



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 5- 10  
AÑOS.PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA-  
CHIMBOTE, 2015**

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

**AUTORA:**

**Ingrid Mercedes Vásquez Lozano de Lecca.**

**ASESORA:**

**Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.**

**CHIMBOTE-PERU**

**2017**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz**

**PRESIDENTA**

**Mgtr. Leda María Guillén Salazar**

**SECRETARÍA**

**Dra. Sonia Avelina Girón Luciano**

**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico con todo mi amor. A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia que siempre estará en cada momento conmigo compartiendo cada logro y cada caída.

A mis madrecita Luz y a mis hermanas Cynthia y Luz, por enseñarme que aunque las cosas no son como yo quisiera, ellos siempre van a estar ahí para apoyarme.

A mis abuelos Carlos y María por el apoyo incondicional y el amor brindado todos estos años; sin ustedes nada de lo que tengo hoy sería posible

## AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por habernos guiado y protegido en las dificultades de nuestras vidas y dame la fuerza, necesaria para seguir adelante con nuestros propósitos y metas que tenemos como ya prontamente profesionales

A cada uno de los que son parte de mi familia especialmente a mi madre y mis hermanas, sé que sin la ayuda ellas yo no podría lograr lo que estoy logrando paso a paso

Finalmente agradecer a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por las experiencias vividas y los conocimientos compartidos con nosotros, porque sin ustedes, nuestra formación profesional no hubiese sido posible

## RESUMEN

El presente investigación, se llevó acabo con el objetivo de describir los determinantes de la salud en niños de 5- 10 años en el Pueblo Joven Esperanza Baja, Chimbote 2015. Es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 80 niños a quienes se les aplico un instrumento sobre 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, obteniéndose los siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos: más de la mitad de los niños son de sexo masculino, con respecto el grado de instrucción de la madre casi la totalidad cuentan con secundaria completa/incompleta, percibiendo un ingreso económico de 751-1000 soles; más de la mitad de las madres de los niños cuenta con una ocupación eventual, diariamente el carro recolector de basura pasa por sus domicilios, la totalidad cuenta con saneamiento básico, menos de la mitad cuenta con una tenencia de casa propia con vivienda de material noble. En los determinantes de estilo de vida la totalidad de los niños tienen reglas y expectativas claras y consistente cerca de su conducta, la mayoría si acude al establecimiento de salud para la AIS (control de crecimiento y desarrollo, vacunas, exámenes dentales), consumen diariamente frutas, fideos, lácteos, pan, cereales, no presentaron en los 2 últimos semanas algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda. En los determinantes de las redes sociales, la totalidad no recibe apoyo social organizado, más de la mitad cuentan con un seguro social de salud y a su vez manifiesta que el tiempo de espera fue regular, mencionando que la calidad de atención que recibieron fue buena, a su manifestaron la existencia de pandillaje en su comunidad.

**Palabras clave:** Determinantes de la salud, niños

## **ABSTRACT**

The present investigation was carried out with the aim of describing the determinants of health in 5-10 year old children in the Young Hopeful Low Village, Chimbote 2015. It is a quantitative, descriptive type with a single box design. The sample consisted of 80 children who were given an instrument on health determinants using the technique of interview and observation. The data were processed in PASW Statistics software version 18.0. For the analysis of the data, absolute and relative frequency distribution tables were constructed. As well as their respective statistical graphs, the following conclusions were obtained: In the biosocioeconomic determinants: more than half of the children are male, with respect to the degree of education of the mother almost all have complete / incomplete secondary school, perceiving a Economic income of 751-1000 soles; More than half of the mothers of children have an eventual occupation, daily the garbage collector goes through their homes, the whole has basic sanitation, less than half have a home ownership with housing of noble material . In lifestyle determinants, all children have clear and consistent rules and expectations close to their behavior, most if they go to the health facility for AIS (growth and development control, shots, dental exams), consume fruit daily , Noodles, dairy products, bread, cereals, did not show any signs of an acute respiratory disease in the last 2 weeks. In the determinants of social networks, the whole does not receive organized social support, more than half have a social health insurance and in turn shows that the waiting time was regular, mentioning that the quality of care they received was good, To his manifested the existence of gangs in his community.

**Keywords:** Children, determinants, healt

## 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>	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	14
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	22
3.2 Población y muestra.....	22
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	23
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5 Plan de análisis.....	39
3.6 Principios éticos.....	40
<b>IV. RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados.....	41
4.2 Análisis de resultados.....	50
<b>V. CONCLUSIONES</b>	
5.1 Conclusiones.....	78
5.2 Recomendaciones.....	80
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	88
<b>ANEXOS</b> .....	96

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1</b> .....	42
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
.	
<b>TABLA 2</b> .....	43
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
.	
<b>TABLA 3</b> .....	46
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
.	
<b>TABLA 4, 5, 6</b> .....	49
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO 1</b> .....	123
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
<b>GRÁFICO 2</b> .....	124
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
<b>GRÁFICO 3</b> .....	130
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	
<b>GRÁFICO 4, 5, 6</b> .....	135
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN NIÑOS DE 5– 10 AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015	

## I. INTRODUCCIÓN

En el Perú y en otros países vecinos, los niños son considerados como la población más vulnerable, esto es debido que pueden contraer diversos tipos de enfermedades, accidentes de hogar, mal nutrición, etc.

Es por ello que el presente estudio de investigación tuvo el propósito de identificar los determinantes de la salud en niños de 5 – 10 años, Pueblo Joven Esperanza Baja- Chimbote, con el fin de poder contribuir el mejoramiento de estilos y calidad de vida.

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 15,0%, los factores ambientales un 10,0% y los asociados a atención de salud en un 25,0%. 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. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de los niños de las edades de 5 -10 años ha recibido una buena 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 del niño (7).

Equidad en salud se pueden desarrollar su máxima potencial de salud, independiente de alguna posición social y/o circunstancias determinadas por diversas sociales.”, lo que se requiere con esto es que los recursos sean asignados según la necesidad (8).

Inequidad son desigualdades evitables en materia de salud hacia un grupo de población de un mismo país y/o ciudad, mayormente es considerado como desigualdad ante la sociedad, muchas veces las condiciones ya sea económica o sociales pueden determinar un riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme (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 problema de salud en nuestro 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)

Los niños y niñas del país son los que concentran los índices más altos de pobreza y pobreza extrema. Mientras un 35% del total de la población peruana vive en situación de pobreza, esta cifra se eleva a 49% entre los niños y niñas de 0 a 5 años y a 48% entre los de 6 a 11 años. En el caso de la pobreza extrema, el 12% del total de la población peruana se encuentra en esta situación frente al 19% de los niños y niñas de 0 a 5 años. Sin embargo, entre los años 2006 y 2009 se han producido dos cambios importantes: en primer lugar, la pobreza monetaria ha pasado de 45% a 35% a nivel nacional. Esta reducción se ha traducido en una menor incidencia de pobreza entre los niños y niñas, pasando de 60% a 49% en el grupo de 0 a 5 años, de 58% a 48% en el de 6 a 11 años y de 52% a 41% en el de 12 a 17 años. En segundo lugar, si bien la niñez peruana sigue presentando mayores tasas de pobreza extrema que el total de la población nacional (13)

No escapan a esta realidad los niños de 5 – 10 años del Pueblo Joven La Esperanza Baja, en la cuales limita con: el norte con Pueblo Joven San Pedro y Esperanza Alta, por el sur se encuentra con la Pueblo Joven La Unión, Por el Este se encuentra con el Cementerio Divino Maestro y por Oeste se encuentra el Pueblo Joven El Carmen. Teniendo como: Presidente a la SRA. Zoila de Alzamora, Secretario General Sr. Armando Mejía Solís y Tesorero Sr. Vicente Loli Esquivel El pueblo Joven La esperanza Baja cuenta con saneamiento básico en todas las viviendas, a la vez cuenta con pistas en las avenidas principales y pasajes, contando con veredas y jardines, en el Pueblo Joven se puede encontrar



una Posta Médica, su infraestructura es de material noble, la junta directiva nos refirió que ya cuenta con nuevo local (14).

Así mismo la comunidad cuenta con Institución Educativa de Nivel Primario y secundario teniendo un aproximado de 1010 alumnos la Institución educativa cuenta con una infraestructura de material noble. A la vez el Pueblo Joven cuenta con un comedor popular llamado “corazón de Jesús”, teniendo una infraestructura de material de adobe con techo de eternit, solo están inscritos 15 personas. Por último la comunidad cuenta con un Local comunal de material noble, mayormente lo dan uso cuando hay reuniones con la comunidad. (14)

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en los niños de 5-10 años, en el Pueblo Joven La esperanza Baja, Chimbote. 2015?**

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

- Describir los determinantes de la salud en los niños de 5-10 años, en el Pueblo Joven La esperanza Baja, Chimbote. 2015

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

Identificar los determinantes de los entornos biosocioeconómicos y ambientales en los niños de 5-10 años, en el Pueblo Joven “La esperanza Baja” (Grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo), entorno físico; (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Identificar los determinantes de estilos de vida en los niños de 5-10 años, en el Pueblo Joven La esperanza Baja, Alimentos que consumen las personas y hábitos personales.

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para los niños de 5-10 años, en el Pueblo Joven La esperanza Baja y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en los niños.

Finalmente la Investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote esto genera un conocimiento para entender los problemas que afectan a la salud de la población de los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “Esperanza Baja” y a su vez proponer estrategias y soluciones. La investigación que se realizó consta con una función que todo el sistema de salud requiere para cumplir lo requerido en la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones se encuentran dirigidas y adecuadas son esenciales para conseguir sintetizar las desigualdades, optimizar la salud de los niños de 5-10 años de Pueblo Joven “Esperanza Baja” y activar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja”, 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 fue necesaria para puesto de salud “ Esperanza Baja” porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida adulta joven 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 propicio para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para la comunidad del Pueblo Joven “Esperanza Baja” y la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad , 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:**

**Santamaría M, (15).** en su investigación “Determinantes social de la salud España” los resultados obtenidos revelan, que en los 5 últimos años determinaron que las circunstancias en que las personas viven condicionadas por contextos sociopolíticos, es por la causa principal de las desigualdad social en salud, puesto que se encuentran en los contextos sociopolíticos que determinan las oportunidades de tener buena salud.

**.Benavides P, (16).** en su Investigación titulada” Análisis de la influencia de factores sociales en el estado nutricional de escolares del noroccidente de pichincha”, Ecuador 2011, a pesar del interés por la salud escolar y en especial, por los niveles de desnutrición de los niños y niñas del Ecuador, de primero a sexto grado de la parroquia Gualea, Pacto Nanegalito y Nanegal, del Noroccidente de Pichincha, se indica que el nivel de desnutrición continúa siendo elevado y su relación con los factores sociales es indeterminada, el factor que afecta en el estado nutricional en su mayoría a los estudiantes es el nivel de instrucción de las madres, seguido por la

falta de servicios básicos como eliminación de excretas y agua potable en el hogar

**A nivel Nacional:**

**Cárdenas L, (17).** En su investigación titulada “situación de salud en el centro de salud villa primavera - Sullana, Piura. 2011” Se encontró que resultados fueron que el 25 % de mujeres tienen secundaria incompleta mientras los hombres tienen el 25,8 % en relación que las mujeres; también que el 63,8 % de la población tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda y solo el 17% la población tiene pozo ciego o negro/ letrina; así mismo el 82,4% son viviendas con alumbrado eléctrico; finalmente el 51,8% de la población usa como combustible para cocinar el gas seguido del uso de carbón con un 31,7%. Con respecto al nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida en el establecimiento de salud se obtuvo que es bueno con un 25 % no escapando del nivel malo que estuvo en un 22 %.

**Marinos W, (18).** En su estudio titulado “conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre enfermedad diarreicas aguda y su relación con características sociodemográficas”, Perú 2008, se encontró respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres 16 tiene nivel de conocimiento medio 66,3% y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la

dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa concluyendo que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda.

**A nivel local:**

**Vílchez M, (19).** En su proyecto titulada “Determinantes de la salud en niños del distrito de Chimbote – 2012”. concluyendo que: la mayoría de las madres de los niños de los niños tiene un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, un ingreso económico de 751 a 1000 soles, de ocupación eventual, con viviendas de material noble y servicios básicos, no llevan a los niños a los controles de CRED, no tienen completas su vacunas, consumen frutas, verduras, legumbres y lácteos 1 a 2 veces por semana, no reciben apoyo social organizado de ningún tipo, excepto vasos de leche de la zona, más de la mitad cuentan con un seguro social de EsSalud.

**Román R, (20).** En su investigación titulada “Determinantes de la salud en niños escolares de 6 - 10 años, AA.HH “bellavista” – Nuevo Chimbote, 2012. Concluyo que el grado de instrucción de

la madre, el ingreso económico, la vivienda y el número de persona que duermen en una habitación contribuye en un riesgo en el determinante socioeconómico, a su vez los accidentes domésticos y la alimentación en los niños se determina como un riesgo en el estilo de vida.

## 2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (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 (22).

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 (22).



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 (22).



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 (23).

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 (23).

### **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 (23).

### **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 (23).

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 (23).

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 (23).

**Mi salud:** Lo podemos definir como el estado que presenta una persona al poder ejercer y desarrollar normalmente en todas sus funciones, teniendo un estado ideal, con la satisfacción de no presentar alguna enfermedad o lesión. Para que la vida tenga sentido el individuo debe de disponer y disfrutar una buena salud (24).

**Comunidad:** Es grupo o conjunto de personas que conviven en una misma zona geográfica delimitada, compartiendo un lenguaje en común en la cual se les va a permitir el entendimiento en la comunicación (25).

**Servicios de salud:** Es el acto de satisfacer las necesidades, por lo general los servicios de salud implica brindar asistencia sanitaria que constituye a un sistema de atención orientado en mantenimiento, la restauración y promoción de la salud en las personas (26).

**Educación:** Se le denomina “formal o escolar” aquella efectuada por maestros profesionales, por su parte consiste en la presentación sistemática de ideas, hechos y técnicas a los estudiantes (27).

**Trabajo:** son aquella acción o actividad de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas (28).

**Territorio (ciudad):** Es un área urbana que presenta una alta densidad de población conformada por habitantes las condiciones de habitabilidad del entorno, teniendo acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud (29).

Este ámbito se señala al 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 (30).

Una persona es considerada un niño o niña desde el momento de su nacimiento hasta la pubertad. Por lo tanto es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida, en un sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño: Desde que es un lactante recién nacido hasta la adolescencia pasando por la etapa de infante o bebe y la niñez medio. El niño va a ampliar una serie de aprendizaje que serán claves para

su formación como adulto, en los primeros años de vida, el niño debe desarrollar su lenguaje para después aprender a leer y escribir (31).

Los factores de riesgo en los niños a esa edad están expuestos a una serie de factores de riesgo tanto como psicosocial (bullying entre niños y/o de profesor hacia el alumno), físico (maltrato, accidentes en casa, enfermedades) y social (pandillaje y/o drogadicción), esto se puede presentar en nuestra sociedad, es por ello que a nuestros niños se le considera como el ser más vulnerable por que se encuentra expuesto a todo en nuestra sociedad. (32).

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 los padres de aquellos hijos largamente esperados durante los nueve meses; pero que en 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 y el entusiasmo de dar hasta que duela (33)

### **III.METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

Cuantitativo, se trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia en una población de la cual toda muestra procede (34).

Descriptivo, incluye la recopilación de datos para contestar preguntas o interrogantes sobre una situación o estatus actual de un sujeto o tema de estudio (35).

Diseño de una sola casilla, consiste en seleccionar la muestra sobre la realidad problemática que se desea investigar, en esta muestra se hace averiguaciones (36,37).

#### **3.2. Universo Muestral**

El universo muestral estuvo constituido por 80 en niños de 5– 10 años en el Pueblo Joven “Esperanza baja”, Chimbote 2015

##### **3.2.1. Unidad de análisis**

Los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja”- Chimbote, 2015

##### **Criterios de Inclusión**

- Los niños de 5 a 10 años que vivían más de 3 años en el Pueblo Joven “Esperanza Baja.”- Chimbote
- Madre de los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja”- Chimbote, que aceptaron a participar en el estudio de investigación.
- Madre de los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja”- Chimbote, que tuvieron disponibilidad de

participar en el cuestionario como informantes sin importar condición socioeconómica y nivel de escolarización.

**Criterios de Exclusión:**

- Los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja”, que presento algún trastorno mental.
- Madre del niño que tenga problemas de comunicación.
- Madre de los niño de 5-10 años del Pueblo Joven “La Esperanza Baja” que posee algún trastorno mental

**3.3. Definición y Operacionalización de variables**

**I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO**

**Sexo**

**Definición Conceptual**

El sexo se distingue del género aunque van de la mano, el sexo difiere entre las características físicas entre una mujer y un hombre, el género lo hacen en la relación a nivel cultural o se es masculino o se es femenino, llevando a una **condición** que puede cambiar o modificar a pesar de lo correctamente dicho por la sociedad ( 38 ).

**Definición Operacional**

Escala nominal

- Masculino
- Femenino



## **Grado de Instrucción**

### **Definición Conceptual**

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (39).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior universitaria
- Superior no universitaria

## **Ingreso Económico**

### **Definición Conceptual**

Es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos, a su vez son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, etc. (40).

### **Definición Operacional**

Escala de razón

- Menor de 750

- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

## **Ocupación**

### **Definición Conceptual**

Hace referencia a la dedicación del trabajo, empleo, actividad o profesión lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones (41).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **Vivienda**

### **Definición conceptual**

Es el lugar cerrado y cubierta que se constituye para que sea habitad por personas, a su vez ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar pertenecías y actividades cotidianas (42).

## **Definición operacional**

Escala nominal

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

## **Tenencia**

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

## **Material del piso:**

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

## **Material del techo:**

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

- Eternit

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

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

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

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

#### **Abastecimiento de agua**

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

#### **Eliminación de excretas**

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

### **Combustible para cocinar**

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

### **Energía Eléctrica**

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

### **Disposición de basura**

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

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

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

### **Eliminación de basura**

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específico de recogida

- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

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

### **Definición Conceptual**

Son las costumbres o comportamientos de unas personas, tanto en lo individual, como en sus relaciones grupales, que constituye en conductas comunes tales como la ocupación de su tiempo libre, el consumo, la alimentación, los hábitos higiénicos, la vivienda, etc. (43).

### **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
- 4 veces a la semana
- No se baña

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

Escala nominal

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 diarrea

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

**Escala nominal**

- Caída
- Golpes
- Electrocutado
- Quemaduras
- No presento ningún

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

- Respiración rápida
- No puede respirar
- No come, ni bebe
- Se pone frio

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

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

Si ( ) No ( )

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

Si ( ) No ( )

### **Alimentación**

#### **Definición Conceptual**

Es la ingesta de alimento, para poder conseguir nutrientes necesarios y poder obtener las energías y poder lograr un desarrollo equilibrado.  
(44).

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

#### **Frecuencia de consumo de alimentos**

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



### **III.DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

#### **Definición Conceptual**

Las redes sociales trabajan simultáneamente por un desarrollo personal y una transformación social. (45).

#### **Apoyo social natural**

##### **Definición Operacional**

Escala ordinal

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

#### **Apoyo social organizado**

##### **Escala ordinal**

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

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

- Cuna más
- PVL(Vaso de leche)
- Pad Juntos
- Qali warma
- Otros

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

#### **Definición Conceptual**

Es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (46).

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

Escala nominal

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

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

**Lugar de atención que fue atendido:**

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

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

**Tiempo de espera en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

- Muy mala
- No sabe.

#### **Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda**

- Si ( ) No ( )

### **3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

#### **Técnicas**

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

#### **Instrumento**

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

#### **Instrumento No 01**

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

- Datos de identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).

- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Acude al establecimientos de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente), número de horas que duermen, frecuencia en que se bañan, reglas y expectativas claras y consiste acerca de su conducta y /o disciplina, en los 2 últimas semanas el niño(a) presento diarrea, últimos 6 meses su niño (a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar, en los 2 últimos semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratorio aguda en el niño, El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad, Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

**Control de Calidad de los datos:**

**EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú desarrollada por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de investigación.

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

opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

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

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (ANEXO 2)

### **Confiabilidad**

#### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (47; 48). (ANEXO 3)

### **3.5 Plan de análisis**

#### **3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:**

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a las madres de los niños de 5 – 10 años. Pueblo Joven Esperanza Baja-Chimbote,
- Se coordinó con las madres de los niños de 5 – 10 años. Pueblo Joven Esperanza Baja-Chimbote, para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a las madres de los niños de 5 – 10 años. Pueblo Joven Esperanza Baja-Chimbote
- Se realizó lectura del contenido de los instrumentos en las madres de los niños de 5-10 años. Pueblo Joven Esperanza Baja- Chimbote

- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa

### **3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:**

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

## **3.6 Principios éticos**

Se valoró previamente los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (49).

### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario a las madres de los niños de 5-10 años. Pueblo Joven “Esperanza Baja”-Chimbote, 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 las madres de los niños de 5-10 años. Pueblo Joven “Esperanza Baja”- Chimbote, siendo útil solo para fines de la investigación.

### **Honestidad**



Se informó a las madres de los niños de 5-10 años. Pueblo Joven “Esperanza Baja”-Chimbote, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

### **Consentimiento**

Se trabajó con las madres de los niños de 5-10 años .Pueblo Joven “Esperanza Baja”-Chimbote, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO 04)

## **IV.-RESULTADOS**

### **4.1. Resultados**

#### **4.1.1.DETERMINANTES DE LA SALUD BIO SOCIOECONÓMICOS**

**TABLA 1.**

*DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS EN NIÑOS DE 5-10AÑOS EN EL PP.JJ. LA ESPERANZA BAJA, EN CHIMBOTE - 2015*

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	42	52,50
Femenino	38	47,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Grado de instrucción de la madre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	0	00,00
Inicial/Primaria	0	00,00
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	77	96,25
Superior completa e incompleta	3	3,75
Superior no universitaria completa e incompleta	0	00,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Ingreso económico (soles)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 750	7	8,75
De 751 a 1000	46	57,50
De 1001 a 1400	21	26,25
De 1401 a 1800	4	5,00
De 1801 a más	2	2,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
------------------	----------	----------

Trabajador estable	18	22,50
Eventual	48	60,00
Sin ocupación	9	11,25
Jubilado	2	2,50
Estudiante	3	3,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

**TABLA 2**

#### DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN NIÑOS DE 5-10AÑOS EN EL PP.JJ. LA ESPERANZA BAJA, EN CHIMBOTE – 2015.

<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	24	30,00
Vivienda multifamiliar	56	70,00
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,00
Local no destinada para habitación Humana	0	0,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Tenencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alquiler	4	5,00
Cuidador/alojado	28	35,00
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00
Alquiler venta	12	15,00
Propia	36	45,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del piso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tierra	49	61,25
Entablado	3	3,75
Loseta, Vinílicos Y No Vinílicos	9	11,25
Laminas Asfálticas	14	17,50

Parquet	5	6,25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del techo</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, Estera	17	21,25
Adobe	5	6,25
Estera Y Adobe	5	6,25
Material Noble Ladrillo Y Cemento	16	20,00
Eternit	37	46,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Material de las paredes</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, Estera	10	12,50
Adobe	14	17,50
Estera Y Adobe	9	11,25
Material Noble Ladrillo Y Cemento	47	58,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
4 A Mas Miembros	7	8,75
2 A 3 Miembros	63	78,75
Independiente	10	12,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Cisterna	0	0,00
Pozo	0	0,00
Red Publica	0	0,00
Conexión Domiciliaria	80	100,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Eliminación de excretas</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Aire Libre	0	0,00
Acequia, Canal	0	0,00
Letrina	0	0,00
Baño Publico	0	0,00
Baño Propio	80	100,00
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Combustible para cocinar</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	80	100,00
Leña, Carbón	0	0,00
Bosta	0	0,00
Tuza (Coronta Maíz)	0	0,00
Carca De Vaca	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Energía eléctrica</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>

Sin Energía	0	0,00
Lámpara	0	0,00
Grupo Electrónico	0	0,00
Energía Eléctrica Permanente	80	100,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Disposición de basura</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
A Campo Abierto	0	0,00
Al Rio	0	0,00
En Un Pozo	0	0,00
Carro Recolector.	80	100,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	10	12,50
Todas las semana pero no diariamente	60	75,00
Al menos 2 veces por semana	10	00,00
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	10	12,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	80	100,00
Montículo o campo limpio	0	0,00
Contenedor específico de recogida	0	0,00
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10 años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vélchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

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

**TABLA 3**

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS DE 5-10 AÑOS EN EL PP.JJ.  
LA ESPERANZA BAJA, EN CHIMBOTE - 2015.**

<b>Acude al establecimientos de salud, para la ais (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	53	66,25
No	27	33,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	21	26,25
[08 a 10)	59	73,75
[10 a 12)	0	00,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	59	73,75
4 veces a la semana	21	26,25
No se baña	0	00,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	80	100,00
No	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>En las dos últimas semanas el niño(a) presento diarreas, su alimentación que le brindó fue</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
La misma cantidad	2	2,50
Menos cantidad	2	2,50
Más cantidad	2	2,50
Aun no le da otro tipo de alimentos	0	0,00

No presento diarreas	74	92,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Los últimos 6 meses su niño(a) presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar</b>	N	%
Caída	12	15,00
Golpes	7	8,75
Electrocutado	0	0,00
Quemaduras	2	8,75
Otros	0	0,00
No presento ninguno	59	73,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Las dos últimas semanas ha identificado algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda en el niño.</b>	N	%
Respiración rápida	1	1,25
No puede respirar	3	3,75
No come, ni bebe	0	0,00
Se pone frío	0	0,00
Más de 3 días con calentura	34	42,50
Le sale pus en el oído	0	0,00
Le aparecen puntos blancos en la garganta	0	0,00
No presento	42	52,50
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>El niño(a) tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad</b>	N	%
Si	41	51,25
No	39	48,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

<b>Si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad</b>	N	%
Si	13	16,25
No	67	83,75
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10 años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

**TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA LOS NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS DEL AÑO ,2015**

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	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N <sup>a</sup>	%
Frutas	<b>53</b>	66,25	<b>21</b>	26,25	<b>6</b>	7,50	<b>0,00</b>	0,00	<b>0,00</b>	0,00
Carne	<b>28</b>	35,00	<b>47</b>	56,75	<b>5</b>	6,250	<b>0,00</b>	0,00	<b>0,00</b>	0,00
huevos	<b>38</b>	47,50	<b>18</b>	22,50	<b>19</b>	23,75	<b>5</b>	6,25	<b>0,00</b>	0,00
pescado	<b>15</b>	18,75	<b>13</b>	16,25	<b>42</b>	52,5	<b>8</b>	10,00	<b>2</b>	2,50
Fideos	<b>64</b>	80,00	<b>8</b>	10,00	<b>7</b>	8,75	<b>1</b>	1,25	<b>0,0</b>	0,00
Pan, cereales	<b>61</b>	76,25	<b>11</b>	13,75	<b>8</b>	10,00	<b>0,0</b>	0,0	<b>1</b>	1,25
verduras, hortalizas	<b>39</b>	48,75	<b>23</b>	28,75	<b>11</b>	13,75	<b>7</b>	8,75	<b>0,00</b>	0,00
legumbres	<b>10</b>	12,50	<b>17</b>	21,25	<b>31</b>	38,75	<b>22</b>	27,50	<b>0,00</b>	0,00
embutidos	<b>7</b>	8,75	<b>5</b>	6,25	<b>13</b>	16,25	<b>40</b>	50,00	<b>15</b>	18,75
lácteos	<b>56</b>	70,00	<b>13</b>	16,25	<b>5</b>	6,25	<b>3</b>	3,75	<b>3</b>	3,75
dulces, gaseosas	<b>4</b>	5,00	<b>24</b>	30,00	<b>32</b>	40,00	<b>17</b>	21,25	<b>3</b>	3,75
refrescos con azúcar	<b>8</b>	10	<b>41</b>	51,25	<b>15</b>	18,75	<b>13</b>	16,25	<b>3</b>	3,75
frituras	<b>10</b>	12,5	<b>21</b>	26,25	<b>33</b>	41,25	<b>13</b>	16,25	<b>3</b>	3,75

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

#### 4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**TABLA 4**

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN NIÑOS DE 5-10AÑOS EN EL  
PP.JJ. LA ESPERANZA BAJA, EN CHIMBOTE - 2015**

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	7	8,75
Centro de salud	4	5,00
Puesto de salud	68	85,00
Clínicas particulares	1	1,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	8	10,00
Regular	66	82,50
Lejos	4	5,00
Muy lejos de su casa	1	1,25
No sabe	1	1,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de seguro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	5	6,25
SIS – MINSA	70	87,50
SANIDAD	5	6,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy largo	6	7,50
Largo	25	31,25
Regular	44	55,00
Corto	5	6,25
Muy corto	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	6	7,50
Buena	41	51,25
Regular	33	41,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	56	70,00
No	24	30,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación



**TABLA 5**  
**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y**  
**Organizado**

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familiares	9,00	11,25
Amigos	0,00	0,00
Vecinos	3,00	3,75
Compañeros espirituales	0,00	0,00
Compañeros de trabajo	0,00	0,00
No recibo	68,00	85,00
<b>Total</b>	<b>80,00</b>	<b>100,00</b>

<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0,00	0,00
Seguridad social	0,00	0,00
Empresa para la que trabaja	0,00	0,00
Instituciones de acogida	0,00	0,00
Organizaciones de voluntariado	0,00	0,00
No recibo	80,00	100,00
<b>Total</b>	<b>80,00</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 5-10años .Pueblo Joven. Esperanza Baja – Chimbote, 2015. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

**TABLA 6.**  
**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN**  
**RECIBE APOYO EN NIÑOS DE 5 -10AÑOS EN EL PUEBLO JOVEN. LA ESPERANZA**  
**BAJA, EN CHIMBOTE. 2015**

<b>Apoyo social de las organizaciones</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cuna mas	0,0	0,0	0,0	0,00
Comedor popular	0,0	0,0	0,0	0,00
Vaso de leche	0,0	0,0	0,0	0,00
Qali warma	0,0	0,0	0,0	0,00
No recibio	0,0	0,0	80,0	100,00
<b>Total</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>80,0</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en, elaborado niños de 5 -10años en el Pueblo Joven. La esperanza baja, en Chimbote. 2015 por la Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

#### 4.2 Análisis de resultado:

**En tabla 1:** Del 100% (80) de los niños del Pueblo Joven. La Esperanza Baja, el 52,5% (42) son masculinos, el 96,25% (46) de las madres tiene secundaria completa / incompleta, el 57,5% (46) tiene un ingreso económico de 751 a 1000 soles, el 60% (48) tienen trabajo eventual.

La investigación difiere con los autores: Mercado S. y Cabeñas Y (50), en 1996, en Trujillo, realizaron un estudio sobre " Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional de niños en etapa escolar (6-10 años) en el Barrio Aranjuez de Trujillo. El estado nutricional de los niños en etapa escolar se ve significativamente influenciado por el nivel económico de la familia a la que pertenece, mientras más alta es el nivel de socioeconómico mejor es el estado nutricional y a más bajo nivel socioeconómico la desnutrición es mayor

Según Gullerian A, Guezikaraian N, Olivo M (51). En su investigación titulada "Relación del estado nutricional con el nivel de educación del padre y la madre". 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 lo que sí 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. En conclusión el nivel de instrucción paterno no influye en el estado nutricional de sus hijos, en cambio la educación materna pareciera tener relación.

Así mismo Corral F, (52). Refieren que la posición en el sexo femenino en la sociedad moderna y la influencia que ejerce su nivel de escolaridad en varios fenómenos sociológicos relacionados consigo misma y con su entorno, vale decir con sus hijos y su familia, son día a día más importantes. Más aun, adquieren trascendencia e influencia decisivas con respecto a la fecundidad, la nutrición de los hijos, la mortalidad infantil y, por supuesto, los fenómenos que le atañen como persona, por ejemplo las enfermedades, debido a que las personas mejor educadas tienen mejores conocimientos sobre los riesgos en la salud y a asumir comportamientos sobre actividades saludables para la salud

La relación que se asemeja a lo investigado por Salazar N, (53). En su investigación titulada “Nivel de información sobre parasitosis Intestinales en Madres con Niños de 6 – 10 años y su relación con Algunos Factores Biosocioculturales Víctor Larco Sector Buenos Aires- Argentina, 2000” Encontró que el mayor porcentaje (85%) de las madres en estudio tiene un nivel alto de información (15%) con un nivel de información mediana y ninguno con bajo nivel de información sobre parasitosis intestinal, e ingreso económico promedio. Concluyendo que no existe relación entre la variable edad, grado de instrucción, ingreso económico y ocupación con el nivel de información.

De igual forma Buyatt L, (54).En su estudio de investigación, ¿Cómo Influye El Nivel de Instrucción y la situación laboral de los Padres en el Estado Nutricional de sus hijos?, encontró que: Tenían hijos mal nutridos el 44,32%, las mujeres que no terminaron primaria, el 30,30% no finalizaron secundaria, y el 21,03%, las que sí lo hicieron. En la ocupación, tenían niños con mal nutrición el 23,73% los padres con trabajo fijo, el 39,51% con trabajo esporádico, y 40,55% los desocupados. Concluye que: el nivel de instrucción materna influye en el estado nutricional de los hijos. En cuanto a la ocupación, la situación del padre parece tener mayor influencia.

Los resultados que se asemejan a lo investigado por Budría S, (55).En su investigación titulada “Los Determinantes Socioeconómicos de la Desigualdad económica en Portugal, 2010”. Obteniendo como resultado que la fracción de los jefes de hogar con menos de educación secundaria superior es muy grande 77,6%. Los grupos restantes, media superior y superior son de 9,9% y 12,6%. Existe una estrecha relación entre el nivel educativo y el desempeño económico de los hogares. En concreto, el ingreso medio de los terciaria y superior hogares de educación secundaria son respectivamente, 2,90% y 1,60% mayor que el ingreso del grupo con menos de secundaria superior. Concluyendo que la educación, es la dimensión socioeconómica más determinante en relación con la desigualdad

Por edad se entiende que desde el nacimiento hasta la edad adulta el organismo pasa por una serie de estadios de crecimiento y desarrollo que implican un grado creciente de maduración, existiendo diferencias individuales en el ritmo con que este proceso ocurre que pueden observarse durante toda la etapa de la niñez pero que son particularmente notorias en la adolescencia, en la que pueden existir grandes diferencias(56).

Así mismo por Sexo, se entiende que es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en 2 posibilidades solamente: hombre y mujer La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentran por los genitales y otras diferencias corporales. (57).

Como grado de instrucción se entiende que es el nivel de una persona en la que se encuentra en un grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, en la que se considera como un indicador en los niveles socioeconómicos de las personas. Además tenemos que el nivel de instrucción en nuestra sociedad resulta estar en condiciones actuales como una gran importancia a la hora de encarar con ciertas garantías de éxito el futuro. Así, es un hecho admitido que existe una relación positiva entre nivel de instrucción del individuo y su capacidad (58).

En igual forma podemos decir que la secundaria completo, es la penúltima etapa en la educación obligatoria, posteriormente a la enseñanza primaria, al término de la secundaria se tiene como objetivo poder iniciar

estudio superiores, teniendo como finalidad mundo laboral para una formación profesional(59).

En la presente investigación dada en la comunidad Pueblo Joven “Esperanza Baja”- Chimbote, visualice que las madres de los niños son madres jóvenes entre las edades de 20 a 25 años aproximadamente, esto jugo un papel en contra, me permitió identificar que el grado de instrucción de la madre solo cuenta con secundaria completa/ incompleta, esto es debido porque algunas madres salieron embarazadas estando en la escuela, pero a la vez otras madres manifestaron que si querían seguir estudiando, pero por medios económicos no pudieron continuar, pero hay madres que si culminaron sus estudios solo hasta secundaria porque de ahí decidieron ya no seguir estudiando y optaron por trabajar en las fábricas conserveras, en el mercado, y en lo que ventas de ropa, para poder satisfacer sus necesidades básicas de sus hijos, como bien sabemos el grado de instrucción de las madres cumple un rol importante en el cuidado de los niños, esto es debido porque se encuentra bajo los cuidados de las madres, pero muchas veces las madres por el trabajo no están al pendiente del niño, dejándoles bajo el cuidado de las abuelas; al mismo tiempo esto juega un papel en contra, además los niños necesitan un cuidado especial por sus propias madres, es por ende que a esta edad, los niños son más vulnerables a presentar diversas enfermedades tanto respiratorias, gastrointestinales, alergias a la piel,etc, esto debido por la falta de información e instrucción que puedan presentar las madre al no saber ¿qué hacer? cuando el niño presenta dichas enfermedades.

Se entiende por Ingreso económico o familiar; es la cantidad de dinero que una familia puede tener y gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Tener un ingreso económico de menor de 750 soles mensual influye en el crecimiento del niño, puesto que no hacer de mucho ayuda para que la madre del niños pueda comprar los alimentos ricos en hierro, proteínas y carbohidratos para el menor y esto puede conllevar a una anemia en el menor (60).

Así mismo por ocupación; es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo .comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia .generalmente se utiliza la denominación de cargo para los técnicos y dirigentes (61).

De igual forma la ocupación eventual; es aquel que presta sus servicios en labores distintos a la que realiza habitualmente teniendo de un carácter provisional. A su vez es una buena oportunidad de obtener un empleo siendo una herramienta muy válida para una experiencia laboral, como trabajo de verano o vacaciones (61).

En la comunidad de investigación, actualmente el ingreso económico de la familia es de 750-1000 mil soles; esto es una cifra baja por que no se podrá satisfacer la canasta familiar, esto limita a que las madres puedan vivir de manera cómoda, en la actualidad la canasta básica familiar es de 850 nuevos soles; pero esta cifra es variable, esto es debido que los precios de los productos de la canasta familiar está subiendo, muchos padres de

familia cuentan con un trabajo eventual, la mayoría de las madres trabajan en ser ama de casa, fileteras y cortadoras de pescado en las fábricas como se sabe la pesca hoy en día no es de toda los meses, solo es por temporada o eventualmente, de igual manera los padres, que mayormente se dedican hacer estibadores en el terminal marítimo, pescadores y taxistas, la ocupación influye mucho el nivel de escolaridad de los padres ya que esto puede generar que no haya las suficientes oportunidades de obtener un trabajo con un salario que cubra las necesidades básicas de los niños.

**En la tabla 2:** El 70% (56) son viviendas multifamiliares, el 45% (36) son casa propia, el 61,25% (49) de las casas el material de piso son de tierra, el 46.25% (37) de las casas el material del techo es de eternit, el 58,57(47) de las paredes es de material noble ladrillo y cemento, el 78,75% (63) duermen en una habitación 2 – 3 miembros , el 100% (80) cuentan con conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente, usan gas como combustible, disponen y eliminan su basura en el carro recolector , el 75% (60) de las personas manifestaron que todas las semanas peor no diariamente pasa recogiendo la basura por su casa.

Los resultados del presente estudio son similares a los encontrados: Lip C, (62). En su estudio titulada “Determinantes sociales de la salud en el Perú, 2005”, el 100 % de las madres tuvieron una vivienda particular, independiente. El 56,60% de las viviendas tuvieron como material predominante de las paredes el adobe o tapia el 43,30% el ladrillo o bloque



de cemento el 73,30% de las viviendas tuvieron como material predominante de los pisos el cemento, el 20,0% tierra, el 3,30% losetas o cerámicos y 3,30 % parquet o madera El 50,0% de las madres refiere que habita una vivienda alquilada y el 46,60% afirma que habite una propia

De igual manera Álzate E, (63). En su investigación titulado “Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011”. Se encontró que el 58,30% de la población cuenta con vivienda propia, el 25,0% son arrendadas, el 8,30% en sucesión y el 3,40% en préstamo. El material del piso y paredes es liso impermeable con el 100%, el 100% cuenta con techo de Eternit. El 93,10% de viviendas tiene cobertura de energía. El 69,0% cuentan con acueducto y vereda. El 11,80% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,60% en el total de las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,60%, el 11,70% quema, el 11,70% bota al campo abierto

Seguidamente Santa María R, (64). En su estudio titulado “La iniciativa de vivienda saludable en el Perú –2008”. Encontrando que el 70,60% de viviendas se encuentran en el área urbana, podemos observar que sigue siendo la casa independiente el tipo de vivienda mayoritaria en el país 85,61%. En cuanto a material de vivienda se registraron 46,70% de viviendas con paredes de ladrillos o bloques de cemento, el 34,80% con paredes exteriores de adobes o tapias, 9,70% de madera y 2,90% de

quincha. Las viviendas con paredes de piedra con barro o esteras, representan el 5,90%. Concluyendo que la erradicación de la pobreza se consigue creando un estrecho vínculo entre la salud de enfoque socio 54 ecológico y el medio ambiente en desarrollo y, además, fomentando la equidad.

De igual forma Pérez F, (65). En su investigación titulado “Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud”. El 36,60% de las viviendas tuvieron una habitación en, el 26,60% tuvieron tres habitaciones, el 20,0% dos habitaciones y el 16,60% cuatro habitaciones sin considerar el baño, la cocina o la cochera el 43,30% de las viviendas fueron habitadas por cinco personas, el 30,0% habitadas por cuatro personas, el 16,6% fueron habitadas por tres personas y el 10,0% por seis personas.

Entonces Celade K, (66). En su investigación titulada “Déficit de habitacional y datos censales Socio demográficos en Centro Latinoamericano”. El problema del hacinamiento, causa serias consecuencias dentro de las cuales encontramos que personas viviendo en esta situación, son más propensas a contagios de enfermedades infectas contagiosas pero, además, limita considerablemente el desarrollo de las personas

Así mismo podemos decir que los resultados obtenidos en esta investigación, son parecidos en el indicador del lugar de eliminación de la basura, obtenido por Garza V, (67). En su investigación titulada: “Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San

Valdivia A., valle de Juárez. Chihuahua, México 2013; cuyos resultados obtenidos nos revelan que el 78.78% de las viviendas suele eliminar su basura a través del carro recolector de basura.

Estos resultados difieren con los resultado encontrados por Recavarren M.(68), en su investigación titulada “Incidencia de estado de construcción de casas en las comunidades nativas de la Selva del Cusco”; en relación las condiciones de vivienda: 70% pisos de tierra, 70% Techos con eternit, 40% casas de adobe; donde concluyeron que el bajo nivel de construcción de las casas en la comunidad de la selva del Cuzco, teniendo como un posible riesgo para los niños de contraer enfermedades infecto contagiosa

La vivienda, es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras. (69).

De la misma manera una vivienda multifamiliar, es un reciento donde unidades de vivienda superpuestas albergan a número determinado de familias cuya convivencia no es una condición obligatoria. En los niños, juega un papel relevante en el desarrollo de los niños. Debido a la reducción de los espacios que ha sufrido el diseño de la vivienda

multifamiliar vertical, la calidad de vida que esta proporciona a los apropiantes<sup>1</sup> deja mucho que desear (70).

Igualmente el piso de tierra, son muy comunes en los países en vías de desarrollo, especialmente en viviendas rurales: la capa vegetal (con materia orgánica) es removida y sustituida por suelo inorgánico (arcilla, arena, grava) bien compactado. Capas de arcilla mezclada con estiércol logran cierta estabilización de la superficie. (71)

Además el número de personas que duermen en una habitación, se entiende como un hacinamiento que existe en los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio es superior a la capacidad que tal espacio debería y puede contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.(72)

Como resultado de mi proyecto de investigación puedo concluir que en la comunidad Pueblo Joven “Esperanza Baja” – Chimbote, el tipo de vivienda son viviendas multifamiliares, porque al momento que me dirigí aplicar el cuestionario comenzaron a salir los familiares que vivían en la misma casa (abuelos, tíos, primos, et),esto implica que el niño no puede recrearse normalmente porque no encuentra un espacio suficiente dentro del hogar, algunos padres refirieron que cuentan con una tenencia propia pero dan alojamiento al suegro y a los padres y algunas veces a familiares que vienen de visita. En dicha comunidad la mayoría viven en casa de los

padres, pero a su vez tienen su propia casa en los asentamientos humanos de nuevo Chimbote, pero por construcción de dicha casa ellos aún no se pueden mudar. Pero algunas de las madres refirieron que por cuestión que se encuentran separadas de sus parejas se fueron a refugiarse en la casa de sus padres, el número de personas que duermen en una habitación es de 2-3 personas esto produce un hacinamiento, creando así una fuente abierta de enfermedades causadas por bacterias infectocontagiosas, pero además limita considerablemente el desarrollo del niño, los niños van creciendo y van queriendo su propio espacio para poder desarrollarse abiertamente pero si ven que en su propia habitación hay más de una persona, esto no va permitir a desenvolverse íntimamente, muchos niños a la edad de 8 a 10 años ya no quieren que las madres lo vean como se cambian, queriendo tener su propio espacio e independiente.

El Saneamiento Básico permite conocer las alternativas más comunes para la identificación y solución de los problemas de saneamiento en las comunidades ya que esto condiciona un manejo inadecuado de agua y alimento y una disposición incorrecta de los residuos sólidos y excretos.

(73)

El abastecimiento de agua, consiste en un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural. (74)

Energía Eléctrica: La energía eléctrica es una fuente de energía renovable que se obtiene mediante el movimiento de cargas eléctricas (electrones positivos y negativos) que se produce en el interior de materiales conductores (por ejemplo, cables metálicos como el cobre). (75)

Conexión Domiciliaria de Agua: son el conjunto de cañerías y accesorios que permiten a la población contar con el servicio de agua potable y saneamiento básico, mediante una conexión a la red principal (76)

Carro Recolector de Basura: es un camión diseñado especialmente para recoger pequeñas cantidades de desechos y transportarlos a vertederos y a centros de tratamiento y reciclaje. (77)

La eliminación de excretas, es la evacuación del mismo organismo humano: materia fecal y orina. La falta de condiciones higiénicas en la evacuación de las heces es un importante factor de contaminación del suelo y del agua, y una fuente de enfermedades infecciosas para los humanos, en particular para la población infantil. (78)

Si bien es cierto en el Pueblo Joven “Esperanza Baja” – Chimbote, los servicios básicos; son apropiados para satisfacer las necesidades del niño, contando con agua, desagüe, luz, combustible, y a su vez no están expuestas a contraer ciertas enfermedades como diarreas, parasitosis, alergias, enfermedades de la piel, entre otras ,por referencia de las madres

que el carro recolector de basura pasa toda las semanas pero no diariamente, esto juega un papel en contra porque al no pasar el carro recolector de basura esto puedo llamar a la presencia mocos, zancudos y roedor ocasionando algún problema de salud, la infraestructura del hogar, encontré que el material de pisos es de tierra, esto implica un campo abierto para poder producirse las enfermedades parasitarias, alergias, enfermedades diarreicas agudas(EDA) e infección respiratorias aguda (IRA), en cuanto al material de techo un porcentaje significativo afirma presentar techo de eternit, esto implica un peligro en el niño que más adelante puede presentar cáncer a los pulmones, el material de paredes es de material noble( Ladrillo y Cemento)eso es bueno porque produce una seguridad en los niños.

**En la tabla 3:** El 66,25%(53) de los niños acuden al establecimiento de salud para AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente, EL 73,75%(59) de los niños duermen de 8 a 10 horas, el 73,75(59) se bañan diariamente, el 100%(80) tienen reglas y exceptivas claras, en los 2 últimas semanas el 92,1%(74) no presentaron diarreas, en los últimos 6 meses 73,75% (59) no presento al menos un accidente en el hogar o en otro lugar, en las dos últimas semanas el 52,5% (42) no presento algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda , el 51,25% (41) ,tiene su carnet de vacunas completas de acuerdo a su edad, él 83,25%(67) si muestra el carnet tiene las vacunas y el control de acuerdo a su edad, el 66,25%(53) consumen frutas diariamente, el 56,75%(47) consumen carne 3 o más veces a la semana, el 47,5%(38) consumen huevos diariamente, el 52,5%(42) consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, el 80%(64) consumen fideos diariamente, el

76,25%(61)consumen pan, cereales diariamente, el 48,75(39) consumen verduras diariamente, el 38,75% (31) consumen legumbres de 1 o 2 veces a la semana, el 50% (40) consumen embutidos al menos 1 vez a la semana, el 70% (56) consumen lácteos diariamente, el 40%(32) consumen dulces, gaseosas 1 o 2 veces a la semana, el 51,25 (41) consumen refrescos con azúcar 3 o más veces a la semana, el 41,25% (33) consume frituras 3 o más veces a la semana.

Según Híjar R, (79). En su investigación titulada “Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años”, encontró que el 62 % los niños del sexo masculino y el grupo de 5 y 8 años son los más afectados. Dentro del tipo de lesión accidental y sus causas destacan, en los tres primeros sitios, las contusiones, las heridas de la cabeza y las fracturas. Concluyendo que entre las principales causas se encuentran las caídas de un nivel a otro, (principalmente desde escaleras y de la cama); las caídas del mismo nivel (por resbalón, tropezón) y las quemaduras con líquidos hirvientes (el agua para preparar el baño es más frecuente

Seguidamente Julca S, (80). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en niños de 6- 8 años. Asentamiento Humano Villa Magisterial- Nuevo Chimbote, 2014” concluyo que menos de la mitad de las 1madres no llevaba a sus menores hijos al puesto de salud para que pasen su controles de crecimiento y desarrollo e inmunización; según por referencia de las madres es por falta de tiempo y por la distancia.



De la misma manera Hadad N, (81). En su investigación titulada “Determinantes sociales de la salud de la madre y la experiencia de caries dental en escolares de 10 años de edad del distrito de Canta – Lima, 2010”; se concluyó que la alimentación en los niños, juega un papel muy importante puesto que las caries dentales se da por la déficit de alimentos ricos en calcio, sobre todo por la falta de exámenes dentales periódicamente. Ya que el niño tiene que tener al menos 2 exámenes al año si contara con caries.

En igual forma Garcés J, (82). Define que Al dormir el cuerpo realiza varias funciones, la más importante es el descanso físico y mental. Lo que se aprende durante el día se consolida en las horas de sueño. También se lleva a cabo la regeneración de los tejidos y las células, la piel se restaura y se renueva el tono muscular.

Además Rojas A, (83). En su investigación titulada “Prácticas de auto cuidado en los niños mayores de 5 años del A.H. Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-2010”; cuyos resultados obtenidos fueron: El 86% se bañan frecuente y el 70% se bañan dejando un día (4 veces a la semana). Pero a la vez refirieron que aun las madres son las que le bañan.

Ahora bien, Acevedo E, (84). En su investigación titulada “Estado Nutricional a Factores Socioculturales en Niños de 5 años”, 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 9,0% de las madres tenían analfabetismo y el 71,0% con secundaria incompleta. Concluye que, la instrucción materna tiene una doble connotación referente tanto a 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 de la salud del niño.

Para finalizar Bersia M, (85). En su investigación titulada “Hábitos alimenticios en niños de 8 años en la ciudad del Rosario- Argentina, 2011” cuyos resultados obtenidos fueron: el 98% de las entrevistadas no consumen vísceras, el 64% consumen lácteos todos los días, el 84% consumen huevos de 2 a 4 veces a la semana, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

Las horas de sueño del niño, mayormente las horas ideales que debe descansar un niño es de 6 a- 8 horas, esto va a permitir que el cuerpo realice varias funciones, la más importante es el descanso físico y mental. Lo que se aprende durante el día se consolida en las horas de sueño. También se lleva a cabo la regeneración de los tejidos y las células, la piel se restaura y se renueva el tono muscular. (86)

La frecuencia del baño diario de los niños, va a cumplir una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la

circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto, frotar con fricciones largas y suaves desde las partes distales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso. (87)

Accidentes en el hogar, se entiende que los accidentes en casa son más comunes de lo que imaginamos, una caída en el cuarto de baño, golpes con el mobiliario de la casa, cortes accidentales, quemaduras, ingestión de sustancias tóxicas, etc. Lo más importante es actuar rápidamente y de la forma más adecuada en función al accidente que se ha producido. Tener cerca un Botiquín de primeros auxilios será fundamental en casos de emergencias. (88)

Como resultado puedo obtener que los padres mostraron responsabilidad al llevar a sus hijos al establecimiento de salud para los controles correspondientes, ya que son importante poder prevenir las enfermedades que hoy en día se presenta como: enfermedades diarreicas agudas (Eda) e infecciones respiratorias aguda (Ira), las horas de sueños en los niños es esencial para la salud y el desarrollo del niño, el sueño promueve el sentirse alerta, tener buena memoria y comportarse mejor, los niños que duermen lo suficiente funcionan mejor y son menos propensos a problemas de comportamiento e irritabilidad, es por eso que los padres ayuden a sus niños a desarrollar buenos hábitos de dormir desde una edad temprana. El baño diario en los niños es necesario por que ayudará a evitar diversas enfermedades; Por el contrario los niños duermen un poco más de

lo normal, según las madres refirieron que en la noche si duermen de 6 a 8 horas, pero en las tardes después de almorzar también descansa, en mi opinión el poder descansar o conciliar el sueño en los niños va hacer ese proceso de desarrollo y recuperación de las energías pérdidas durante el día, puesto que lo niños se dedican a ir a colegios , realizar deporte y todo lo mencionado hace que el niño pierda las energía y hace que tenga cansancio, la frecuencia con la que se bañan sus niños es diariamente, pero mediante la observación, los niños estaban en un mal estado higiénico (mal arreglado y descalzo),en las cuales las madres justificaban que sus hijos se ensuciaban cuando estaban jugando y que después se iban a bañar, pero a veces el mismo niño manifestaba que se bañaba solo los sábados y las madres lo negaban

El crecimiento en los niños, es un proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo y por el tamaño del contorno de su cabeza. Una alimentación adecuada es fundamental durante toda la etapa del crecimiento, el crecimiento general del organismo de un niño incluye el esqueleto, los músculos, el corazón, los pulmones, el hígado, el bazo y los demás órganos internos del cuerpo, y se mide por el peso y la longitud de su cuerpo, básicamente. (89)

En el desarrollo de los niños, incluye cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales. Los niños crecen y maduran a velocidades muy distintas. Es difícil definir lo que es "normal". Pueden existir grandes diferencias de altura, peso y contextura entre los niños sanos dependiendo de la dieta, el ejercicio y los genes. Algunos niños comienzan la pubertad o están cerca de ella antes de ser adolescentes. Los niños empiezan a ser más independientes de sus padres. Pueden volverse rebeldes. También admiran lo externo, como a sus amigos, quienes suelen ser del mismo sexo. La aprobación de sus pares es muy importante. Su hijo puede probar algunos comportamientos nuevos para ser parte del "grupo". (90).

Además el calendario de vacuna, es una herramienta que nos ayuda a saber en qué momento se deben aplicar las vacunas a nuestros hijos. Hasta el momento, las vacunas son el arma más eficaz para prevenir algunas de las enfermedades que pueden afectar a los niños (91).

Como resultado, las madres manifestaron que las vacunas, principalmente lo reciben en las instituciones educativas, pero cuando eran menores de 1 año, si acudían al establecimiento a recibir las vacunas porque no quería que sus hijos se enfermen, algunas madres si mostraban sus carnet de vacuna como evidencia que si les llevaba, mientras tanto algunas madres no lo mostraban por que no sabían dónde le dejaban si bien es cierto en actualidad hay muchas madres que ya no llevan a sus hijos a controles salvo que los hijos se enfermen.

Una alimentación saludable no se trata de estrictas limitaciones dietéticas, conservarse delgada de forma poco realista, o de privarse de los alimentos que gustan. Más bien, se trata de sentirse bien, tener más energía, y mantener el estado de ánimo estable. La alimentación saludable proporciona la combinación adecuada de energía y nutrientes, a través del consumo de diferentes alimentos en suficiente cantidad y calidad. Además es inocua (no representa un riesgo para la salud de las personas), apetecible y aceptada culturalmente y está disponible diariamente en cantidad suficiente (92)

La creación de Hábitos Alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona

Puedo concluir que en mi investigación que los niños de 5 a 10 años del pueblo joven “la esperanza baja”, que los niños prefieren la comidas chatarras, muchas veces en el almuerzo dejan las comidas principalmente cuando las madres hacen vísceras, menestras, etc. en las comidas, y optan por dejarlas, a veces las madres no sabe qué hacer para que sus hijos coman, algunas de las madres de los niños manifestaron que sus hijas no les gustan las vísceras por el olor, y el sabor y optan a veces por vomitarlo, esto puede perjudicar a los niños, porque al consumir alimentos ricos en hierro puede producir una anemia en ellos.

**En las tabla 4, 5, 6:** En la presente investigación se presentó que el 85%(68) de los niños en estos 12 últimos meses fueron atendieron en el para puesto de salud, el 82,5%(66) consideraron que el puesto de salud se encuentra en una regular distancia a sus casas, el 87,5% (70) cuenta con el Sis-minsa, el 55% (44) consideraron que el tiempo de espera es regular, el 51,25% (41) manifestaron que la Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es regular, EL 70%(56) considera que existe el pandillaje o delincuencia cerca a su casa. El 85% (65) no recibe algún apoyo social natural, el 100%(80) no recibe algún apoyo social organizado. El 100% (80) no recibe algún apoyo social de las organizaciones como: cuna mas, vaso de leche, Qali warma, etc.

Igualmente, estos resultados difieren en el indicador de institución de salud en el que se atendió estos últimos 12 meses, en el estudio realizado por Garay N, (93). En su investigación titulada: Determinantes de la salud en niños de la asociación el Morro II. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron que el 534,90% se atendieron en un Puesto de Salud.

De la misma manera Villanueva A, (94). En su investigación titulada “La accesibilidad geográfica de los servicios de salud” es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado- y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el

uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas.

El presente resultado se asimila en el estudio realizado por Huiza G. (95), en su investigación titulada “Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao-2006”. La muestra estuvo compuesta por 260 usuarios externos. En relación a los resultados, encontramos que la satisfacción del usuario externo fue del 76,15%, medianamente satisfechos el 16,92% e insatisfechos el 6,92%. Los elementos que tuvieron valores porcentuales muy bajos de satisfacción fue: el tiempo de espera 41,15%. Conclusión el estudio muestran que el usuario externo estuvo satisfecho con la calidad de atención de salud de la consulta externa ya que el intervalo de confianza del valor porcentual es de 76.15%.

De la misma forma que Rondón A, (96). En su investigación titulada “Calidad de atención del Profesional de salud de Enfermería en el servicio de enfermería I del hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar”, cuyos resultados obtenidos fueron el 53,33% de las entrevistadas considera que la calidad de atención recibida por parte del equipo de salud es buena, 20% manifestaron que es regular. Concluyendo que más de la mitad consideraron que la atención en el servicio de enfermería es buena.

De igual forma que Ramírez J, (97). En su investigación titulada “Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina – 2011”. Según tiempo



de demora para conseguir turno se observó que el 94,6% de los encuestados obtuvieron el turno el mismo día en que fue solicitado. El tiempo de demora para recibir la atención fue en el 79,5% de los casos de menos de media hora. El 94% de los usuarios consideró que el tiempo de espera fue aceptable. El 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente satisfecho, en relación a la última consulta. Como así también el 82,7% se encuentra satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encuentra totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema

Los resultados se asemejan con los encontrados por Rosales C, (98). En su estudio de determinantes de la salud en los niños del Pueblo Joven “La Victoria” – Chimbote, 2013, donde su muestra estuvo conformada por 142 niños, donde se destacó que el 85% dice que si existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

De la misma manera que Solís R, (99). Quienes estudiaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores, 48% de ellos no tenían seguro de salud, los participantes sin seguro o cobertura dos por el seguro público (SIS) tuvieron menor nivel educativo y de vida ( $p < 0,001$ ). El sistema público atiende al 62.1%, incluyendo encuestados con seguro social.

Seguidamente Fernández R, (100). En su investigación titulada “Redes Sociales, Apoyo social y Salud Periférica”, como se sabe hoy en día es cada vez más ajeno y alejado para llevarlo a cabo practicarlos ya que no se

conserva que las familia, los amigos y las personas conocidas se brinden entre ellas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancia de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida. La consideración y respeto que se da en las relaciones sociales y la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar parece actuar como una protección contra los problemas de salud. El apoyo social organizado se define como la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo. Como podemos ver, se refiere a una categoría de orden subjetivo, a la percepción que nuestros sujetos tienen respecto de la posibilidad de tener ayuda en caso de necesitarla, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana como para resolver situaciones de emergencia.

Se entiende por Puesto de salud, es el establecimiento del primer nivel de atención, que desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en los aspectos Preventivo-promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidad.(101)

El acceso o accesibilidad a los servicios de salud, es 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.(102)

Calidad de atención: no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora. Ya que hoy en día es clave, y urgente de conocer, entender y aplicar por el personal de salud y en particular para el profesional de Enfermería, ya que requieren manejar este tópico tanto conceptual como metodológicamente para actuar como agente de cambio, con actitud 74 innovadora para proponer, dirigir, y participar en un proyecto de calidad en donde uno de los actores sea Enfermería. (103)

La experiencia que pude obtener en esta investigación realizada, se pudo observar que los niños son atendidos en el Puesto de Salud de la comunidad, esto se debe por referencia de las madres que por el nivel económico no pueden llevar a sus hijos a clínicas particulares, y también refieren que el puesto de salud les queda a regular distancia de sus casas, pero esto no es impedimento para que las madres de familias vayan con sus hijos a cumplir con sus controles y/o vacunas , muchas de ellas optan

por ir en automóvil porque sus casas si quedan un poco más alejadas, mientras que la mayoría de las madres se van caminando juntamente con su hijos, porque refieren que aprovechan en hacer un poco de actividad física (madres de familias).Las madres de los niños refieren que la atención es buena, puesto que satisface todas las necesidades que pueda tener, pero un grupo de madres de los niños referían que es regular, porque a veces las enfermeras del puesto de salud “Esperanza Baja”, no sabían tratar bien en alguna pregunta que les realizaba, porque a veces tenían dudas y su trato no era muy bueno.

El Seguro Integral de Salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y 73 geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (104)

**Pandillaje o delincuencia:** Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencias, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto

padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales. (105)

Por lo tanto las madres de familia consideran que por la zona en donde viven, si existe delincuencia ya que últimamente se están viendo las peleas entre pandilleros con otra zona y los populares bailes chichas que se están realizando en las casas y sobre todo es que llaman a la comisaria y llegan cada vez cuando ya paso alguna pelea, referente al seguro integral de salud (SIS), muchas de las madres se preocuparon para que sus hijos puedan contar con algún seguro social, ya que muchas madres refieren que no cuentan con los medios económicos necesarios para que puedan ir a la un clínica particular, es por ellos que siempre tratan de utilizar su seguro integral de salud, en la cual es muy importante para cualquier situación que se pueda presentar, los niños no reciben el apoyo social organizado y natural, solo reciben ayuda de sus padres ya que aún son dependientes de ellos,

## V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones.

- En los determinantes biosocioeconomico de las madres de los niños de 5-10 años del Pueblo Joven “Esperanza Baja” - Chimbote, la totalidad de los niños, se encuentran de 5 – 10 años; un poco más de mitad de los encuestados fueron de sexo masculino, teniendo a su vez un ingreso económico de 751 – 1000 mil soles, casi totalidad del grado de instrucción de la madre es de secundario completo/incompleta, la totalidad tienen conexión domiciliaria, baño, gas eléctrico, energía eléctrica permanente, pasa el carro recolector , la disposición de basura en el carro recolector , la mayoría cuenta con un material de piso de tierra, el tipo de vivienda son multifamiliares, el número de personas que duermen en una habitación es de 2-3 personas, a su vez pasan recogiendo la basura toda las semanas, más de la mitad de estas vivienda cuentan con materiales de paredes construida de material noble de ladrillo y cemento; un poco más de la totalidad cuentan con material de techo de eternit.
- En los determinantes estilo de vida, la totalidad tiene reglas y expectativas claras y consistente acerca de su conducta, casi la totalidad no presento diarreas en los 2 últimos semanas; la mayoría si acude al establecimiento de salud para la ais, control de crecimiento y desarrollo, vacunas, exámenes dentales, duermen de 8-10 horas, la frecuencias con que se bañan es diariamente, no muestran carnet de vacuna y el control de acuerdo a su edad, consumen diariamente frutas,

fideos, lácteos, pan, cereales; más de la mitad consumen pescado , no presentaron en los 2 últimos semanas algún signo de alarma para una enfermedad respiratoria aguda, si tiene su carnet de vacunas completo de acuerdo a su edad; más de la mitad consumen carnes; un poco más de la totalidad consumen pescado, refresco con azúcar; la mitad consumen embutidos; menos de la mitad consumen dulces, gaseosas, frituras, presentaron golpes en los últimos 6 meses

- En los determinantes de red sociales y comunitarias, la totalidad no recibe algún apoyo social organizado (seguridad social, organizaciones de ayuda al enfermo, etc.), no recibe apoyo social de las organizaciones (pensión 65, comedor popular, vaso de leche, etc.); la mayoría en los 12 últimos meses se atendieron en el puesto de salud, el lugar donde lo atendieron esta una regular distancia, el tipo de seguro es el SIS-MINSA, si existe el pandillaje o delincuencia cerca de su casa, no recibe algún apoyo social natural( familiares, amigos, vecinos, etc.); un poco más de la mitad recibió en el establecimiento de salud una buena calidad de atención; menos de la mitad el tiempo de espera para que lo atendieron es largo.

## 5.2. Recomendaciones

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los niños de 5 -10 años .Pueblo Joven “Esperanza Baja”- Chimbote.
- Hacer llegar los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud y autoridades del Puesto de Salud “Esperanza Baja “con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los niños de 5-10 años.Pueblo Joven Esperanza Baja”- Chimbote
- Concientizar más al personal del puesto de salud “Esperanza Baja”, a que realicen campañas de salud para los niños de 5 a 10 .Pueblo Joven “Esperanza Baja”, Optando por diseñar e implementar más programas educativos que estén dentro del paquete de atención y puedan mejorarse los hábitos de vida de los niños con ayuda de sus madres.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

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: [http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm)
3. 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.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. 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.
7. Valvieso R. Atención de los sistemas de salud en niños pre-escolares y escolares Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22

8. López O. Concepto de equidad e inequidad, una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES\*. 2007
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2008) Estado de la niñez en el Perú. Lima
14. Dirección de Promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO). Censo del PP.JJ Esperanza Baja. P. S. Esperanza Baja. Chimbote, 2011.
15. Santamaría M. “Determinantes Social de salud”. 2 Edic. 19(3)2 España. Junio. 2012
16. Benavides P. Análisis de la influencia de factores sociales en el estado nutricional de escolares del noroccidente de Pichincha, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y escuelas promotoras de salud,

- Ecuador 2011. [Sitio en internet]. [Disponible en: http://www.odalc.org/documentos/1341945107.pdf](http://www.odalc.org/documentos/1341945107.pdf)
17. Cárdenas L. En su investigación titulada “situación de salud en el centro de salud villa primavera - Sullana, Piura. 2011”. In *Crescendo Ciencia de la salud* 2016; volumen 2: pag.16
  18. Marinos, W. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. 15<sup>o</sup> Edición. Madrid: Cuadecon; 2011 .Disponible en URL: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista5/madre s9>
  19. Vílchez M, Determinantes de la salud en niños del distrito de Chimbote, 2012. In *Crescendo Ciencia de la salud* 2016; volumen 2: pag.2 Disponible en URL: [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ADCH\\_690a439b4dd1c1d7272c0063845cfae7/Description#tabnav](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ADCH_690a439b4dd1c1d7272c0063845cfae7/Description#tabnav)
  20. Román R. En su investigación titulada “Determinantes de la salud en niños escolares de 6 - 10 años, AA.HH “bellavista” – Nuevo Chimbote, 2012. In *Crescendo Ciencia de la salud* 2016; volumen 2: pag.12
  21. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización Mundial de la salud. *Equidad u determinantes sociales de la salud: Peru: 2002.* Edición, editorial
  22. 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.

23. 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
24. Winstow B. Descripción del concepto de salud. New York: Churchill Livingstone, 1996
25. Whisnant J, concepto de comunidad. New York: Raven Press,1995
26. Colomina B, servicios de salud en el desarrollo internacional, 2da Edic. México: Mc Graw Hill;2013.120p
27. Hernández G; educación jóvenes. Madrid: Cuadecon (citado 10 de setiembre 2015)
28. De concepto trabajo,(base de datos en línea). Madrid: Pertice Hall,2012 ( fecha de acceso 15 de junio de 2016)
29. Pérez J. Definición de territorio (libro en línea) Los ángeles: Maurice Bernstein 2011. Publicado 2011, actualizado 2014
30. 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>
31. Barragan 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

32. Cortez R. Factores de riesgo infantil, Nutrición Infantil en el Perú. Un análisis empírico basado en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida. Documento de trabajo N° 30. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, 1997
33. Huamán D. rolde la enfermera en niños recién nacidos, pre escolares, escolares, 3era Edición, Centro Internacional de la Infancia Paris-Francia, Edit. Babelsigns.1996.
34. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
35. 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>.
36. 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>.
37. Canales, F y Alvarado, E. [Manual en internet]. Metodología de la Investigacion. 20ava. Reimpresion, Mexico: Ed. Limusa; 2004.
38. Organización Mundial de la salud y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
39. Jimenes C. Grado de instrucción de los padres de argentina- La plata., Argentina: La plata,2013 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)

40. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
41. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. 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)
43. Dávila E, Estilos de vida de los niños escolares de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
44. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en URL: [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)
45. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010.

Disponible en URL  
<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>

46. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en URL <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
47. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
48. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
49. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)
50. Mercado S, Cobeñas Y. Nivel socioeconómico y de conocimiento de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño en etapa escolar (6-10 años) en el barrio Aranjuez. En tesis Lima – Peru. UPCH.1996

51. Gullerian A, Guezikaraian N, Olivo M. Relacion del estado nutricional con el nivel de educación del padre y la madre. 2º Edicion. Madrid: Elsevier,2005
52. Corral .La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero, Panamá. Bol oficina sanite Panamá, 1996; 121(6)
53. Salazar, N. Nivel de Información sobre Parásitos Intestinal en Madres con Niños de 1 a 6 años y su Relación con Agunos Factores Biosocioculturales Víctor Larco Sector Buenos Aires, Argentina-2000
54. Buyatt L. ¿Cómo influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos? Rev. de post. VIa cated. De Med. [Revista en internet]. 2010 Mar [citado 06 May. 2013]; (19): 1 – 4.Disponible en URL: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=como%20influye%20el%20grado%20de%20instruccion%20%20de%20los%20padres%20en%20el%20esta67do%20nutricinal%20de%20los%20ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmed.unne.edu.ar%2Frevista%2Frevista199%2F1\\_199.pdf&ei=652IUfOhHfKx4APTjoHACQ&usg=AFQjCNGLY5PClrb\\_pFFYkqBWYWnnlaYYMw&bvm=bv.45960087,d.dmg](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=como%20influye%20el%20grado%20de%20instruccion%20%20de%20los%20padres%20en%20el%20esta67do%20nutricinal%20de%20los%20ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmed.unne.edu.ar%2Frevista%2Frevista199%2F1_199.pdf&ei=652IUfOhHfKx4APTjoHACQ&usg=AFQjCNGLY5PClrb_pFFYkqBWYWnnlaYYMw&bvm=bv.45960087,d.dmg)
55. Budría S. Los Determinantes Socioeconómicos de la Desigualdad económica en Portugal, 2010.RIS. 2010; 68 (1):81-124.
56. Pérez, J. Definición de Edad .2 Edición .Madrid: Cuadecon; 2009, actualizado el 5 de setiembre del 2012



57. Mora, L. Sexo y Género: Definición de sexo. 2° Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012, actualizado en 18 de agosto del 2014
58. Centro de Innovación en Tecnología y Pedagogía. CITEP. Glosario de los términos básicos de la Estadísticas en Salud. Departamento de asuntos económicos y sociales, oficina de estadísticas de las Naciones Unidas. 1997; 19(1):1.
59. Congreso de la Republica [Internet]. Colombia; Ministerio de Educación de Colombia [Citado el 19 de agosto, 2016], Disponible en URL [https://es.wikipedia.org/wiki/educacion\\_secundaria#referencia](https://es.wikipedia.org/wiki/educacion_secundaria#referencia)
60. Herina M. Definición de ingresos económicos, familiares. 2° Edic. Madrid: Cuadecon; 2010, actualizado 2013. Disponible URL: <https://definicion.de/ingresos/>
61. Gardey A. Definición de ocupación. 2° Edic. Madrid: Cuadecon;2010, actualizado 2012. Disponible <http://definición.de/ocupación/>
62. Lip L. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud 2005; 20 (2) 84-86.
63. Álzate E, Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 3(2) 45-49. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 2013
64. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. 2008; 25(4): 419-30

65. Pérez F. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile; 2006. Disponible en URL <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/natalieluzgabrielahadadarrascue.pdf>
66. Celade K, Déficit de habitacional y datos censales Socio demográficos .Una metodología Centro Latinoamericano de Demografías, comisión Económica para América Latina y el Caribe Naciones Unidas [Serie en internet]. [Citado junio 2010]. Disponible en URL [http://issuu.com/revistacis/docs/revista\\_cis\\_numero13/82](http://issuu.com/revistacis/docs/revista_cis_numero13/82)
67. Garza, V. Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San Agustín Valdivia, valle de Juárez. Chihuahua, México. [Tesis publicada]. México: San Agustín Valdivia, Valle de Juárez.2014.
68. Recavarren, M. incidencia de construcción de casas en las comunidades Nativas de la Selva del Cuzco, Setiembre 2000.
69. Amariles A, Definición de vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia), 2011. Disponible en URL: <http://definicion.de/vivienda/>
70. Pérez. J. Definición de vivienda Multifamiliar y Unifamiliar. 2º Edic. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericano de España; 2007, actualizado el 16 de Noviembre del 2015
71. Diccionario Internacional. Piso de Tierra: Gea. Revista Venezolana de Geografía 2002; 1(1), 45-87. Disponible en URL: <http://definicion.de/tierra/piso>

72. Rojas F. Definición de hacinamiento. 2° Edición. Madrid: Cuadecon; 2009; actualizado en 2012 .Disponible en URL <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php>
73. Pérez J. Definición de Saneamiento Básico y Disposición de Basura. 15° Edicion . Madrid: Cuadecon; 2010, actualizada 2012. Disponible URL: <http://definicion.de/saneamiento/>
74. Gonzales M, Red de Establecimiento de Agua Potable. Impactos Ambientales 2005; Vol. III; pp.4-6. Disponible en URL: [https://es.wikipedia.org/wiki/Red\\_de\\_abastecimiento\\_de\\_agua\\_potable#Referencias](https://es.wikipedia.org/wiki/Red_de_abastecimiento_de_agua_potable#Referencias)
75. Arbona P. Concepto y Diferencia precios de propano, gas natural, gasoil y energía eléctrica [serie en internet][Citado Septiembre]Madrid- España. Disponible en URL <http://www.yasni.de/jaime+p.+arbona/person+information/palancar>
76. Moreira A. Conexiones domiciliarias de agua potable y alcantarillado sanitario [serie de internet] [Citado Diciembre] Lima- Perú. Disponible en URL: [http://www.anesapa.org/wp-content/uploads/2016/05/M%C3%B3dulo-8-Conexiones-domiciliarias1\\_opt.pdf](http://www.anesapa.org/wp-content/uploads/2016/05/M%C3%B3dulo-8-Conexiones-domiciliarias1_opt.pdf)
77. Vela N. Definición de Disposición de Residuos. Paris: European Space Agency; 1990 Disponible en URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Basura#Referencias>

78. Ministerio de Salud de Argentina. Manejo adecuado de excretas. 15<sup>o</sup> Edición .C.A.B.A: Argentina; 2006 Disponible en URL: <http://www.msal.gob.ar/cuidados-verano/index.php/informacion/agua-segura/manejo-adecuado-excretas>
79. Híjar, R. Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. Causas y consecuencias Salud Pública de México [en línea] 1992, 34 (noviembre-diciembre): [Fecha de consulta: 5 de junio de 2014] Disponible en URL: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/106/10634609.pdf&chrome=true>.
80. Julca S; Determinantes de salud en niños de 6-8 años. Asentamiento Humano “Villa Magisterial”- Nuevo Chimbote, 2014 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Chimbote Universidad Los Ángeles de Chimbote ULADECH.
81. Hadad, N. Determinantes sociales de la salud de la madre y la experiencia de caries dental en escolares de 10 años de edad del distrito de Canta – Lima, 2010 [Tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2010. [Serie en internet] Disponible en URL [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814487X2011000100003&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814487X2011000100003&script=sci_arttext)
82. Garcés J. define Normas Básicas para dormir bien y evitar los problemas de insomnio. [serie en internet] Disponible en URL: [http://www.psicosociales.com/tupuedes/como\\_dormir\\_bien.pdf](http://www.psicosociales.com/tupuedes/como_dormir_bien.pdf)

83. Rojas A, Prácticas de auto cuidado que realizan Los niños mayores de 5 años del A.H. Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho.[Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Esan (Lima) ,2010
84. Acevedo N, “Estado nutricional relacionado a factores socioculturales en niños de 5 años.15° Edición .Chile, 2004
85. Bersia M. “Hábitos Alimenticios en niños de 8 años en la ciudad del Rosario- Argentina, 2011”. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Nutrición Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, 2012 [serie de Internet][Citado Marzo 2011] Disponible en URL.  
<http://www.imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/tc106487.pdf>
86. Garcés J. define Normas Básicas para dormir bien y evitar los problemas de insomnio e los niños [serie en internet] Disponible en URL:  
[http://www.psicosociales.com/tupuedes/como\\_dormir\\_bien.pdf](http://www.psicosociales.com/tupuedes/como_dormir_bien.pdf)
87. Fernández S. concepto de la higiene y La importancia de una buena higiene en el baño [página en internet]. [01plantillas]. [citado 15 Dic 2013] Disponible en URL:  
<http://www.silestoneinstitute.com/es/conceptohigiene/cocina/article.aspx?ID9>
88. Querevalu M. Accidentes en el hogar; 15° Edición. Lima: Impacta; 2012- Actualizado en el 2014. Disponible en URL:  
<https://www.euroresidentes.com/vivienda/mantenimiento-casa/accidentes-domesticos-hogar.htm>

89. Steven Dowshen. Crecimiento en su hijo. 15 Edic. Madrid: Elseiner, 2013. Disponible en URL: <http://www.secretosparacontar.org/Lectores/Contenidosytemas/Qu%C3%A9%20es%20el%20crecimiento%20y%20desarrollo.aspx?CurrentCatId=27>
90. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, “Desarrollo del Niño”. Medine Plus Información para Usted. 2014; 3(2) pp.6-8. Disponible en URL: <https://medlineplus.gov/spanish/childdevelopment.html>
91. Dra. Palacios R. “Importancia del tener las vacunas completa en los niños”. 1era Edición. Madrid: Elseiver; 2006, actualizada en 2014
92. Quezada R. Guía práctica para mejorar la alimentación y la nutrición de las familias de los países en desarrollo, dirigida principalmente a extensionistas que trabajan en primera línea. 2º Edicion.Madrid: España; 2013, actualizado en 2015 Disponible en URL:<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5740s/y5740s00.pdf>
93. Garay, N. Determinantes de la salud en los niños de la asociación el Morro II. Tacna, 2013. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2013.
94. Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quesquén. Revista Transporte y Territorio. 2010; 2(4): 136-157.
95. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao [Tesis para optar el Grado

Académico de Magíster en Enfermería mención Gestión en Enfermería].  
Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

96. Rondón, A. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de enfermería I del hospital Universitario Ruiz Páez ciudad Bolívar. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar: 2010.
97. Ramírez T. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención. Rev. Méd. Chile. 2011
98. Rosales Determinantes de la Salud en niños del Pueblo Joven. “La Victoria” – Chimbote. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Nvo Chimbote. Universidad Católica los Angeles de Chimbote 2013: Disponible en URL: [file:///C:/Users/lister%20jeremias/Downloads/Uladech\\_Biblioteca\\_virtual%20\(65\).pdf](file:///C:/Users/lister%20jeremias/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(65).pdf)
99. Solís R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, en su estudio Titulado Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú- 2009.
100. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia, Revista Cultural y apoyo Social. 2005; 149 (3): 1-16.

101. Ministerio de Salud. Normas técnicas para el mantenimiento y conservación de la infraestructura física de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, 1° Edición Lima-Perú; 1997. Disponible en URL: [http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS\\_22/Norma%20Mantenimiento%20Primer%20Nivel.pdf](http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_22/Norma%20Mantenimiento%20Primer%20Nivel.pdf)
102. Marinos Definición del acceso a los servicios de salud. 12° Edición. Lima-Perú; 2007, actualizado el 17 de febrero de 2009.
103. Alburg S. Calidad de vida. 16° Edición. Lima-Perú: Clic S.A.C.; 2008 Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir consumo bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo bebidas2.shtml#bibliograa>
104. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2015, actualizado el 24 de octubre de 2014.
105. Urcia O. concepto de pandillaje, 1° Edición. Lima – Perú; 2010, actualizado el 5 de Abril del 2011 .Disponible en URL: <http://urcia-oscar.blogspot.pe/2011/04/que-es-el-pandillaje.html>



**ANEXO 1**



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 5-10  
AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2015**

**Elaborado por Víchez Reyes Adriana**

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

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

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES SOCIOECONOMICO**

**1. Grado de instrucción:**

- Sin nivel instrucción ( )

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

**2. Ingreso económico familiar en nuevos soles**

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

**3. Ocupación del jefe de familia:**

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

**4. Vivienda**

**4.1. Tipo:**

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

**4.2 Tenencia:**

- Alquiler ( )

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

**4.3.Material del piso:**

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

**4.4.Material del techo:**

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

**4.5Material de las paredes:**

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

**4.6Cuantos personas duermen en una habitación**

- 4 a más miembros ( )
- 2 a 3 miembros ( )

- Independiente ( )
- 5. Abastecimiento de agua:**
- Acequia ( )
  - Cisterna ( )
  - Pozo ( )
  - Red pública ( )
  - Conexión domiciliaria ( )
- 6. Eliminación de excretas:**
- Aire libre ( )
  - Acequia , canal ( )
  - Letrina ( )
  - Baño público ( )
  - Baño propio ( )
  - Otros ( )
- 7. Combustible para cocinar:**
- Gas, Electricidad ( )
  - Leña, Carbón ( )
  - Bosta ( )
  - Tuza ( coronta de maíz) ( )
  - Carca de vaca ( )
- 8. Energía eléctrica:**
- Sin energía ( )
  - Lámpara (no eléctrica) ( )
  - Grupo electrógeno ( )
  - Energía eléctrica temporal ( )
  - Energía eléctrica permanente ( )

- Vela ( )

**9. Disposición de basura:**

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

**10. ¿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 ( )

**11. ¿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**

**12. ¿El niño acude al establecimiento de salud, para la AIS (control CRED, vacunas, examen dental periódicamente)?**

Si ( ) No ( )

**13. ¿Cuántas horas duerme el niño (a)?**

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

**14. Con que frecuencia se baña el/ la niño(a)?**

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

**15. ¿El niño tiene reglas establecidas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducto y/o disciplina?**

Si ( )            NO ( )

**16. ¿En las dos últimas semanas que su niño (a) presento diarreas, su alimentación que le brindo fue en?**

- La misma cantidad ( )
- Mas cantidad ( )
- Menos cantidad ( )
- Suspendió los alimentos ( )
- Aun no le da otro tipo de alimentos ( )
- No presento diarreas ( )

**17. ¿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 ( )

**18. ¿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 observe**

- Respiración rápida ( )
- No puede respirar ( )
- No come, Ni bebe ( )
- Se pone frio ( )
- Se ve más enfermo ( )
- Más de 3 dias con calentura ( )
- Le sale pus en el oído ( )

- Le aparecen puntos blancos en la garganta ( )
- No presento ( )

**19. ¿El niño tiene 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 ( )

**20. 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**

**21. ¿Recibe algún apoyo social natural?**

- Familiares ( )
- Amigos ( )
- Vecinos ( )
- Compañeros espirituales ( )

- Compañeros de trabajo ( )
- No recibo ( )

**22. ¿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 ( )

**23. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:**

- Cuna Mas si ( ) no ( )
- Vaso de Leche si ( ) no ( )
- Pad Juntos si ( ) no ( )
- Qali Warma si ( ) no ( )
- Otros si ( ) no ( )

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

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

**25. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron al niño está:**

- Muy cerca de su casa ( )
- Regular ( )
- Lejos ( )



- Muy lejos de su casa ( )
- No sabe ( )

**26. Qué tipo de seguro tiene el niño:**

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

**27. El tiempo que espero para que lo atendieran al niño (a) en el establecimiento de salud ¿le pareció?**

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

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

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

**29. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si ( ) No ( )

*Muchas gracias, por su colaboración*

## **ANEXO 2**

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

#### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

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

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

**Validez de contenido:** Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo

evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

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

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

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

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

**TABLA**  
**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en niños de 0 – 11 años en el Perú.**

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
<b>Coficiente V de Aiken total</b>		0,998	

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

### ANEXO 3

#### 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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
<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 EL NIÑO DEL PERÚ**

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

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

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

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

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿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 SOCIOECONOMICO</b>									
P1									
Comentario:									
P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									



Comentario:									
P6.5									
Comentario:									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
<b>5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA</b>									
P14									

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

P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

*Gracias por su colaboración.*



**ANEXO 4**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 5-10  
AÑOS.PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE,  
2015**

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

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

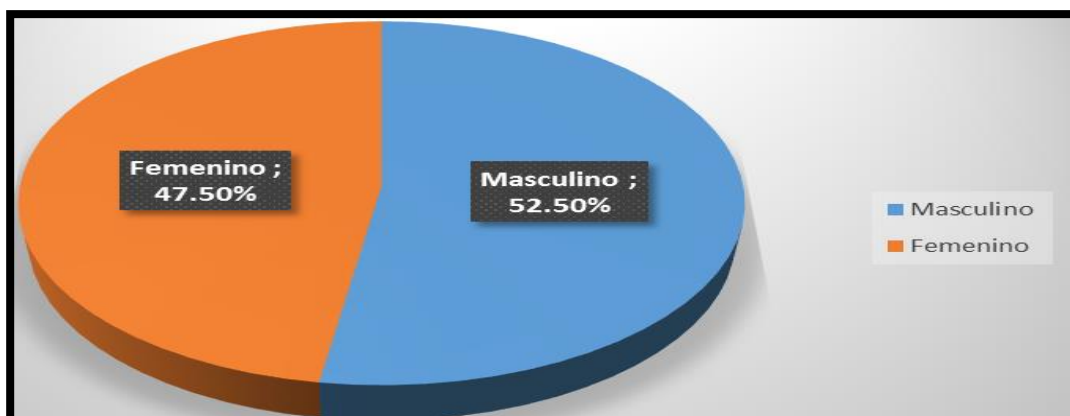
.....

**FIRMA**

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS**

**GRÁFICO N°01**

**GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN  
ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE - 2015.**



**Figura: Tabla N°1**

### GRÁFICO N°02

GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE - 2015.

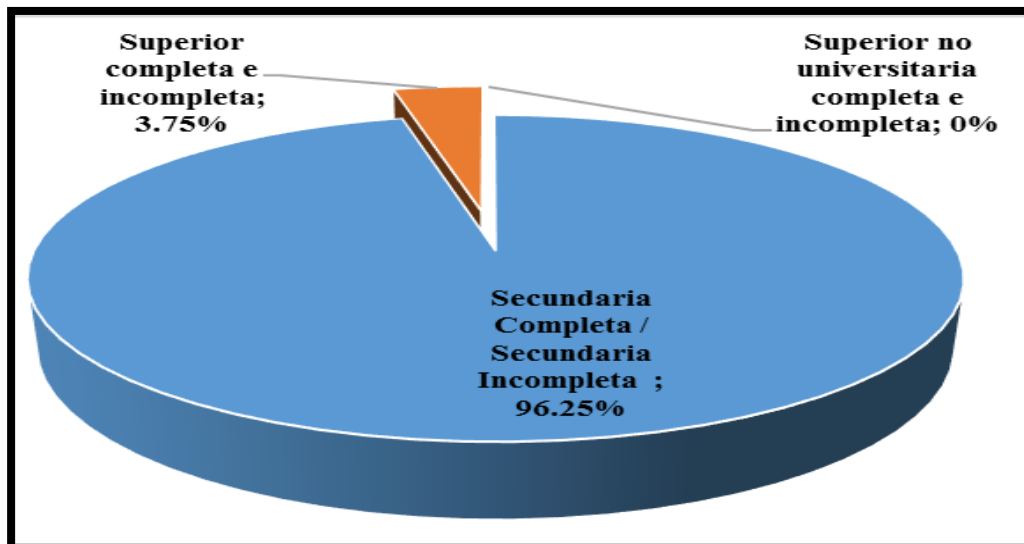


Figura: Tabla N°01

### GRÁFICO N°03

GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE - 2015.

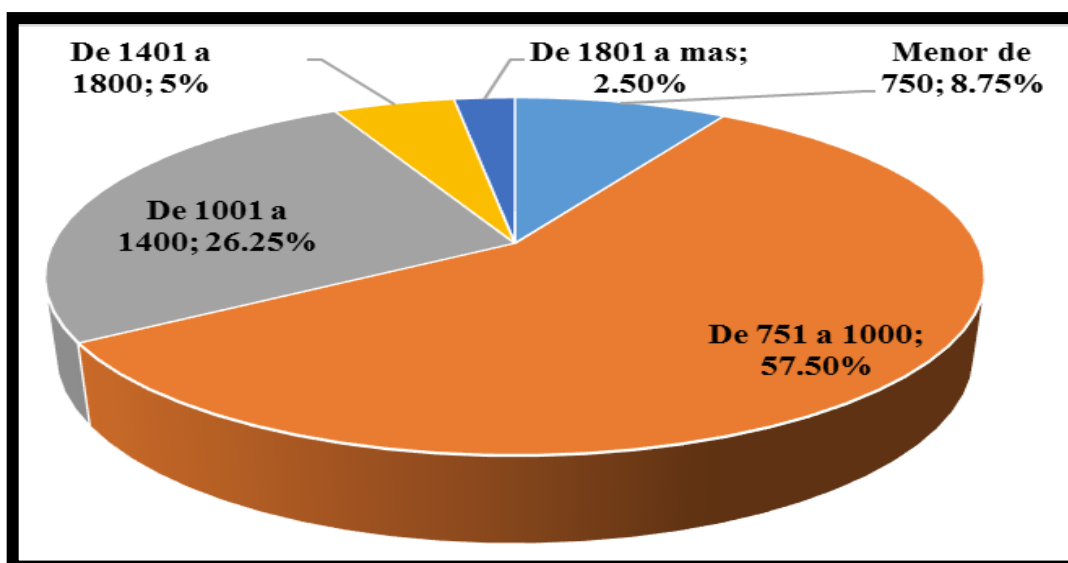


Figura: Tabla N°1

**GRAFICO N°04**

**GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE - 2015.**

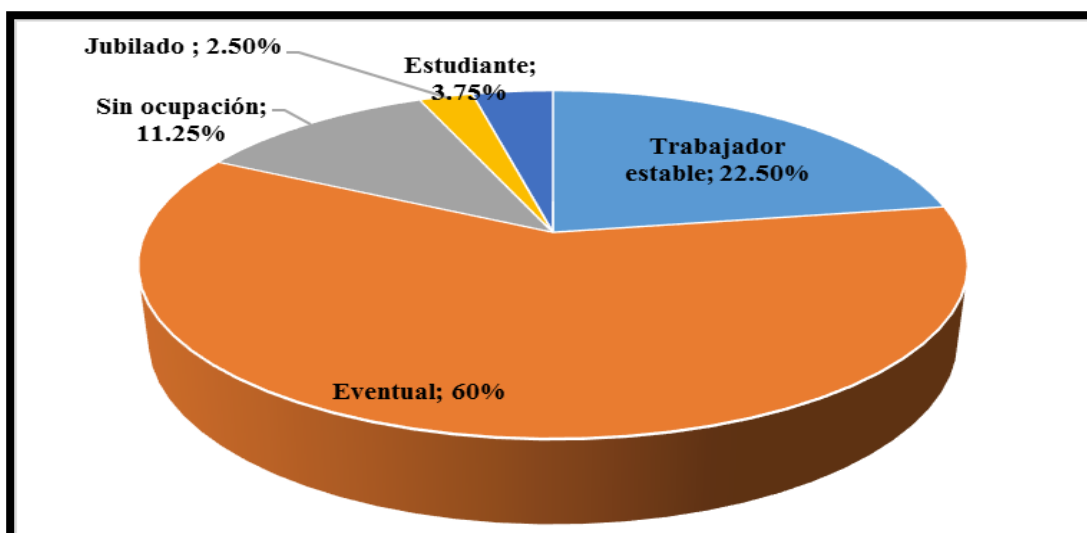


Figura: Tabla N°01

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA**

**GRÁFICO N°04**

**GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.**

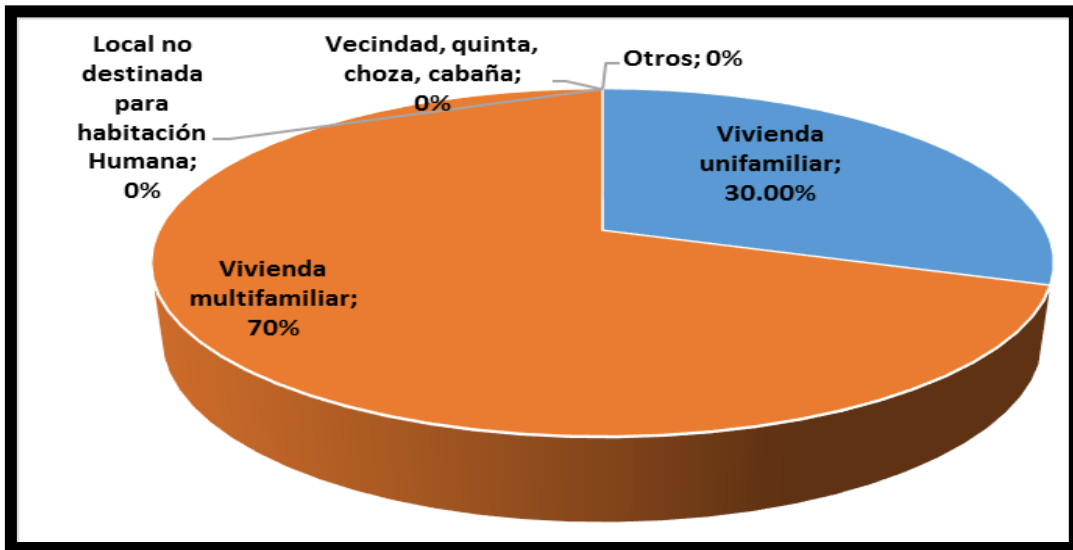


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°05

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.

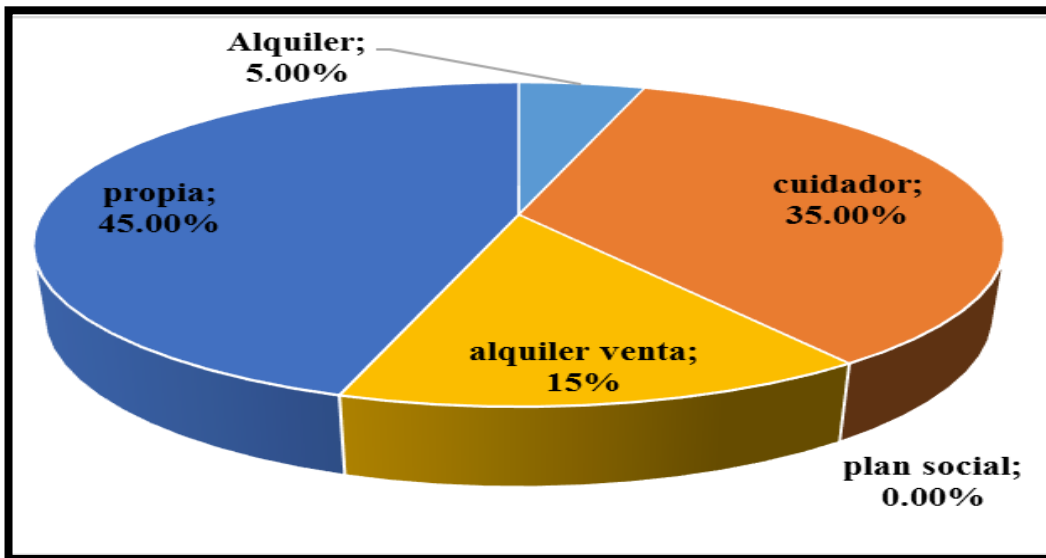


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°06

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.



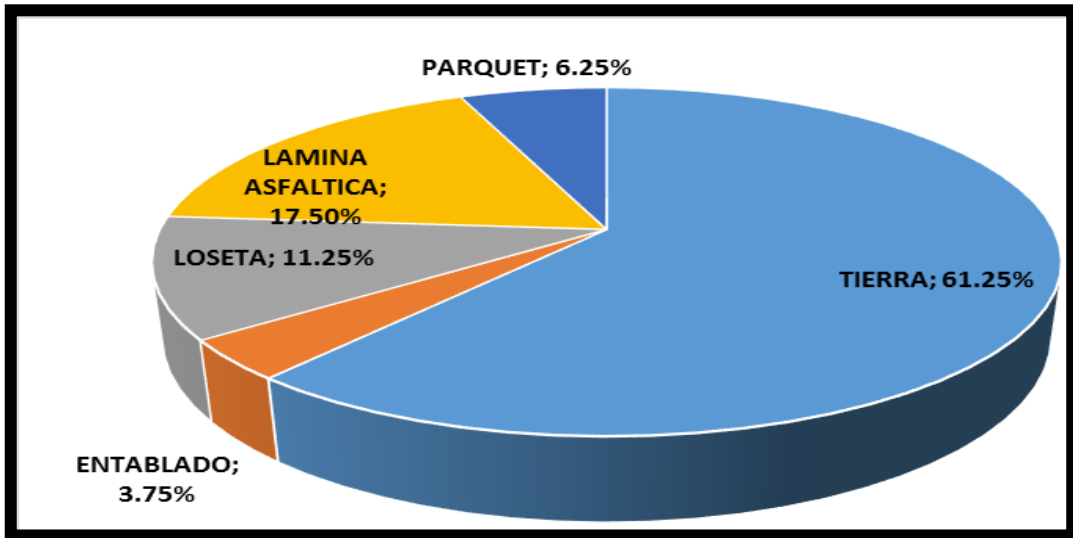


Figura: Tabla N°02

**GRÁFICO N°07**

**GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**

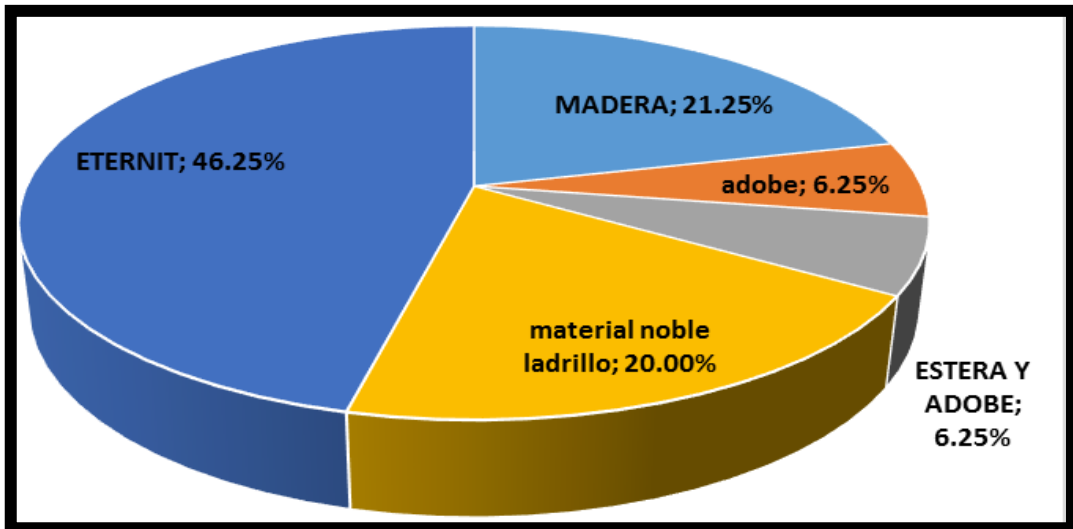


Figura: Tabla N°02

**GRÁFICO N°08**

**GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**

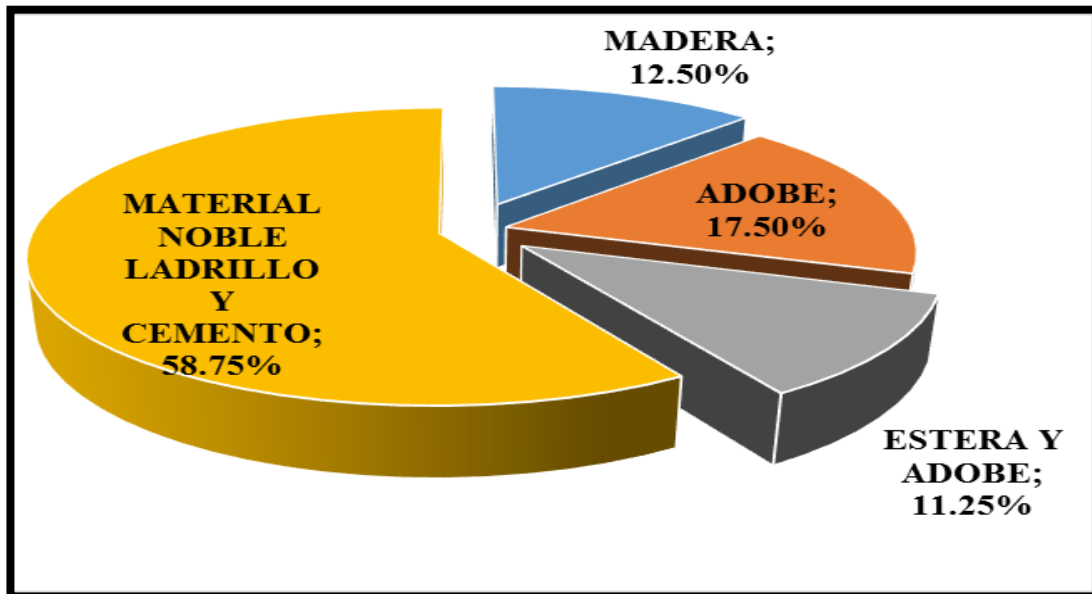


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°9

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

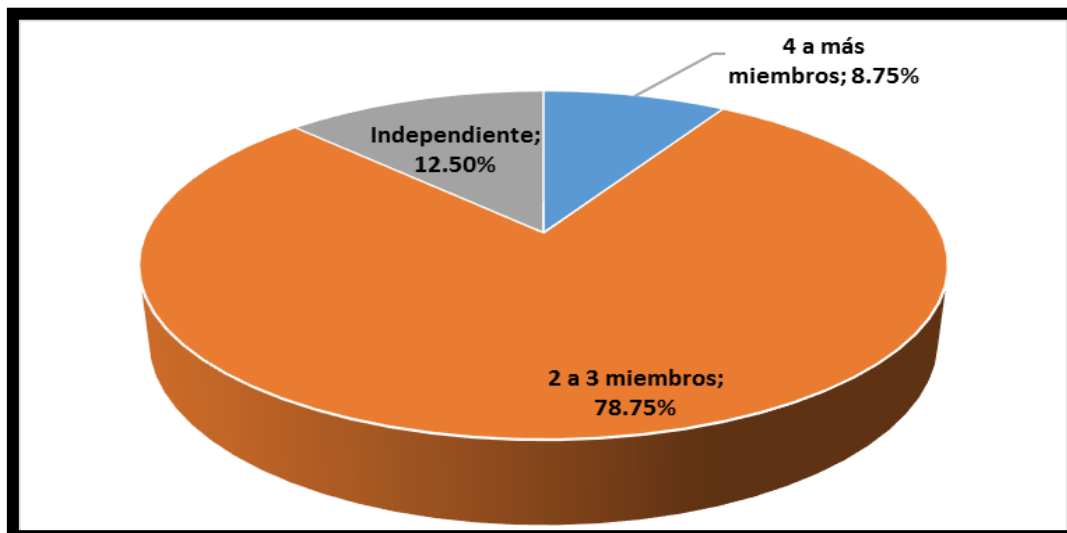
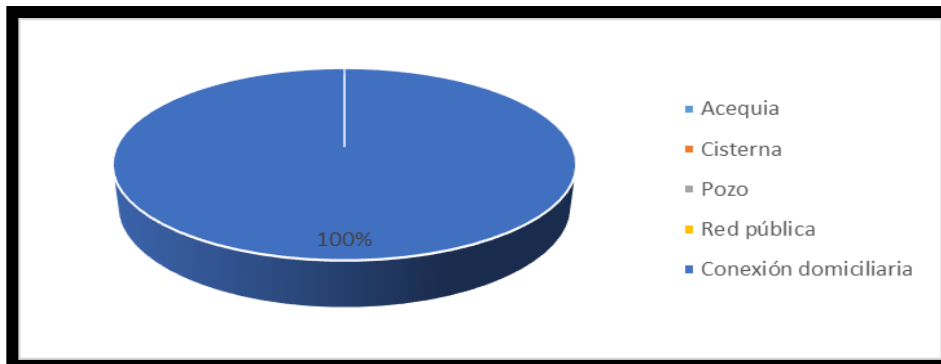


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°10

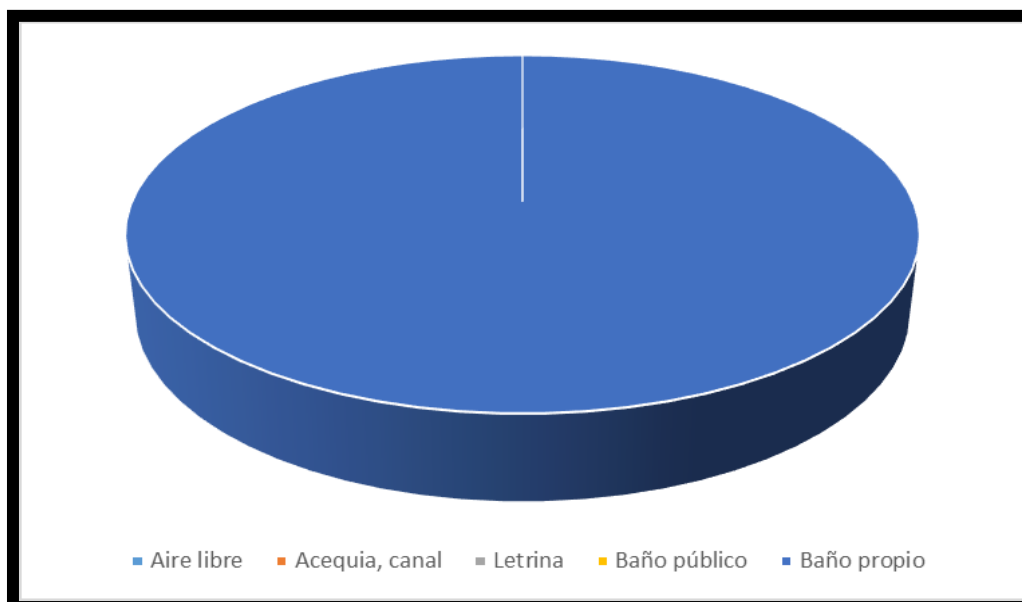
**GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°02**

**GRÁFICO N°11**

**GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°02**

### GRÁFICO N°12

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

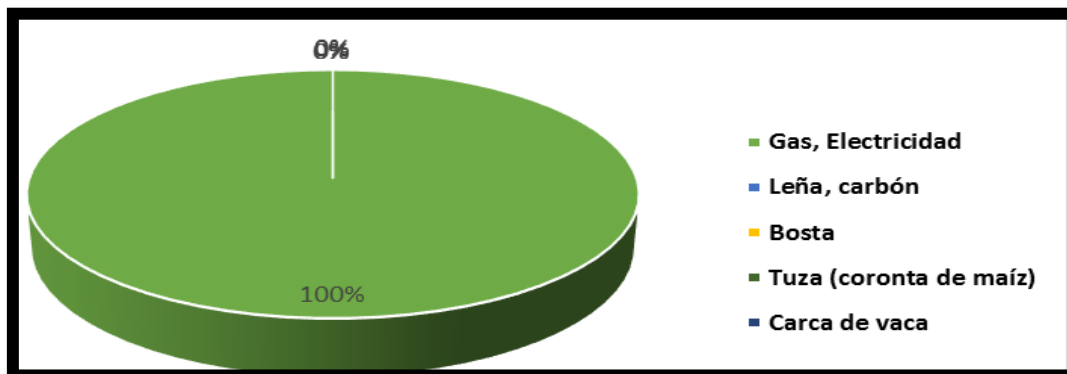


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°13

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZAN EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

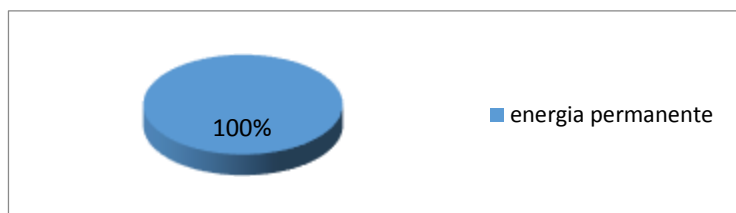
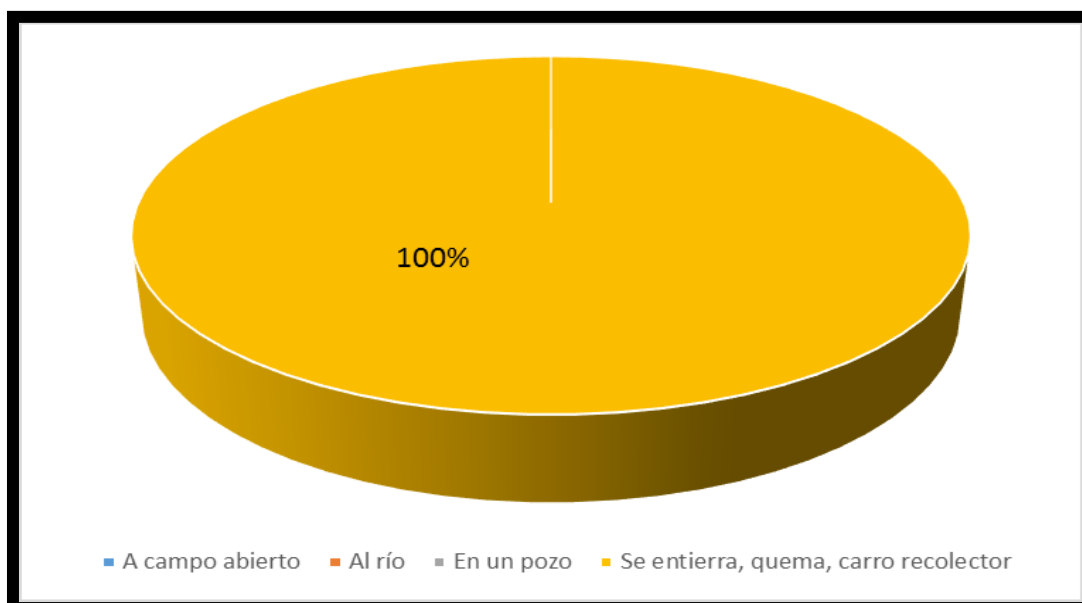


Figura: Tabla N°02

### GRÁFICO N°14

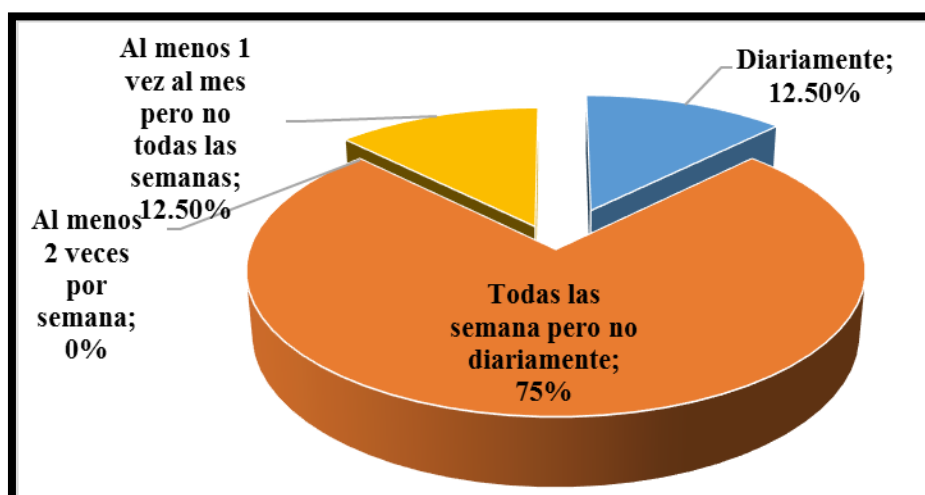
**GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA-CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°02**

**GRÁFICO N°15**

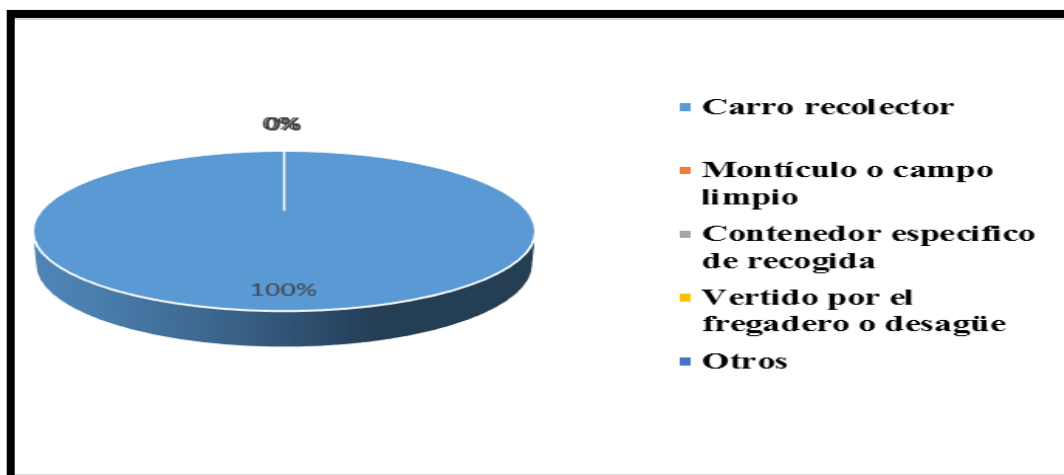
**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°02**

**GRÁFICO N°16**

**GRÁFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA-CHIMBOTE, 2015.**

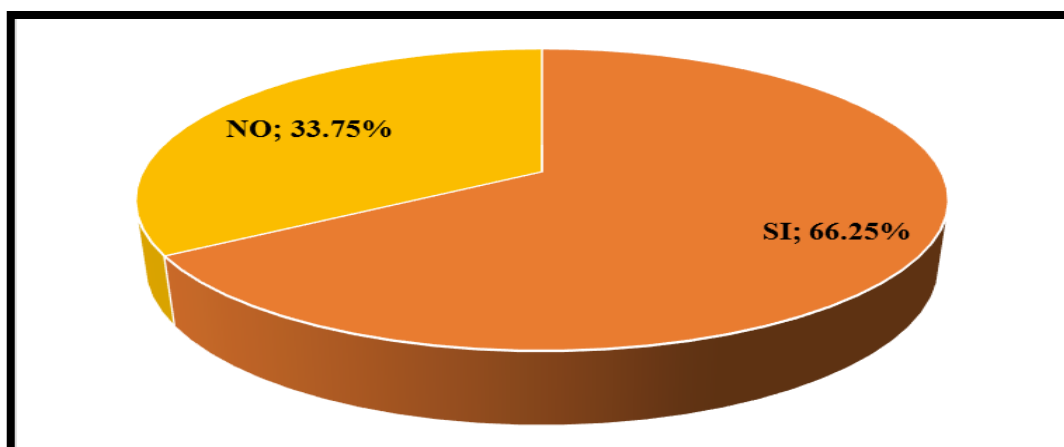


**Figura: Tabla N°02**

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LOS ESTILOS DE VIDA**

**GRÁFICO N°17**

**GRÁFICO SEGÚN SI ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRED, VACUNA LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°03**

### GRÁFICO N°18

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA DE HORAS QUE DUERMEN LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

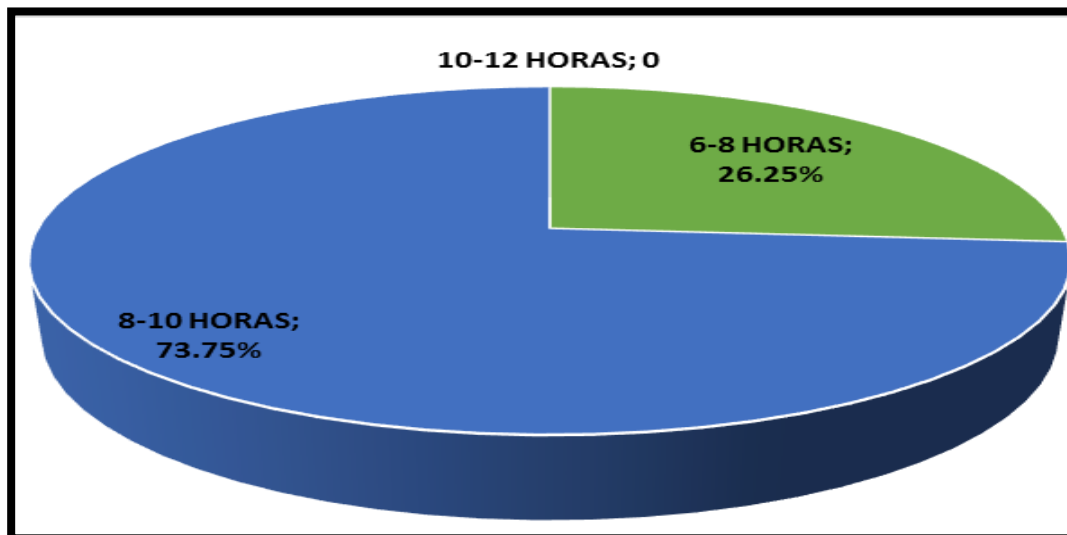


Figura: Tabla N°03

### GRÁFICO N°19

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS NIÑOS DE 5 - 10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

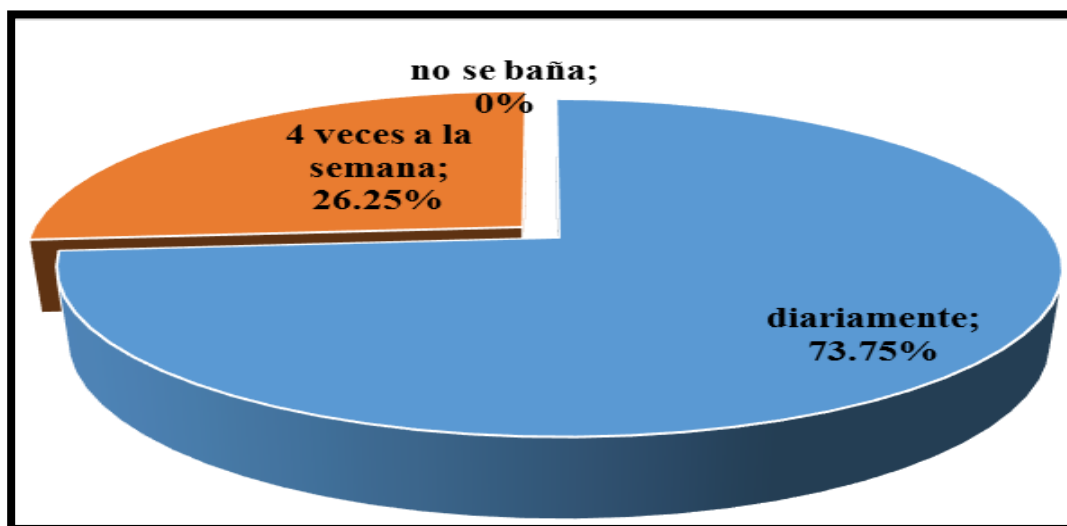


Figura: Tabla N°03

### GRÁFICO N°20

GRÁFICO SEGÚN REGLAS Y EXPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENCIAS ACERCA DE SU CONDUCTA Y / O DISCIPLINA EN LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA-CHIMBOTE, 2015

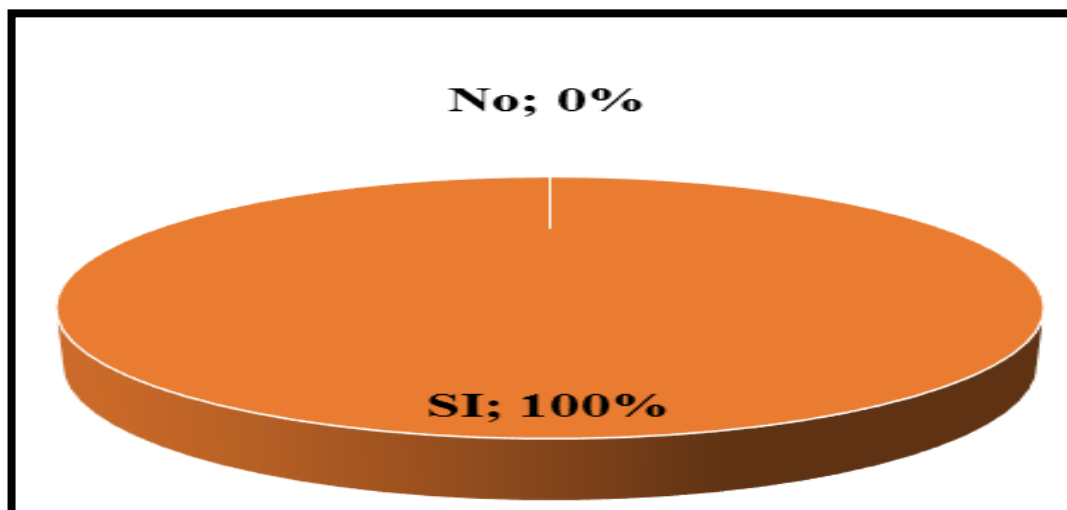
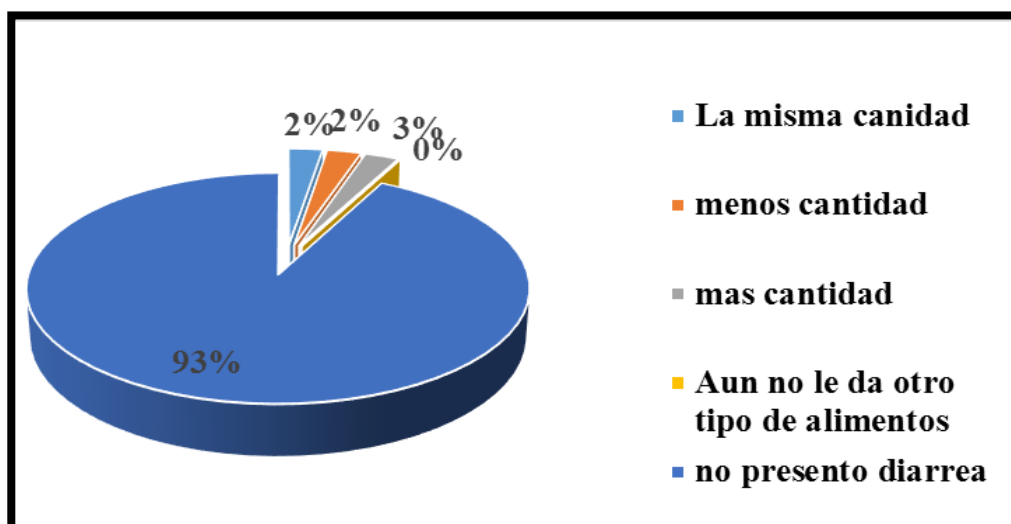


Figura: Tabla N°03

### GRÁFICO N°21

GRÁFICO SEGÚN EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS, PRESENTO DIARREA, SU ALIMENTACION QUE SE LE BRINDO A LOS NIÑOS DE 5 - 10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015



Fig

ura: Tabla N°03



### GRAFICO N°22

GRÁFICO SEGÚN EN LAS SEIS MESES S, PRESENTARON AL MENOS UN ACCIDENTE EN EL HOGAR O EN OTRO LUGAR LOS NIÑOS DE 5 - 10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

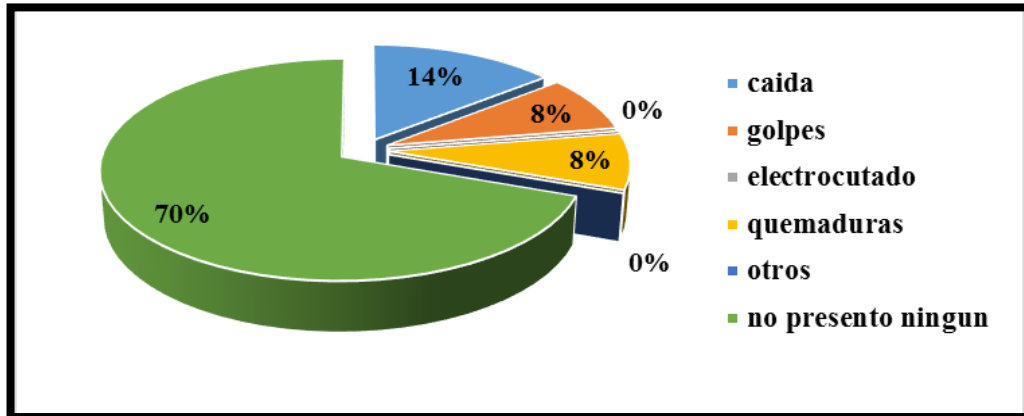


Figura: Tabla N°03

### GRAFICO N°23

GRAFICO SEGÚN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS HA IDENTIFICADO ALGUN SIGNO DE ALARMA PARA UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA EN LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

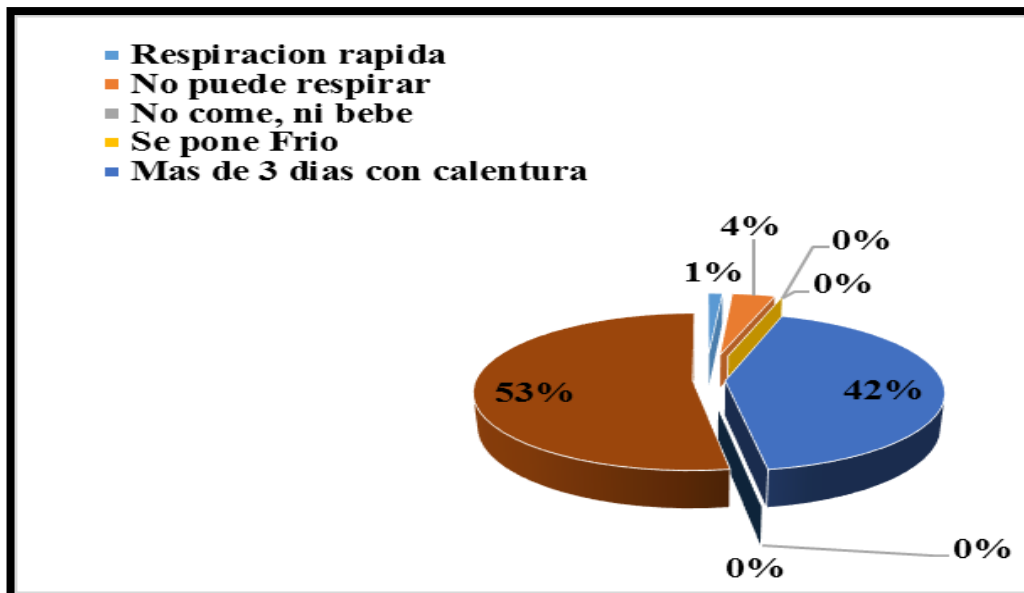
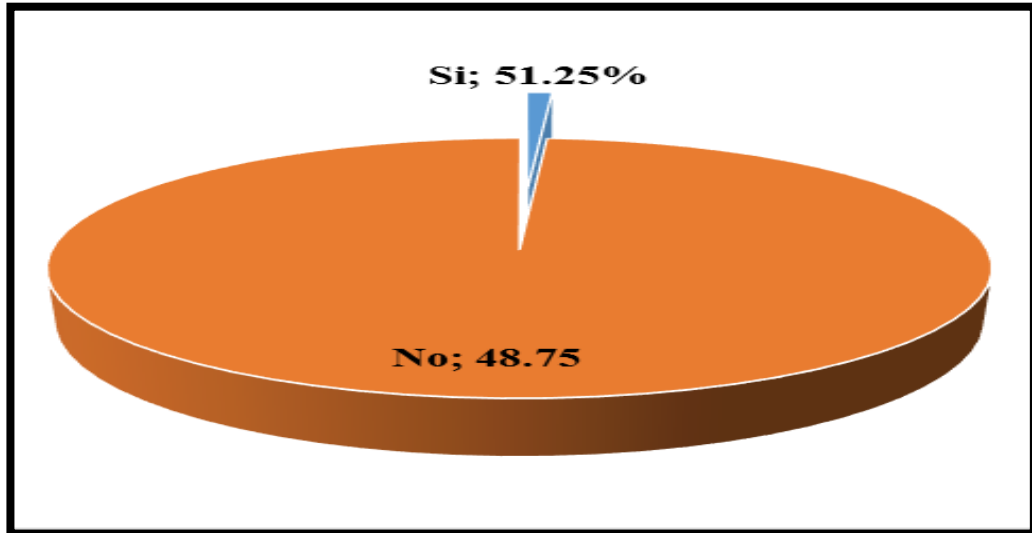


Figura: Tabla N°03

**GRAFICO N°24**

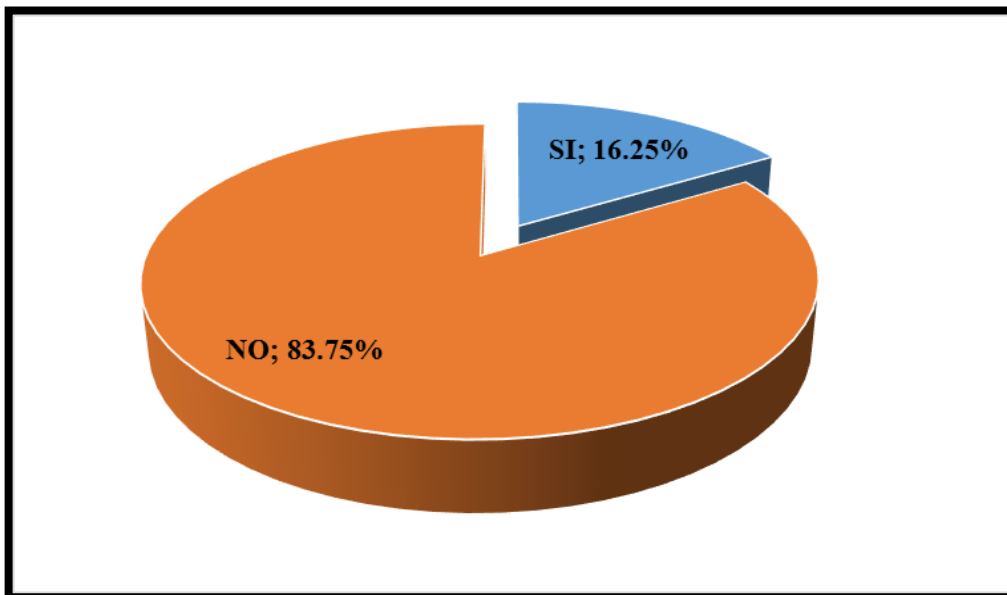
**GRAFICO SEGÚN CUENTA CON CARNET DE VACUNAS COMPLETAS DE ACUERDO A SU EDAD EN LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.**



**Figura: Tabla N°03**

**GRAFICO N°25**

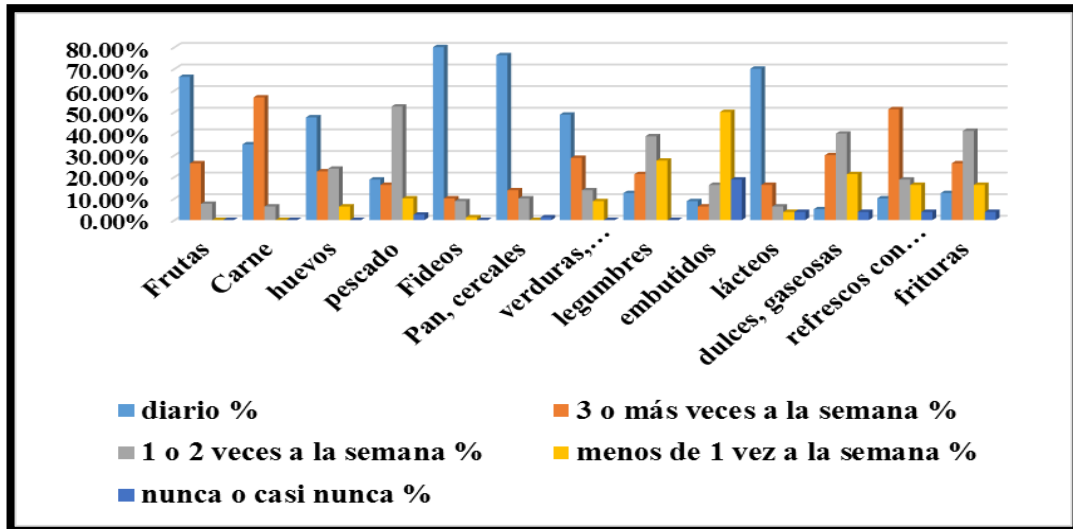
**GRAFICO SEGÚN SI MUESTRA EL CARNET TIENE LAS VACUNAS Y EL CONTROL DE ACUERDO A SU TALLA EN LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**



**Figura: Tabla N°03**

**GRÁFICO N°26**

**GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS NIÑOS DE 5 -10 AÑOS .PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.**



Fuente: Tabla N°03

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

**GRÁFICO N°27**

**GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015**

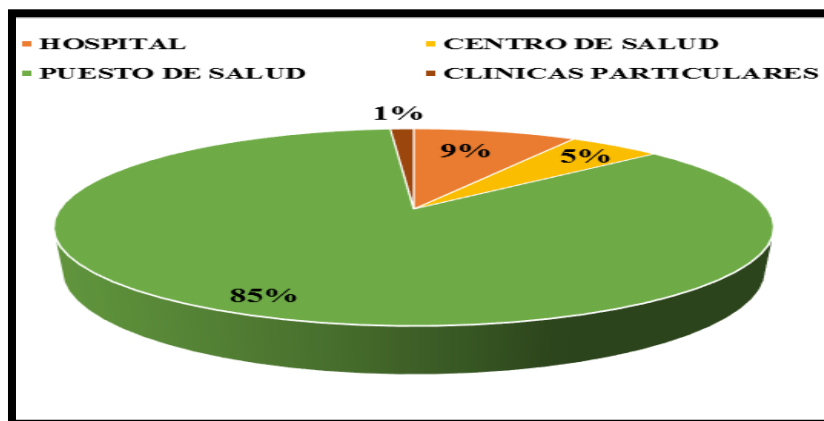
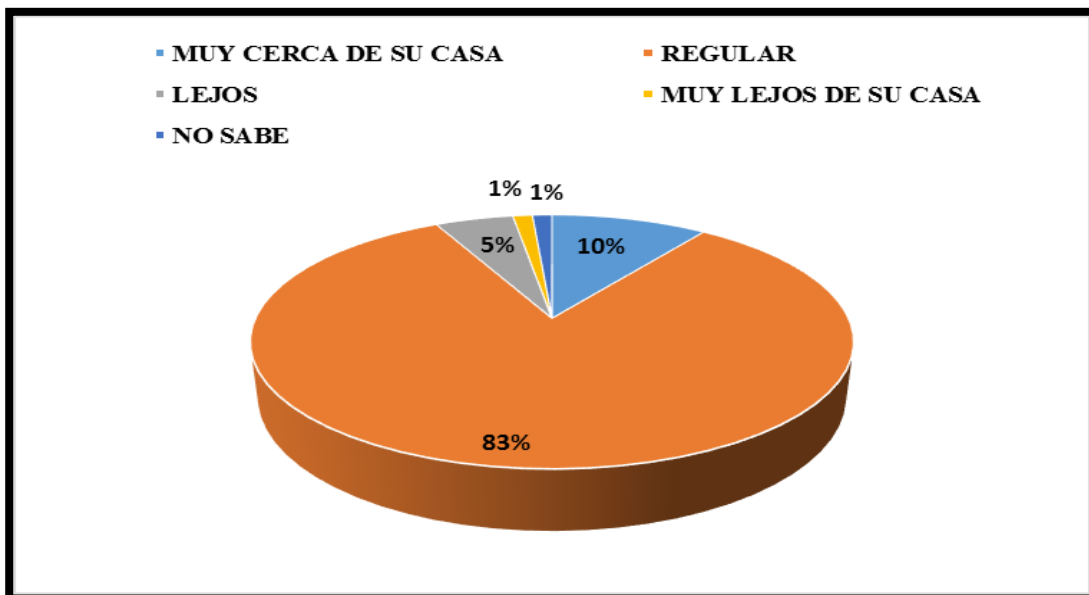


Figura: Tabla N°04

### GRAFICO N°28

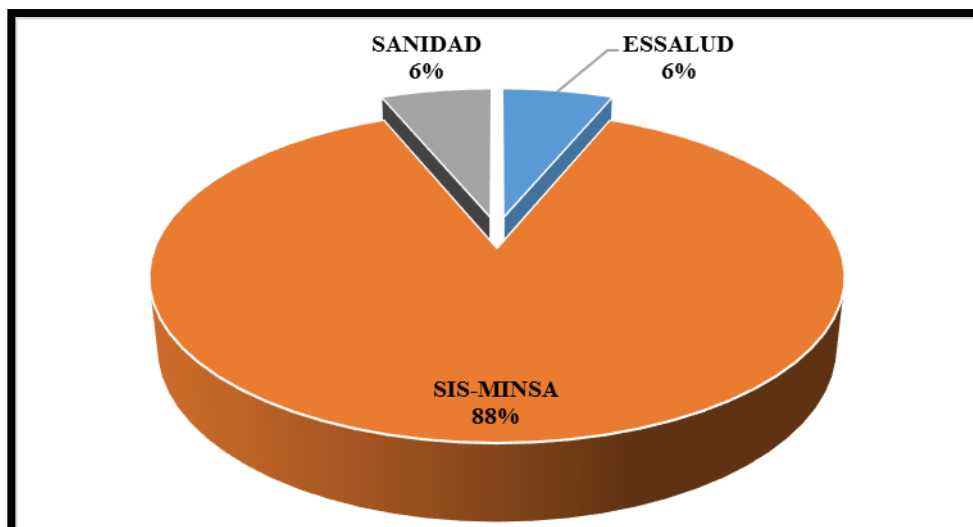
GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA LOS NIÑOS DE 5 – 10 AÑOS. PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA-CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

### GRAFICO N°29

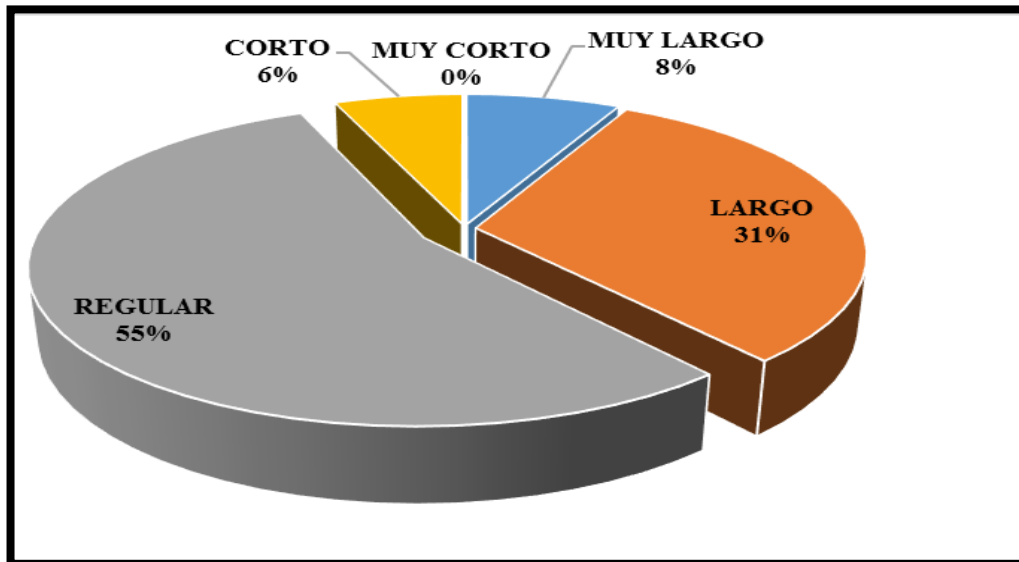
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Tabla N°04

### GRÁFICO N°30

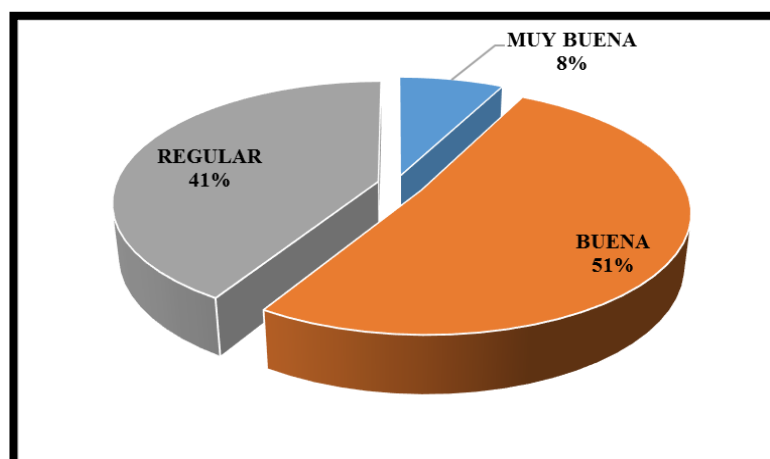
GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LAS MAMAS DE LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°04

### GRÁFICO N°31

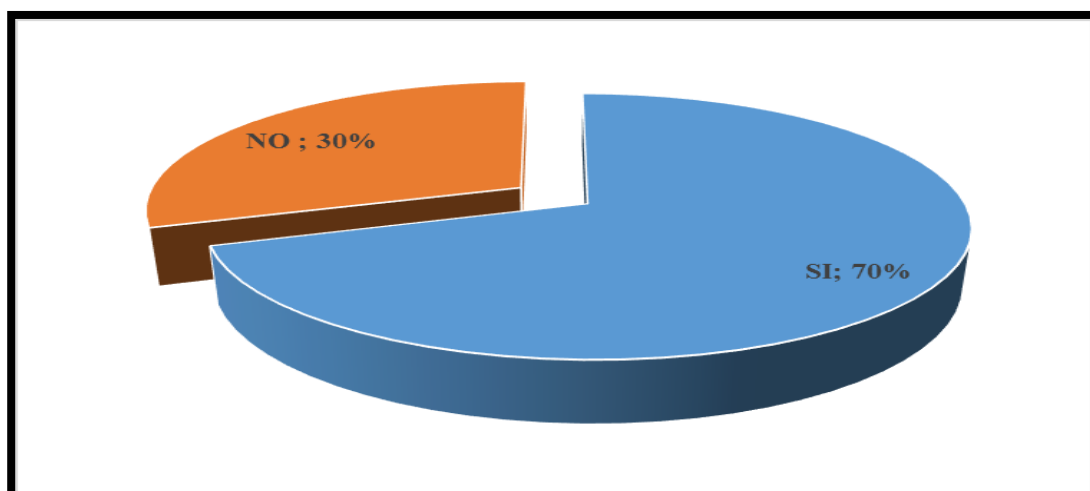
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Tabla N°04

### GRÁFICO N° 32

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE RECIBIERON LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Tabla N°04

### GRÁFICO N° 33

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

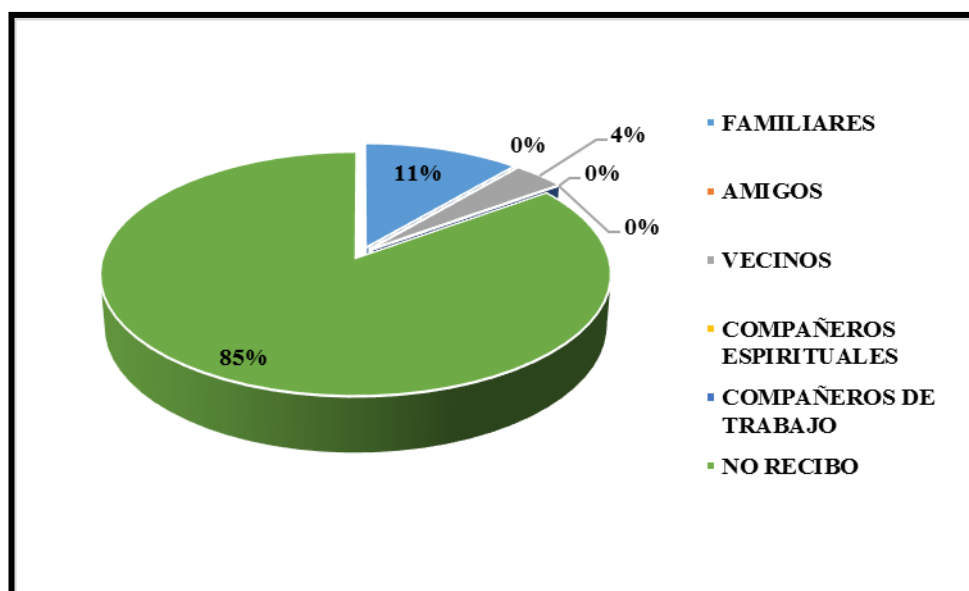


Figura: Tabla N°05

### GRÁFICO N°34

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015

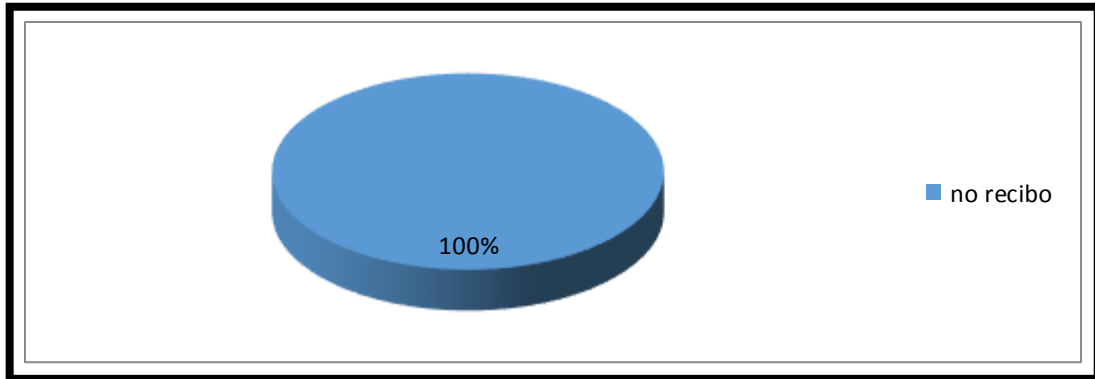


Figura: Tabla N°05

### GRÁFICO N°35

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS NIÑOS DE 5-10 AÑOS PUEBLO JOVEN ESPERANZA BAJA- CHIMBOTE, 2015



Fuente: Tabla N°06