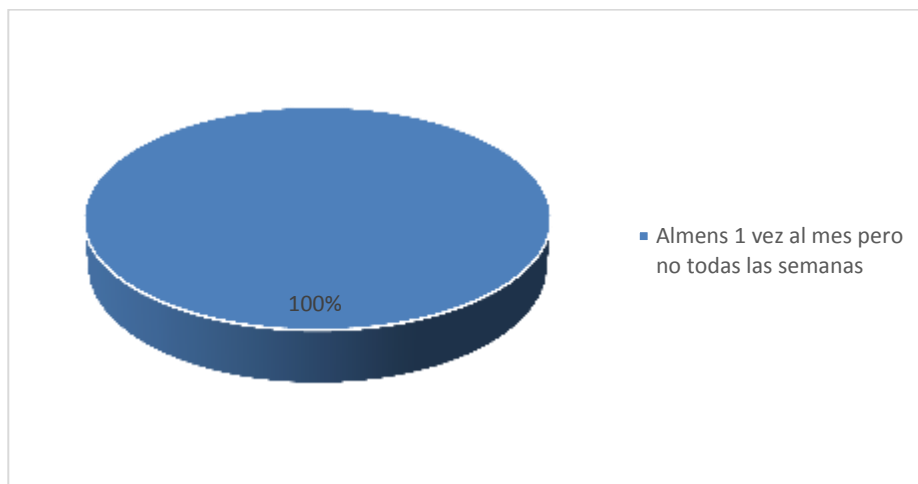
**GRÁFICO RELACIONADOS CON DISPOSICIÓN DE BASURA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°15**

**GRAFICO N° 16**

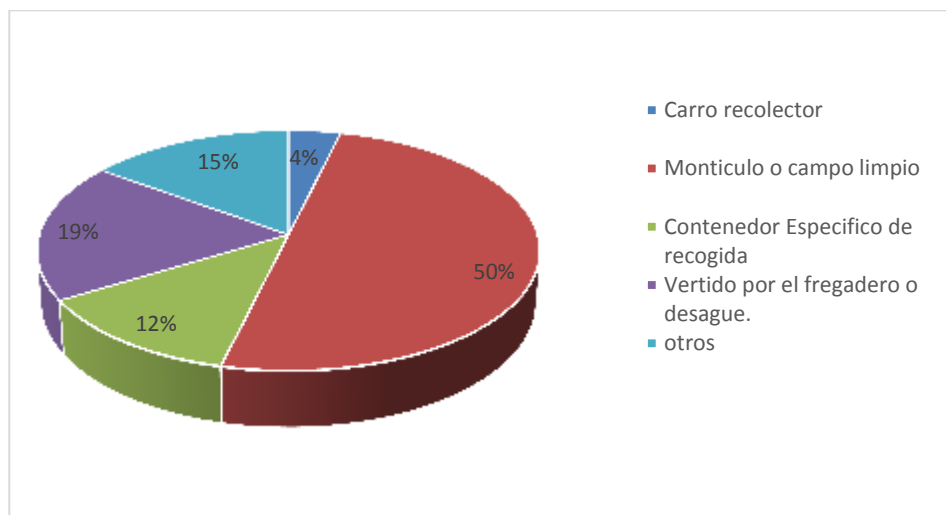
**GRÁFICO RELACIONADOS CON FRECUENCIA CON QUÉ PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LA CASA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°16**

**GRAFICO N° 17**

**GRÁFICO RELACIONADO CON DONDE ELIMINAN LA BASURA LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015.**



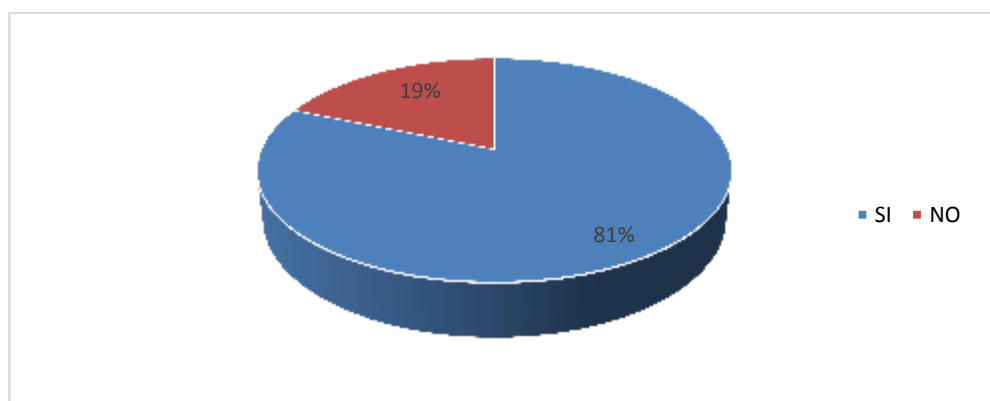
**Figura: Tabla N°17**



**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS CHIMBOTE-2015.**

**GRAFICO N° 18**

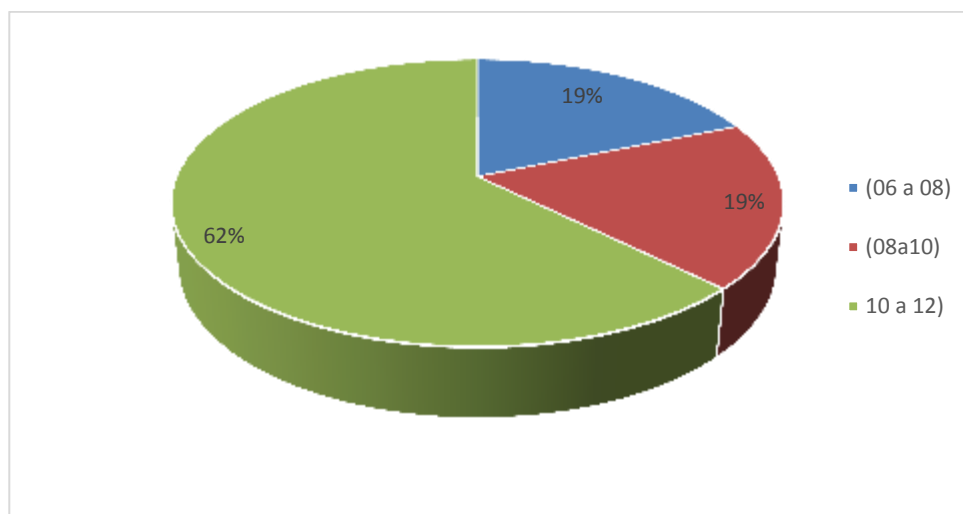
**GRÁFICO RELACIONADO SI EL NIÑO ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EL AIS (ATENCIÓN DE CRED); EXAMEN DENTAL PERIÓDICAMENTE) NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015**



**Figura: Tabla N°18**

**GRAFICO N° 19**

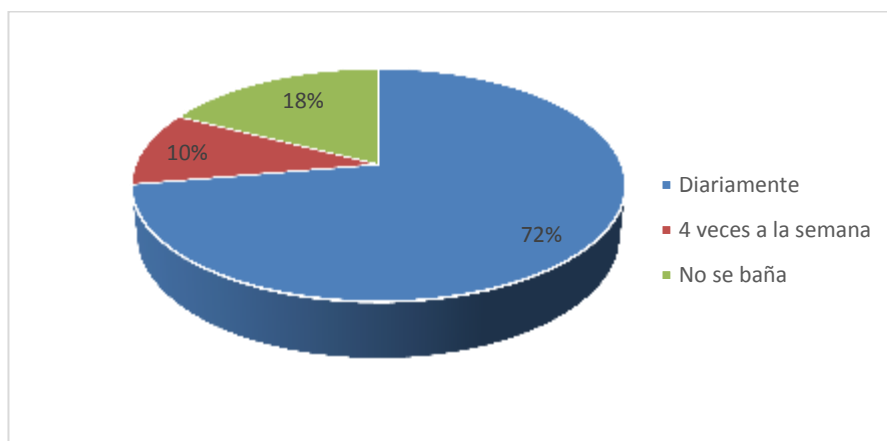
**GRÁFICO RELACIONADO AL N° DE HORAS QUE DUERMEN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015**



**Figura: Tabla N°19**

**GRAFICO N° 20**

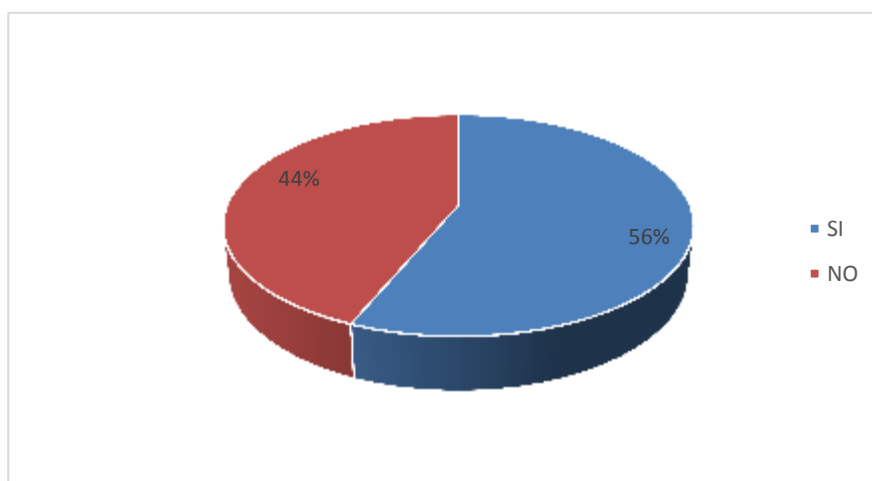
**GRÁFICO RELACIONADO CON LA FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015**



**Figura: Tabla N°20**

**GRAFICO N° 21**

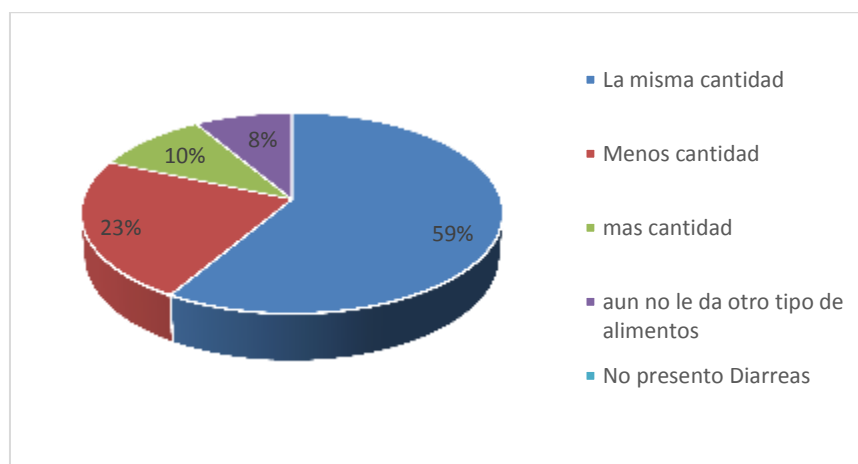
**GRÁFICO RELACIONADO CON LAS REGLAS Y EXPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES ACERCA DE SU CONDUCTA Y/O DISCIPLINA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE - 2015**



**Figura: Tabla N°21**

**GRAFICO N° 22**

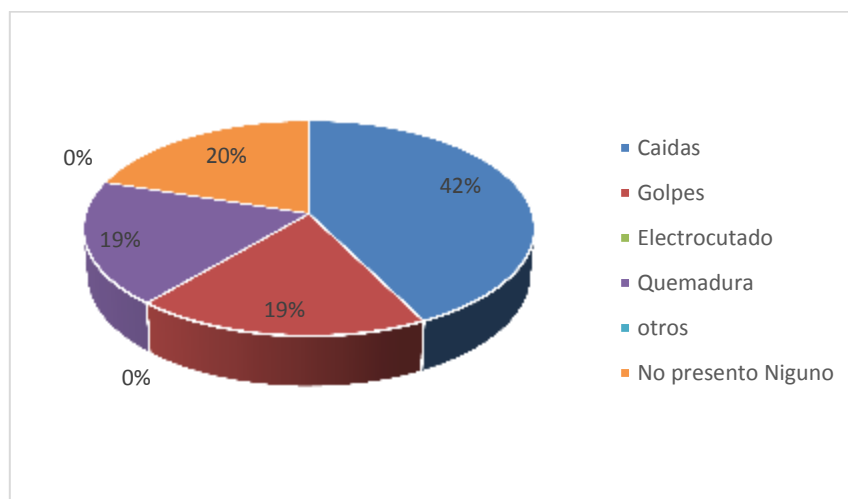
**GRÁFICO RELACIONADO SI EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS EL NIÑO(A) PRESENTO DIARREA; Y SU ALIMENTACIÓN QUE LE DIO FUE DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°22**

**GRAFICO N° 23**

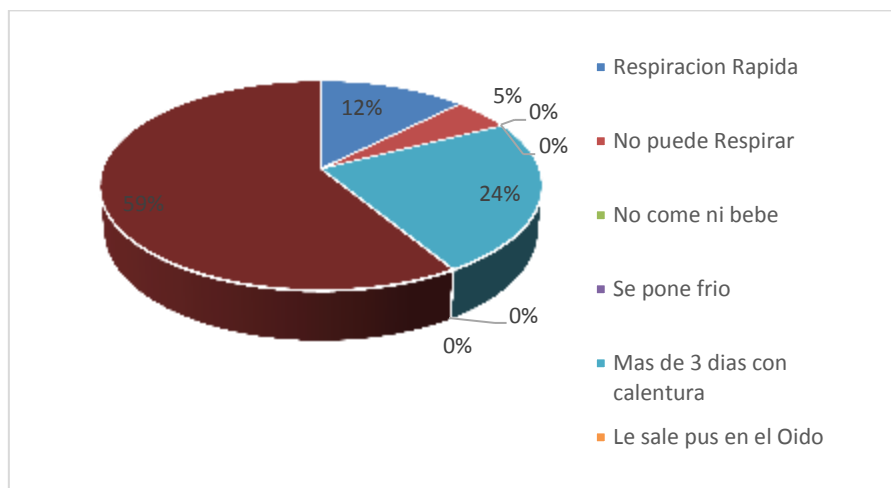
**GRÁFICO RELACIONADO SI EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN NIÑO (A) PRESENTO ALMENOS UN ACCIDENTE EN EL HOGAR O EN OTRO LUGAR DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°23**

### GRAFICO N° 24

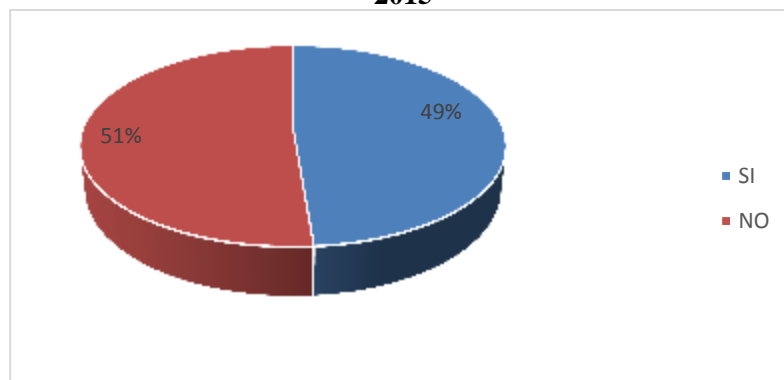
**GRÁFICO RELACIONADO SI EN LOS ÚLTIMAS SEMANAS HA IDENTIFICADO ALGUN SIGNO DE ALARMA PARA UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°24**

### GRAFICO N° 25

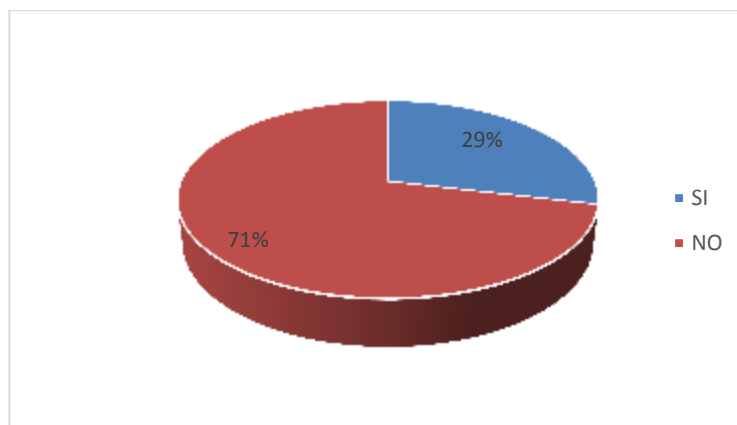
**GRÁFICO RELACIONADO SI EL NIÑO (A) TIENE SU CARNET DE VACUNAS COMPLETAS DE ACUERDO A SU EDAD DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°25**

**GRAFICO N° 26**

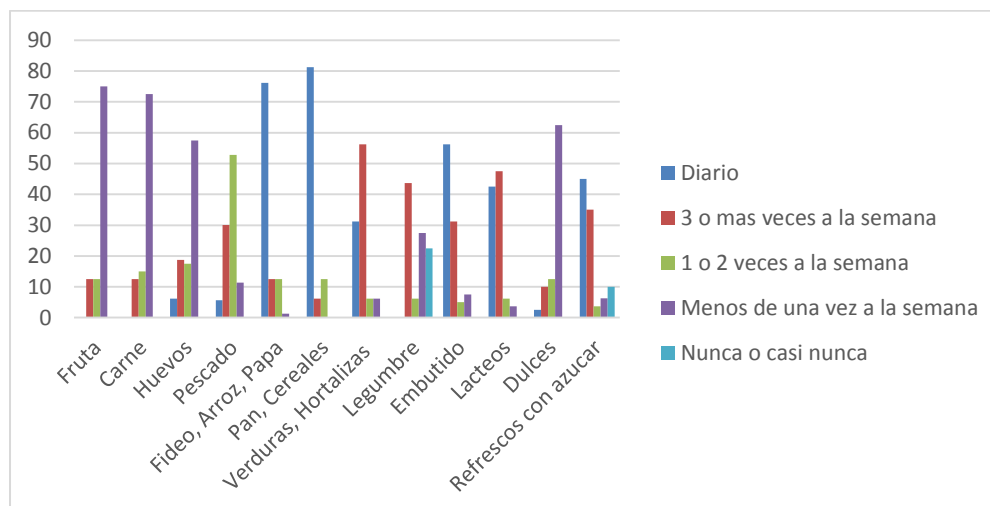
**GRÁFICO RELACIONADO SI MUESTRA EL CARNET TIENE LAS VACUNAS Y EL CONTROL DE ACUERDO A SU EDAD DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°26**

**GRAFICO N° 27**

**GRÁFICO RELACIONADO AL CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**

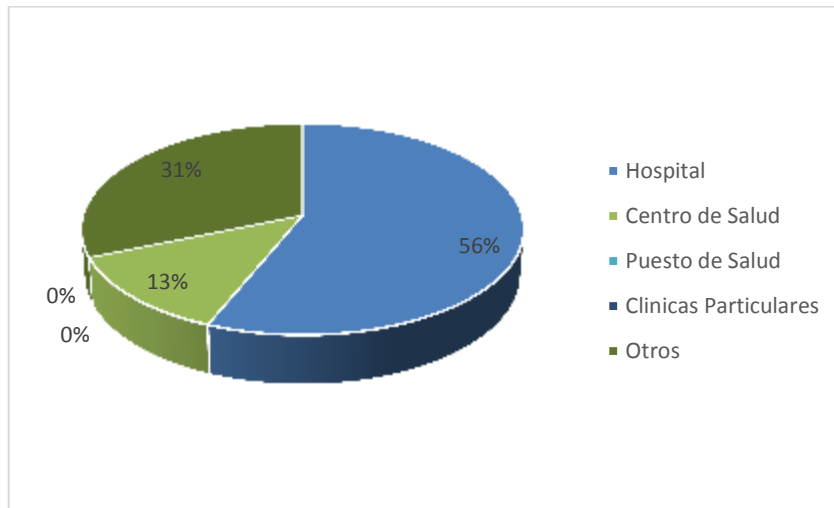


**Figura: Tabla N°27**

## DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

### GRAFICO N° 28

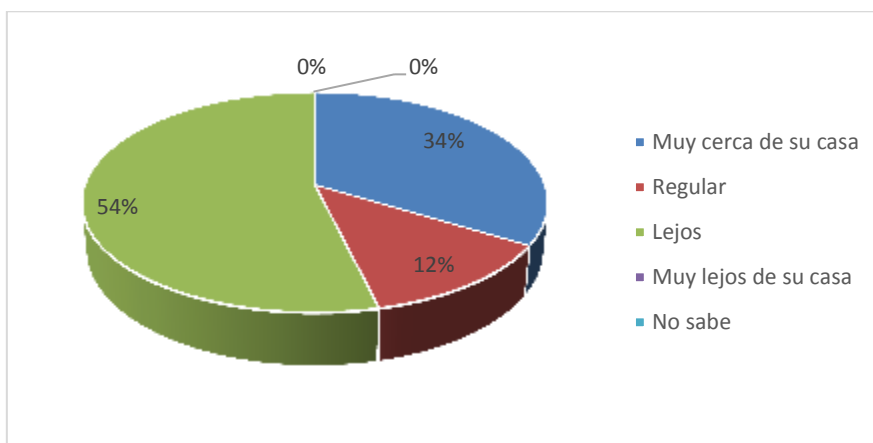
**GRÁFICO RELACIONADO A LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENCIO EN LOS 12 ULTIMOS MESE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°28**

### GRAFICO N° 29

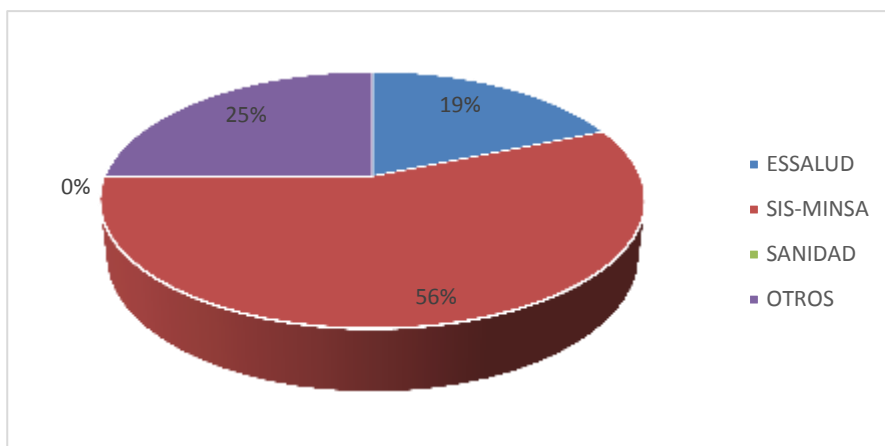
**GRÁFICO RELACIONADO A LA DISTANCIA DEL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°29**

**GRAFICO N° 30**

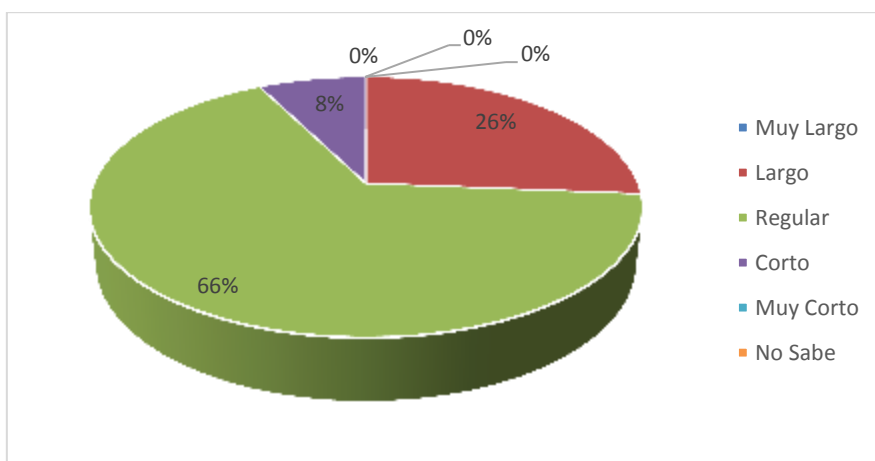
**GRÁFICO RELACIONADO A TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°30**

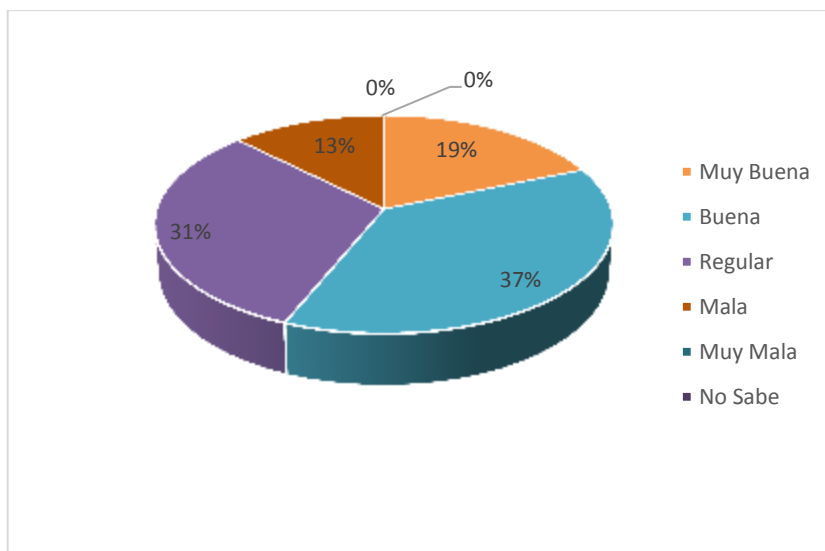
**GRAFICO N° 31**

**GRÁFICO RELACIONADO AL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO ATENDIERAN A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°31**

**GRAFICO N° 32**  
**GRÁFICO RELACIONADO A LA CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBIO EN EL**  
**ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH**  
**LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015**

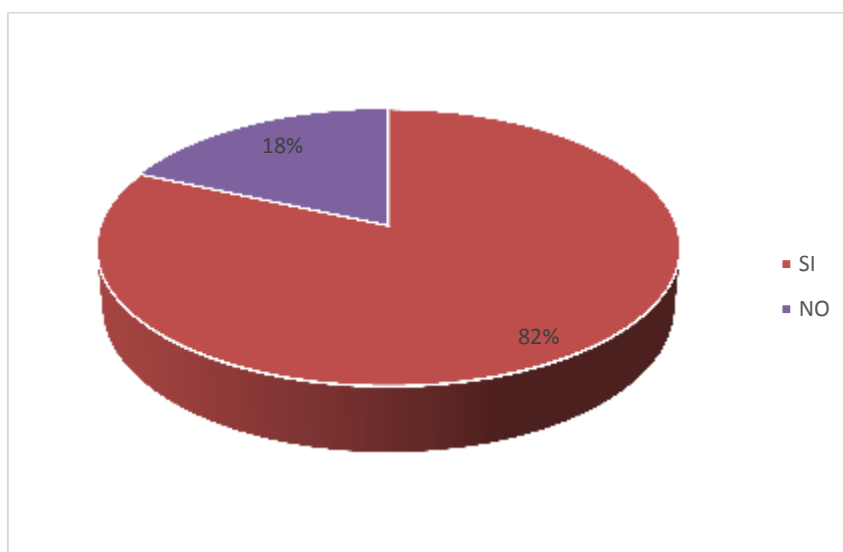


**Figura: Tabla N°32**

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO**

**GRAFICO N° 33**

**GRÁFICO RELACIONADO SI HAY PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE**  
**LA CASA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS,**  
**CHIMBOTE – 2015**



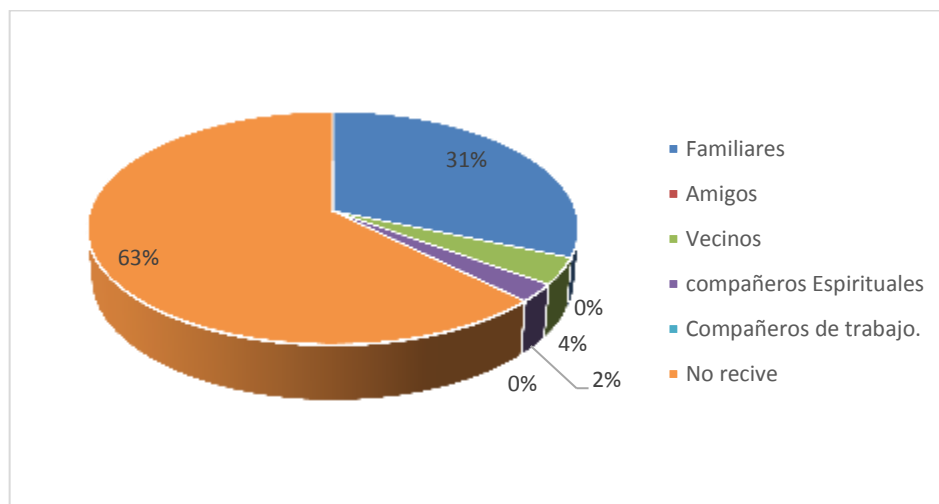
**Figura: Tabla N°33**



**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL  
NATURAL Y ORGANIZADO**

**GRAFICO N° 34**

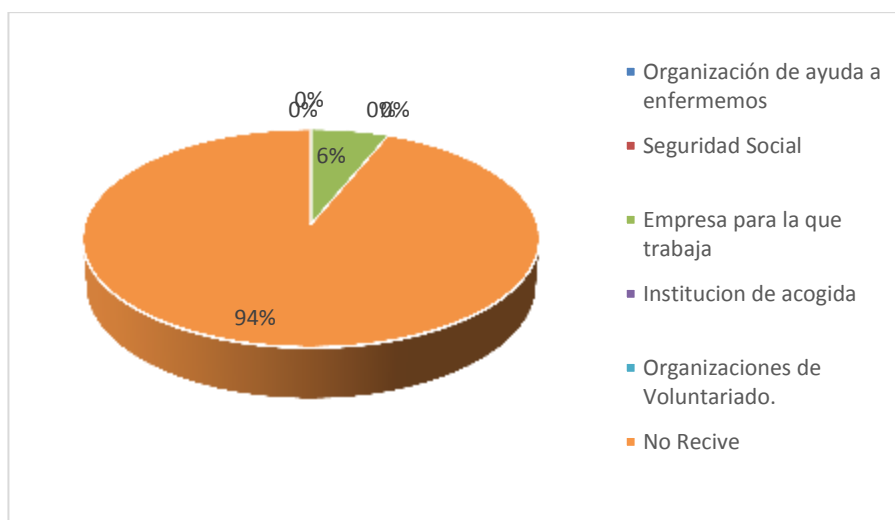
**GRÁFICO RELACIONADO A QUE SI RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL  
NATURAL LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS,  
CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°34**

**GRAFICO N° 35**

**GRÁFICO RELACIONADO A QUE SI RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL  
ORGANIZADO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS,  
CHIMBOTE – 2015**



**Figura: Tabla N°35**

## DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN QUE RECIBE APOYO

GRAFICO N° 36

GRÁFICO RELACIONADO AL APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES QUE RECIBE LO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL A.H LAS DUNAS, CHIMBOTE – 2015

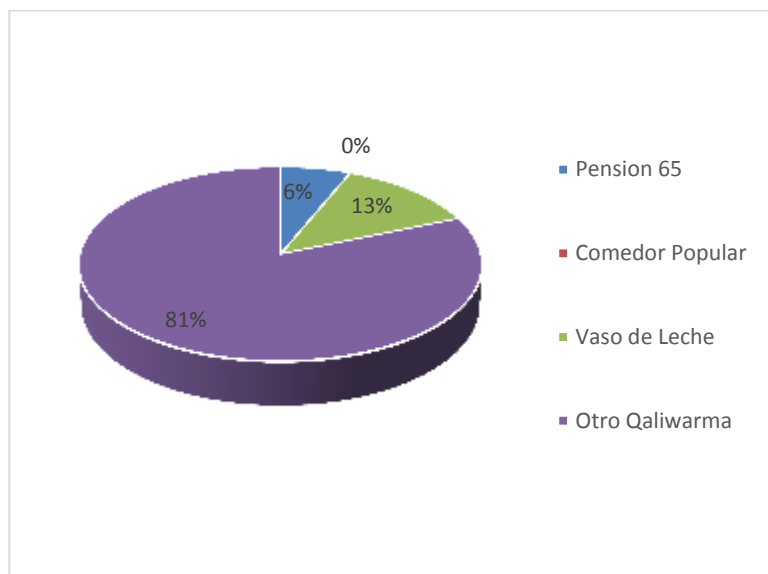


Figura: Tabla N°36

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA  
CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS  
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH LAS DUNAS  
CHIMBOTE -2015

Elaborado por Mendoza Espinoza Edith Ana

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

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

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

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

**1. Grado de instrucción de adolescente y madre:**

**3.1 Grado de instrucción del adolescente**

- Sin instrucción ( )

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

### 3.2 Grado de instrucción de la madre

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

## 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 ( )
- Jubilado ( )
- 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. ¿El niño acude al establecimientos de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente?)**

Si ( ) NO ( )

**15. ¿Cuántas horas duerme el niño?**

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

**16. El baño en el niño es?**

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

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

Si ( ) No ( )

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

La misma cantidad ( )

Más cantidad ( )

Menos cantidad ( )

Suspendió los alimentos ( )

Aun no le da otro tipo de alimentos ( )

No presento diarreas ( )

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

▪ Caída ( )

▪ Golpe ( )

▪ Electrocutado ( )

▪ Quemaduras ( )

▪ Otros ( )

▪ No presento ninguno ( )

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

• Respiración rápida ( )

• No puede respirar ( )

• No come, ni bebe ( )

• Se pone frío ( )

• Se ve más enfermo ( )



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

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

**Muestra el carnet:**

Si ( ) No ( )

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

Si ( ) No ( )

**DIETA:**

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

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

### III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

#### 23. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

#### 24. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

#### 25. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

**27. El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es**

- Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo ( )
- Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos ( )
- Mareos, dolores o acné ( )
- cambios en los hábitos del sueño o alimentación ( )
- trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas ( )

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

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

**29. Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

**30. 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 ( )

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

- Muy buena ( )
- Buena ( )

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

32. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si ( ) No ( )

### ANEXO 3

#### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO: EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños menores de 5 años del pueblo joven las dunas. Desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Donde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

**Procedimiento llevado a cabo para la validez:**

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS DUNAS”.
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
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplieran con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2)

**Tabla 1**

**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes de 10 a 19 años en el Perú.**

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000

<b>10</b>	1,000	<b>32</b>	1,000
<b>11</b>	1,000	<b>33</b>	1,000
<b>12</b>	1,000	<b>34</b>	1,000
<b>13</b>	1,000	<b>35</b>	1,000
<b>14</b>	1,000	<b>36</b>	1,000
<b>15</b>	1,000	<b>37</b>	1,000
<b>16</b>	1,000	<b>38</b>	1,000
<b>17</b>	1,000		
<b>Coefficiente V de Aiken total</b>			<b>0,998</b>

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

## ANEXO N° 4

### **EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:**

#### **Confiabilidad interevaluador**

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

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

**TABLA 2****REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO**

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



13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

<b>37</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>38</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>															0,998

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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑO MENORES DE 5 AÑOS DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO LAS DUNAS: CHIMBOTE- 2015**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:** \_\_\_\_\_

**INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:** \_\_\_\_\_

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

(\*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									

P9								
Comentario:								
P10								
Comentario:								
P11								
Comentario:								
P12								
Comentario:								
P13								
Comentario:								
<b>5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA</b>								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								

Comentario:								
P19								
Comentario:								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario								
P25								
Comentario								
P26								
Comentario								
P27								
Comentario								
P28								
Comentario								
<b>6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA</b>								

P29								
Comentario								
P30								
Comentario								
P31								
Comentario								
P32								
Comentario								
P33								
Comentario								
P34								
Comentario								
P35								
Comentario								
P36								
Comentario								
P37								
Comentario								
P38								
Comentario								

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

*Gracias por su colaboración.*



**ANEXO N°05**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS NIÑOS MENORES DE 5  
AÑOS: ASENTAMIENTO HUMANO LAS DUNAS-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.

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

.....

**FIRMA**