



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“REALIDAD SOCIO SANITARIA DE LAS FAMILIAS DE LA
ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-
PIURA, MARZO-JULIO 2016”**

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

PRESENTADO POR:

PANTALEON MONCADA AMALIA THAYS

ASESORA

MG. ISABEL RAMOS TRUJILLO

PIURA - PERU, 2018

**“REALIDAD SOCIOSANITARIA DE LAS FAMILIAS DE LA
ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-
PIURA, MARZO-JULIO 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla- Piura, Marzo-Julio 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 80 familias, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,836; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,943.

CONCLUSIONES:

La realidad sociosanitaria de las familias de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, en mayor porcentaje es No adecuada y en menor porcentaje son adecuadas.

PALABRAS CLAVES: *Realidad sociosanitaria de las familias, características familiares, sociosanitarias.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the sociosanitary reality of the families of the Villa Universitaria Popular Association, Castilla-Piura, March-July 2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, it was worked with a sample of 80 families, for the pick up of the A Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.836; Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of 0.943.

CONCLUSIONS:

The socio-health reality of the families of the popular association Villa Universitaria, Castilla-Piura, in a higher percentage is not adequate and in a lower percentage are adequate.

KEYWORDS: *Socio-health reality of families, family characteristics, socio-health.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRAC	i
ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN	iii
	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudios	5
1.5. Limitaciones	5
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	32
2.5.1. Definición conceptual de las variables	32
2.5.2. Definición operacional de las variables	33
2.5.3. Operacionalización de la variable	34

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	40

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
--------------------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSION	48
------------------------------	----

CONCLUSIONES	50
---------------------	----

RECOMENDACIONES	51
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
-----------------------------------	----

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCION

Cuando una persona ingresa en un centro sociosanitario recibe atención formal de profesionales. El apoyo en las actividades de la vida diaria, el cuidado diario y el afecto son indispensables en la atención que ofrecen los centros. Es decir, se dedica una atención sociosanitaria y psicosocial. En este contexto, la familia sigue teniendo un papel protagonista. Su afecto y apoyo emocional hacia el residente es único y nadie puede sustituirlos.

Habitualmente, las personas pertenecen a núcleos familiares con realidades y situaciones concretas. Así el residente no debe quedar aislado de su núcleo. Es evidente que sigue siendo miembro de una familia y que tiene un pasado y un nuevo futuro. La persona que ingresa en un centro tiene una historia personal y una familia.

El presente proyecto de investigación consta de 3 capítulos: El capítulo I que es el problema, consta de: Planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación.

El capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica, definición de términos, hipótesis y variables.

En el Capítulo III denominado Material y Método: se considera el tipo y nivel de investigación, la descripción del ámbito de la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y confiabilidad de los instrumentos y el plan de recolección y procesamiento de datos. Seguido están los aspectos administrativos en donde se considera: el presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud ha tratado el tema de las relaciones de la vivienda y la salud en diferentes publicaciones, en las que ha aludido de una parte a los factores necesarios para protegerse contra las enfermedades transmisibles, traumatismos, envenenamientos y enfermedades crónicas, indicando también que el espacio vital debe ser adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales, y que deben existir lazos familiares con la comunidad y servicios apropiados de seguridad, emergencias, educación, sanitarios, sociales y culturales. Además hizo notar que son especialmente vulnerables con respecto a las condiciones de la vivienda y sus efectos en la salud, las mujeres, niños, habitantes de asentamientos pobres e ilegales, los ancianos, los enfermos crónicos y los discapacitados.⁽¹⁾

También la Organización ha listado los requisitos básicos de las nuevas viviendas y los asentamientos humanos en Europa, como guía para determinar la calidad de las viviendas existentes, y como recurso para desarrollar programas de educación y entrenamiento.⁽²⁾

Una encuesta, contestada por 70 países, permitió confirmar las carencias de alojamiento adecuado (estructura, ubicación, instalaciones básicas y espacio), con mayores problemas en las zonas rurales que en las

urbanas. Se reportó que era muy poco lo que se hacía para proteger a la población contra la contaminación del aire interior y los ruidos excesivos, incluso en los países prósperos. Si bien en general las condiciones de alojamiento reflejaron la situación económica nacional, se presentaron ciertas excepciones; indudablemente la pobreza es un factor importante, pero existen otros obstáculos además del económico. Concluyó que la provisión de alojamiento, a escala mundial, no solo no está mejorando sino que, de hecho, empeora en algunos de los países en desarrollo más poblados. En la mayoría de los países las políticas nacionales de desarrollo no dan prioridad a la mejora de la vivienda, dando más atención a servicios responsables de programas médicos curativos y no a los preventivos. ⁽³⁾

América Latina no es la excepción los problemas sanitarios y sociales del medio residencial contemplan e incluyen los aspectos de: territorialidad y tenencia, objeto de obra y materiales de construcción, acceso a los servicios (educación y asistencia médica), aguas de consumo y residuales, disposición de desechos sólidos, vectores y marginalidad, desempleo, violencia y drogadicción. Estos problemas están todos asociados, por supuesto, a las condiciones socio - económicas de la Región. Las clases sociales más desfavorecidas presentan los problemas más acuciantes con la micro localización y tenencia de la vivienda, acuden a materiales de construcción de pobre calidad y las casas muestran una deficitaria calidad constructiva, en muchos casos sin diseños técnicamente fundamentados, residen en territorios pobremente urbanizados o no urbanizados. ⁽⁴⁾

En el Perú los asentamientos humanos tienen en su mayoría dificultad en el acceso por el transporte pesado, deterioro de los espacios públicos de recreación causado por el arrojo y acumulación de desmonte de construcción, demolición y desechos de algunas empresas industriales informales del lugar, deterioro ambiental y auditiva por cercanía a fábricas de los asentamientos humanos, pérdida del paisaje de humedales y playas. Tienen malos hábitos y practicas sanitarias ya que arrojan los

residuos sólidos a los canales de regadío y al mar. Permiten el arrojamiento y acumulación del desmonte en la franja costera, ganándole tierras al mar para poder construir viviendas acentuándose en una zona vulnerable como lo es el botadero. Viviendas en tres etapas consolidadas, incipientes y aun de manera precaria de materiales inadecuados (madera, tapia, esteras) sin contar aún con los servicios básicos. Una de las problemáticas identificadas al vivir dentro de una zona industrial y aún más de los pobladores asentados cerca de los botaderos son los residuos sólidos, que genera la presencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, parasitarias y de la piel de los habitantes.

La pobreza afecta al 57% de la población peruana. Casi la mitad de este grupo se encuentra en condiciones de pobreza extrema. El nivel de la pobreza en el interior del país afecta al 64 % de los hogares siendo más del doble que en las provincias de Lima y Callao donde es el 30 %. El 48% de la población pobre del Perú vive en centros poblados pequeños, con no más de 100 viviendas, en los pobres extremos es el 60 %. Esta alta dispersión de la población hace más difícil la presencia del Estado con los servicios esenciales. Los hogares más pobres son integrados por mayor número de personas: el promedio de personas por hogar aumenta de 4.3 en los acomodados hasta 5.6 en los pobres extremos. Estos problemas están todos asociados, por supuesto, a las condiciones socio-sanitarias de la Región. Las clases sociales más desfavorecidas presentan los problemas más acuciantes con la micro localización y tenencia de la vivienda, acuden a materiales de construcción de pobre calidad y las casas muestran una deficitaria calidad constructiva, en muchos casos sin diseños técnicamente fundamentados, residen en territorios pobremente urbanizados o no urbanizados, con dificultades en el acceso a la educación y la asistencia médica, el agua de consumo suele no ser adecuadamente tratada y la disposición de los residuales mayormente es indebida, los vectores de enfermedades proliferan sin medidas adecuadas de control y un ambiente social desfavorable incide en los factores de estrés domiciliario y peri domiciliario.

En la ciudad de Piura, la Asociación Popular Villa Universitaria parece tener las mismas problemáticas, pues por observaciones preliminares se han podido identificar indicios de deficiencia en los aspectos socio sanitarios.

Ante la situación descrita, surge el interés de desarrollar la presente investigación relacionada con la valoración sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, respondiendo a la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla- Piura, Marzo-Julio 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla- Piura, Marzo-Julio 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar a los miembros de cada familia, según edad, sexo y grado de instrucción en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, Marzo-Julio 2016.
- ✓ Establecer las principales características sociales: Estado Civil, Estructura familiar, ingresos económicos, tipo de vivienda, número de habitaciones, condiciones de hacinamiento, condiciones de saneamiento en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, Marzo-Julio 2016
- ✓ Evaluar características relacionadas con la salud:, Percepción de la atención recibida, Disponibilidad de Seguro, enfermedades más

frecuentes en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, Marzo-Julio 2016.

- ✓ Valorar las prácticas familiares hacia los niños menores de cinco años: Vacunas, CRED, Lavado de manos, Cuidados en el hogar en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, Marzo-Julio 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación se **justifica técnicamente** porque pretende darnos una información muy valiosa sobre la realidad sociosanitaria del asentamiento humano “Alas Peruanas” de la ciudad de Piura, para tomar decisiones que ayuden a mejorar el nivel de vida de sus pobladores. Asimismo, presenta también una **justificación práctica** al permitir que a través de esta información elaborar un aporte práctico sanitario a través de medidas sencillas. Por otro lado la **relevancia social**, pues al elaborar la valoración sociosanitaria permitirá abordar un grupo poblacional entre las madres, niños, adolescentes o personas altamente dependientes, ya que estará contribuyendo con una sociedad más satisfecha respecto a sus necesidades; por ultimo presento la **justificación metodológicamente** pues la manera como se aborda esta investigación servirán de ayuda para proyectos futuros, ya que, con estos resultados, tendremos una valoración sociosanitaria del asentamiento humano , que sin duda alguna servirá como referencia para otros trabajos de investigación en esta línea e investigadores que buscan mejorar el nivel socio sanitario de los pobladores.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que hemos podido encontrar en esta investigación son las siguientes:

- a) Factor tiempo: Lo consideramos una limitante, sobre todo en la etapa de la recopilación de información concerniente con la investigación, así como en la aplicación del instrumento establecido para la misma, qué abarcará desde Marzo-Julio de 2016.

- b) **Financiamiento:** Es limitado, sin embargo, los costos serán asumidos en su totalidad por el investigador.
- c) **Factor habitante:** Lo consideramos una limitante, por el trato descortés y poco amable del habitante de este asentamiento humano, que sin analizar lo beneficioso que resulta este trabajo de evaluación, posiblemente no prestarán colaboración en el momento de responder las interrogantes planteadas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García Maldonado (2012), “Análisis de situación de salud del subcentro “El Bosque” y su área de cobertura. Machala 2010.” Para optar el grado de maestro en salud Pública. Universidad de Guayaquil. Tuvo como objetivo general Realizar un Análisis de Situación de Salud del Subcentro-El Bosquell y su Área de Cobertura en el 2010. Conclusiones 1. En las características individuales de la demanda observamos que los grupos etéreos y la población asignada por el Área 1, son proyectados con incrementos cada año, incluye a toda la población de todos los barrios del área de cobertura del Subcentro de Salud -El Bosquell. El grupo etéreo mayoritario es de 20 a 64 años con 54,00%, en menor porcentaje están los menores de 5 años en el 11% y los adultos mayores son el 6% de la población. La población urbana predomina en relación a la rural, por sexo están en similares porcentajes del 50%, el estado civil en mayor número están los solteros con un 42% le siguen los casados con 30,9% y unión libre 21,9%, en el nivel de instrucción la población con primaria el 43,5%, le siguen secundaria 32,8%, analfabetos 0,4%.

En ésta hay barrios urbanos que habitan familias con nivel socioeconómico medio alto y son las ciudadelas Las Crucitas, Las Brisas, Ciudad Verde y Santa Inés que aproximadamente son el 40% de toda la población asignada y la mayoría de este no acuden por atención en los diferentes servicios , aunque para vacunación es algo mayor la concurrencia. De tal manera que afectan las coberturas.

2. Con respecto a la prevalencia de algunas morbilidades, las caries dental, gingivitis, enfermedades periodontales y otros trastornos de los dientes están dentro de las 10 principales causas, las enfermedades parasitarias y amebiasis también, las infecciones respiratorias agudas tipo rinofaringitis aguda, resfriado común, faringitis aguda, son otras causas principales en la prevalencia de morbilidades en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, también prevalecen, los trastornos del sistema urinario están presentes como causas principales y las afecciones inflamatorias de la vagina en el décimo lugar de las causas principales de morbilidad.

Lo que nos permite observar que prevalecen las enfermedades de tipo odontológico, las IRA, las EDA, las parasitosis y en menor cuantía las IVU y afecciones de la vagina.

Definitivamente la significativa proporción de población en pobreza y extrema pobreza, la persistencia de necesidades básicas insatisfechas en la población como son la falta de servicios básicos suficientes y de calidad en algunos barrios que reciben agua insegura, alcantarillado que no tienen o si lo poseen en malas condiciones, un mal servicio de recolección de basura la contaminación del ambiente por industrias están presentes en algunos de los barrios que fueron visitados por el EBAS y se detectaron además muchas personas con riesgos biológicos de mal nutrición, discapacidades, enfermos mentales, enfermedades de impacto que no habían recibido una atención oportuna y su

seguimiento por las dificultades que muchas familias tiene para acceder al subcentro.

En consecuencia los factores de riesgos biológicos en un 29,2%, socioeconómicos 37,89%, sanitarios y ambientales en un 38,9% de las familias visitadas por el EBAS inciden en la presencia de morbilidades de la población.

Gómez Arrieta (2012), “Planificación sistémica del desarrollo comunitario: análisis situacional.”, Universidad de los andes, tesis para optar el grado de Maestro. Su objetivo general es Formular la problemática actual de la comunidad Los Periodistas del sector El Arenal en el estado Mérida, mediante tres niveles de diagnóstico: (1) diagnóstico general de la comunidad (diagnóstico no sistémico) en el que se muestren los problemas y las potencialidades que tenga la comunidad, (2) un segundo diagnóstico que revele si esta comunidad en estudio se comporta como una comunidad autónoma, como una colectividad, y (3) un tercer diagnóstico que contemple temas relacionados con la problemática alimentaria que ellos perciben. Resultado: Durante el desarrollo del proyecto de servicio comunitario-Diagnóstico del nivel de calidad medio ambiental en la comunidad-Los Periodistas– Sector El Arenalll, se obtuvo información que servirá para enriquecer el diagnóstico no sistémico de la comunidad, un resumen de los resultados obtenidos durante el diagnóstico se presentan en el cuadro A.2. Percepción de la comunidad acerca de: Mala calidad, no recibe tratamiento adecuado, Contaminación con aguas negras y desechos sólidos, Vertederos de basura que dañan el paisaje Grafitis, 25,95% de las familias encuestadas reciclan.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

No se encontro antecedentes

2.2. BASES TEÓRICAS

La atención de las necesidades sociosanitarias requiere de la participación de estructuras y servicios de, principalmente, dos sectores: el sanitario y el de los servicios sociales. Se han ensayado, pilotado y seleccionado en diferentes partes del mundo diversos modelos para gestionar la participación de ambos sectores. En nuestro contexto, el modelo elegido ha sido el de la coordinación entre ambos (otros modelos existentes son la integración de sectores o la creación de un nuevo sector).

Claramente, el modelo de coordinación requiere que, con mucha frecuencia, la atención a las necesidades socio sanitario se brinde de manera integrada y continuada. Por ello, y en el caso de diferentes grupos de población, la participación de otros sectores es además necesaria. Por ejemplo, en el caso de la atención temprana y de la atención a personas menores de edad con enfermedades crónicas, la participación del sector educativo es fundamental; igualmente, es necesaria la participación del ámbito judicial en el caso de la atención a las mujeres víctimas de violencia machista.

Por tanto, cuando se habla del espacio socio sanitario no hay que entenderlo como un tercer sector sino como un espacio compartido, un sistema complejo en el que se atiende a personas con necesidades sociales y sanitarias. Se trata de un ámbito en el que interactúan múltiples sectores, distintos niveles asistenciales, y que necesita de una coordinación de los mismos. Todos los actores que intervienen en el espacio socio sanitario reconocen su complejidad competencial, normativa, programática, asistencial y, por ende, relacional.

Las necesidades socio sanitarias de las personas están aumentando debido a procesos sociodemográficos (envejecimiento poblacional, aumento de las enfermedades crónicas), a grandes cambios sociales y culturales (modificación de las estructuras y organización de las familias, cambios en la organización social del cuidado...) y a importantes avances sociales y normativos (por ejemplo, la desestigmatización y reconocimiento de derechos a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia).

Cada vez con mayor frecuencia, estos procesos se interrelacionan a lo largo de la vida de las personas y, por lo tanto, las políticas públicas deben responder de manera cada vez más innovadora y responsable a estos desafíos sociales para construir el mayor bienestar individual y social posible. Además, en el momento actual, los efectos de la crisis económica sobre las diferentes estructuras sociales (familias, organizaciones, instituciones), y la limitación de recursos disponibles para hacer frente a sus efectos negativos o perjudiciales, hacen que tenga aún más sentido buscar respuestas sistémicas y coordinadas a desafíos como el aumento de las necesidades socio sanitarias.

Es fundamental que, desde la formulación de políticas para coordinar la atención socio sanitaria, se tengan presentes estos cambios y procesos sociales en marcha para identificar, también, las oportunidades que representan. En este sentido, el aumento de la esperanza de vida, uno de los grandes logros del siglo XX, plantea grandes retos, pero debe huirse de discursos alarmistas que sitúan al envejecimiento de la población como una de las causas del fin del estado de bienestar.

La atención socio sanitaria está estrechamente ligada a la forma de organizar el cuidado en la sociedad. Actualmente, la llamada crisis de los cuidados pone en evidencia la interdependencia que hay entre las dinámicas individuales y familiares (en las que mujeres y hombres ejercen diferentes –y desiguales– roles de cuidado) y las dinámicas institucionales que prestan atención socio sanitaria a las personas que requieren cuidados especializados.

Las familias están cambiando y también los proyectos de vida individuales. Sin embargo, el crecimiento de familias más pequeñas (a veces unipersonales, a veces de parejas sin hijos) o del número de personas mayores (generalmente con mayor necesidad de atención socio sanitaria) es una realidad a la que se debe responder adecuadamente.

En este sentido, la atención de la población infantil, y la de ancianos dependientes requieren frecuentemente la coordinación entre el sector sanitario y el de servicios sociales.

Otro de los factores fundamentales que incide en la necesidad de una atención socio-sanitaria coordinada, es el incremento de las enfermedades crónicas en los diferentes grupos de población. La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, pero está presente en todos los grupos de edad de la población, sobre todo a partir de los 45 años y en grupos con mayor índice de privación

La gestión y atención a la cronicidad es objetivo estratégico de las políticas de salud y de servicios sociales.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, es sabido que la exclusión social y la privación son determinantes para que condiciones negativas de salud o situaciones de dependencia sean más frecuentes en unos grupos de población que en otros. La Organización Mundial de la Salud apuesta por trabajar en las causas de las causas, es decir, sobre aquellos determinantes que están fuera del sistema sanitario.

La crisis económica iniciada en 2008 está teniendo un fuerte impacto en el aumento del riesgo de pobreza, que incide particularmente en los niños; en las situaciones de exclusión social y empeoramiento de la calidad de vida de las personas. Estos factores influyen en la demanda de atención socio-sanitaria. Por ello, las líneas estratégicas para la coordinación de la atención socio sanitaria deben tener en cuenta esta perspectiva y prestan especial atención a los grupos de población que sufren situaciones de exclusión social o desprotección.

El diagnóstico de salud, programa de ciudades saludables

¿Qué es el diagnóstico de salud?

Una definición muy aproximada señala que: —Se trata de una aproximación al nivel de salud de una población y los factores que la condicionan, se identifican los principales problemas y necesidades, así como los recursos disponibles, estableciendo prioridades y proponiendo Áreas de acción, sirviendo como punto de partida para la elaboración de programas y estrategias locales encaminadas a convertir esa ciudad en un lugar más habitable, acogedor y saludable.

El diagnóstico de salud se desarrolla siguiendo estas fases:

- ✓ Análisis de la información.
- ✓ Identificación de problemas. ⁽⁵⁾

Finalidad y objetivos del diagnóstico de salud

Su principal finalidad es estimular la acción para mejorar la salud de una ciudad, y esto lo hace:

- ✓ Proporcionando información precisa, actualizada e imparcial sobre la salud de la población y sobre sus determinantes.
- ✓ Analizando la información desde el punto de vista de su impacto sobre la salud.
- ✓ Fijando objetivos para evaluar el progreso.
- ✓ Implicando a la comunidad en la planificación de su salud.

Los objetivos que se persiguen son:

- ✓ Reunir la información sobre salud relevante para la ciudad.
- ✓ Identificar problemas de salud en la ciudad.
- ✓ Identificar factores que afectan a la salud en esa ciudad.
- ✓ Sugerir áreas de acción para mejorar la salud
- ✓ Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud.
- ✓ Fijar objetivos para conseguir logros relacionados con la salud.
- ✓ Estimular la acción intersectorial.
- ✓ Identificar la necesidad de nuevos datos de los indicadores de salud.
- ✓ Informar a la población y a los políticos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y asequible.

Se trata en resumidas cuentas de conocer el nivel de salud de una población y los factores condicionantes:

NIVEL DE SALUD Y FACTORES CONDICIONANTES

La salud viene determinada por la interacción de cuatro variables:

1. Biología humana: genética, envejecimiento.
2. Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.

3. Estilos de vida: conductas de salud.

4. El sistema de asistencia sanitaria.

Excepto el primer punto el resto son modificables y hacia ellos debe dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

A. Nivel de Salud

El nivel de salud de una población viene dado por los indicadores de morbilidad y mortalidad.

B. Factores Condicionantes

Se comienza recogiendo datos cuantitativos, información objetiva, para lo cual se utilizan una serie de indicadores cuantificables, que aportan información sobre el nivel de salud de los ciudadanos, los factores que influyen y los recursos de los que dispone el municipio.

Sociodemográficos

Las estadísticas socio demográficas son tan fundamentales en la descripción de una ciudad que deben estar incluidas en todo diagnóstico de salud. Normalmente están bien definidas universalmente y son indicadores útiles para comparar ciudades.

El comienzo de todo diagnóstico de salud debería ser siempre el tamaño de la ciudad y la descripción demográfica de la población, disponible en censos regionales o nacionales. Las tendencias futuras también deberían ser registradas. ⁽⁶⁾

Vivienda

La vivienda es un requisito fundamental para la salud, la información se obtendrá de forma distinta según predomine la vivienda en propiedad o en alquiler. Se debe obtener información del número de personas sin hogar, de las características físicas de la vivienda (dimensiones, instalaciones de agua, calefacción, luz, gas) la densidad de ocupación. ⁽⁷⁾

Desigualdades

Las desigualdades entre los ciudadanos es un punto importante que debe identificarse y a ser posible cuantificarse como determinante de salud. Es muy importante identificar a los distintos grupos de inmigrantes, sobre todo a los grupos mayoritarios y los marginales, investigando su origen para ayudarles a su integración en la comunidad. ⁽⁸⁾

Recursos

Los recursos de la población estudiada, sirven para detectar potenciales carencias en los mismos, que pudieran ocasionar déficit en la atención integral de la salud en la comunidad (no sólo en el aspecto asistencial, sino también en el Área social y en la prevención y promoción de la salud). Los recursos básicos que habrá que estudiar son: 18.

Sanitarios

Es importante ver tanto los recursos para la salud del Ayuntamiento y los servicios de salud (Atención Primaria, Especializada, Salud Mental y Salud Pública), incluyendo personal y medios físicos; como los programas realizados por el mismo y sus resultados.

Sociales

Igual que en el caso anterior habrá que describir los equipos de trabajo y sus proyectos.

Educativos

Se describirán los centros educativos y sus medios en la comunidad en cuestión, así como los programas municipales dirigidos a la escuela.

Hábitos y estilos de vida

Hábitos Tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas.

Alimentación y actividad física. ⁽⁹⁾

Medio ambiente

Tiene un efecto muy importante sobre el estado de salud y la percepción de ésta por los ciudadanos.

Los datos más representativos son: la calidad del aire y del agua, los servicios de alcantarillado, las áreas verdes, las radiaciones, las infestaciones, la contaminación acústica y la calidad de la comida. ⁽¹⁰⁾

Análisis de los datos.

Es de vital importancia las fuentes de información empleadas, debiendo ser confiables y rigurosas. Las fuentes primarias engloban entre otras a censos, registros socio demográficos y de los sistemas de salud, encuestas por muestreo. Cuando no existe ésta información, habrá que recogerla y esto constituye las denominadas fuentes de información secundaria.

Una vez obtenidos la información con el objetivo de realizar un Plan de Salud lo principal es realizar un análisis de la información obtenida para elaborar una lista de problemas y de ahí extraer los prioritarios, sobre los que se va a actuar preferentemente. ⁽¹¹⁾

Factores determinantes de la salud.

Atención sanitaria

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente, no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población. Sin embargo los programas de salud dirigidos a un grupo social más amplio elevan el nivel de salud de la sociedad. Por ello debe ser amplia, de calidad, ofrecer cobertura suficiente y accesibilidad desde todos los puntos de vista (económico, de situación, etc.) a toda la sociedad.

Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de éstos, pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos), cuyo estudio y correcta interpretación es fundamental para una adecuada política sanitaria. Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información

sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes.⁽¹²⁾

Existen una gran cantidad de indicadores. Los más utilizados son aquellos que indican falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad. Algunos indicadores sanitarios son: los recursos financieros y humanos, el porcentaje de gasto dedicado a sanidad pública en relación con el PIB (Producto Interior Bruto), el número de médicos u otros profesionales de la salud por habitante, el número de camas hospitalarias por habitante, la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios, demanda de atención primaria y atención especializada, etc. Son ejemplos de indicadores de la salud de una población: la Morbilidad general y mortalidad global; Principales causas de muerte; Tasa de mortalidad; Esperanza de vida y Esperanza de vida libre de discapacidad; Indicadores de estilo de vida (tabaquismo y consumo de drogas legales e ilegales; ejercicio físico y descanso...); Indicadores medioambientales (contaminación atmosférica y acústica; control y distribución del agua y alimentos...); Indicadores sociodemográficos, que incluyen datos del crecimiento de la población, migraciones, envejecimiento, etc.

La Salud pública, comprende la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- ✓ Fomento de la vitalidad y salud integral
- ✓ Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas
- ✓ Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- ✓ Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.⁽¹³⁾

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial

de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

El Fomento de la Salud

representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores.

Hacia el año 1400 a. C., la llamada ciencia de la vida, o Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa. Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la Salud integral. ⁽¹⁴⁾

Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

Prevención de la enfermedad.

La humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX por Louis Pasteur en Francia y Robert Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología llevaron a la primera revolución epidemiológica: la conquista de la enfermedad infecciosa. La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control sanitario del suministro de alimentos, dio como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados. ⁽¹⁵⁾

El descubrimiento de vacunas efectivas, basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no sólo llevó a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo, sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales (ver enfermedades entéricas) en niños, la principal causa de mortandad en el mundo actual. ⁽¹⁶⁾

La malaria, la tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo graves problemas de salud en muchos países. El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo. Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortandad. Por

ejemplo, en Estados Unidos, entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias descendió en un 25% y la edad promedio de muerte por apoplejía descendió en un 38%. Estos logros fueron posibles en parte gracias a los programas de salud pública para el control de la hipertensión y a la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, como son las personas que comen grasas saturadas y los fumadores.

Provisión de cuidados médicos.

En la actualidad hay en el mundo tres sistemas básicos de cuidados médicos: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicios sanitarios nacionales. El primero de ellos predomina en más de 100 países, que constituyen aproximadamente el 59% de la población mundial; están localizados en Asia, África y América Latina. Para la gran mayoría de esos países, cualquier tipo de asistencia médica disponible es suministrada por un sistema de asistencia pública para gente desfavorecida. Esto incluye los hospitales del gobierno y los centros de salud financiados a través de los impuestos. Por lo general, el sistema y sus instalaciones carecen de la financiación necesaria, atienden un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente.⁽¹⁷⁾

Además de dichos sistemas administrados por los departamentos de salud, pueden existir programas dirigidos por agencias de la seguridad social para empleados de oficinas o industrias. No obstante, allá donde existen estos programas suelen cubrir sólo a una pequeña parte de la población. En esos países hay un pequeño estrato de terratenientes, industriales, funcionarios y profesionales que hacen uso de la medicina privada y sus hospitales. El sistema de seguros de enfermedad domina en 23 países, que representan un 18% de la población mundial. Estos países industrializados con una economía capitalista se encuentran situados en Europa occidental y Norteamérica, además de Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel.

En algunos países se combina el seguro que proporciona el Estado con el seguro que se contrata con instituciones privadas. En otros, como

Canadá, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda y Noruega, toda la población se halla cubierta por el seguro médico de enfermedad proporcionado por el Estado. Aunque la mayoría de estos países financian sus programas a través de los impuestos de la seguridad social a los trabajadores y empresarios, una parte considerable del coste recae en los fondos generales del gobierno. En Canadá, Dinamarca, Islandia, Irlanda, Italia y Nueva Zelanda el programa se financia total o parcialmente con los impuestos generales.⁽¹⁶⁾

Casi todos los programas nacionales de seguro médico en los países industrializados se basan en la práctica privada de cuota por servicio prestado. Los médicos y otros profesionales de la salud establecen contratos con el gobierno o con fundaciones médicas autorizadas para prestar sus servicios. En países donde no existe un servicio nacional de salud, como en Estados Unidos, la asistencia médica es financiada por los seguros privados y los programas de salud del gobierno, entre ellos Medicare y Medicaid (para los ancianos y los pobres, respectivamente). En los países en vías de desarrollo el gobierno paga sólo por los servicios de salud básicos, mientras que los servicios más especializados corren por cuenta de las clases acomodadas.

Los países ricos gastan alrededor de un 8% de su producto nacional bruto (PNB) en servicios de salud; los países pobres menos de un 1% de un PNB bastante más inferior. En China están integradas la medicina moderna con la tradicional y se hace gran hincapié en la medicina preventiva. En Chile se redujo en un 40% la mortalidad infantil gracias a un programa especial de salud. En el mundo desarrollado, los problemas de financiación de la medicina se centran cada vez más en los elevados costes de la medicina de alta tecnología y en las poblaciones de edad avanzada.

El sistema de servicios sanitarios nacionales domina en 14 países, que constituyen el 33% de la población mundial. Entre ellos hay nueve países europeos, cuatro de Asia y Cuba; la mayoría de ellos son industrializados o en vías de rápida industrialización. Los servicios sanitarios nacionales cubren a toda la población. La financiación recae casi siempre en los fondos generales del gobierno y los servicios son

proporcionados por médicos y personal médico asalariado que trabajan en los hospitales y centros de salud dependientes del Estado. Casi todos los servicios se imparten de una manera gratuita y la administración está unificada a través de los departamentos de salud. La integración regional de los medios e instalaciones, casi imposible bajo un sistema de programas de seguros de enfermedad, es uno de los logros importantes de los servicios sanitarios nacionales. ⁽¹⁵⁾

La tendencia mundial apunta a un servicio nacional de salud. Por ejemplo, entre las naciones industriales capitalistas, Gran Bretaña fue la primera que estableció dicho servicio en 1948. El sistema cubre a toda la población. Los especialistas de los hospitales son empleados del gobierno, pero los dedicados a la medicina general todavía no son asalariados que trabajen en centros de salud de la comunidad. En su lugar, lo hacen por su cuenta o en pequeñas asociaciones, por lo general en sus propias consultas, y sólo mantienen una relación contractual con el gobierno. En los países en vías de desarrollo la transición hacia un servicio de salud nacional está siendo facilitada por el hecho de que, tanto la asistencia pública, como los sistemas de salud de la seguridad social de esos países se han desarrollado en hospitales y clínicas estatales donde trabajan médicos contratados. Costa Rica, por ejemplo, avanza hacia la fusión de los dos sistemas para formar un servicio sanitario nacional completo. ⁽¹⁶⁾

Rehabilitación.

Durante las últimas décadas se han desarrollado muchos programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible. No sólo la recuperación física, sino también la rehabilitación social y vocacional están recibiendo cada vez más atención como aspectos importantes de los servicios de salud pública. Esto es coherente con la postura de centrarse en la salud, más que en la enfermedad, adoptada por la OMS.

Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias. En la declaración de Alma-Atá de 1978, los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema "Salud para todos". El principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible. ⁽¹⁷⁾

Combatir 5 factores sanitarios previene muertes y aumenta expectativas de vida casi 5 años: OMS

Mala nutrición, sexo inseguro, consumo de alcohol, mala salubridad y presión arterial elevada son las causas de la mayoría de los 60 millones casos de muertes prematuras que se presentan en un año.

Pero mientras que no contar con los alimentos nutritivos suficientes es un gran riesgo para la salud de las personas de los países pobres, la obesidad y el sobrepeso implican aún un peligro mayor en las naciones más adineradas, por lo que ambas dolencias causan más muertes a nivel global que el bajo peso.

'El mundo enfrenta ciertos riesgos sanitarios amplios y expandidos', señaló la OMS en su reporte Riesgos Globales para la Salud. La entidad examinó 24 factores de riesgo importantes y dijo que reconocerlos y evaluarlos ayudaría a los políticos a delinear estrategias para mejorar la salud.

'A medida que la salud mejora, las ganancias pueden multiplicarse', indicó la agencia. 'Reducir la carga de enfermedad en los pobres aumentaría los niveles de ingreso, lo que terminaría ayudando a disminuir las inequidades sanitarias', añadió.

El informe advirtió que aunque algunos factores de riesgo para la salud importantes -como el tabaquismo, la obesidad y el sobrepeso- suelen asociarse con los países de altos ingresos, más de tres cuartos de la carga global total de enfermedades que causan actualmente se producen en naciones en desarrollo.

'Los riesgos para la salud están en transición: las poblaciones están envejeciendo sin poder combatir a las enfermedades infecciosas; al

mismo tiempo, los patrones de actividad física y alimentación, consumo de alcohol y tabaco están cambiando', agregó la OMS.

'Comprender el papel de estos factores de riesgo es importante para desarrollar estrategias claras y efectivas para mejorar la salud global', señaló la entidad con sede en Ginebra.

Principales riesgos mortales:

- La presión arterial elevada. (13 por ciento de las muertes mundiales)
- El consumo de tabaco (9 por ciento)
- La glucosa alta (6 por ciento)
- La inactividad física (el 6 por ciento)
- La obesidad y el sobrepeso (5 por ciento).

Estos factores aumentaron el peligro de desarrollar dolencias crónicas y algunos de las mayores causas de muerte, como enfermedad cardíaca, diabetes y cánceres, y afectaron 'a países de todos los grupos de ingreso -altos, medios y bajos', agregó la OMS.

La entidad señaló que su estudio, que empleó datos del 2004 (últimos disponibles), mostró cómo la salud se estaba 'globalizando' y alertaron que los países en desarrollo están enfrentando ahora una doble carga de riesgos para la salud.

'Los países más pobres aún enfrentan una elevada y concentrada carga debido a la pobreza, la desnutrición el sexo inseguro, la falta de agua potable y salubridad', indicó la Organización Mundial de la Salud.

'Al mismo tiempo, los factores de riesgo dietarios para la presión y el colesterol altos y la obesidad, junto con la actividad física insuficiente, son responsables de un incremento en la proporción de carga total de enfermedad', añadió la agencia. ⁽¹³⁾

La OMS dijo además que si los riesgos señalados en el informe no hubiesen existido, la expectativa de vida habría sido en promedio casi una década mayor en el 2004 para toda la población global.

Estructura familiar.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento.

Existen varias formas de estructura familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

- a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- c) La familia ampliada: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

Accesibilidad a los servicios de salud.

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- ✓ No discriminación
- ✓ Accesibilidad física

- ✓ Accesibilidad económica (asequibilidad)
- ✓ Acceso a la información.
- ✓

Prácticas familiares clave para la salud y el desarrollo de los niños.

Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las mismas están basadas en conocimientos científicos actualizados y su aplicación no solamente permitirá que los niños tengan un adecuado crecimiento y desarrollo, sino que les evitará, en muchas ocasiones, enfermedades y secuelas. Por esta razón, estas prácticas deben ser del conocimiento de todos los adultos que cuidan de los niños (padres de familia, maestros, personal de salud).

Las prácticas se organizan:

- ✓ Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño: en este grupo se encuentran las prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación.
- ✓ Para los cuidados en el hogar: en este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que desmejore su estado y mejorar el autocuidado familiar.

PRÁCTICA 2: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESPUÉS DE LOS SEIS MESES DE EDAD

Mensaje clave:

A partir de los seis meses a los niños hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad.

Mensajes de apoyo:

- Verificar la pirámide nutricional de su municipio: el tipo de alimento que se cultiva y cosecha, las preferencias en el consumo de alimentos y sus valores nutricionales para adecuar las siguientes recomendaciones a su región o municipio.

- A partir de los seis meses el niño debe comer PAPILLAS ESPESAS de cereal, verduras y frutas.
- A partir del año ya debe comer una buena ración de la olla familiar. Primero el segundo plato y después la sopa.
- El niño debe comer tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida, y tomar dos refrigerios entre las comidas: fruta, leche, pan, etcétera, durante su estancia en el jardín y se debe promover en sus familias y comunidades el consumo mínimo de nutrientes que necesita el niño para su crecimiento y desarrollo.
- Los alimentos deben ser frescos y variados, de preferencia productos de la región o que estén en cosecha.
- Los niños NO DEBEN NUNCA DEJAR DE COMER.
- Continuar con la lactancia materna hasta que el niño cumpla los dos años. La lactancia materna prolongada contribuirá a prevenir enfermedades.

PRÁCTICA 4: AFECTO, CARIÑO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Mensaje clave:

Hay que darles mucho cariño y ayudarlos a progresar, atender sus necesidades, conversar y jugar con ellos.

Mensajes de apoyo:

- Los niños necesitan MUCHO CARIÑO y SER ESTIMULADOS para desarrollar su inteligencia y sus habilidades.
- La mamá y el papá deben sonreírles y abrazarlos, conversar y jugar con ellos, alimentarlos adecuadamente y atender sus pedidos y necesidades biológicas, enseñarles prácticas de higiene, alimentación y de relación con los demás y con el medio que los rodea.
- Hay que hacerles los controles cada 6 meses durante los primeros 2 años de vida en el establecimiento de salud para ver si su crecimiento y desarrollo son normales.
- Los padres de familia deben estar pendientes que todos los niños según su edad presenten los siguientes aspectos para verificar su buen estado de crecimiento y desarrollo.

- El juego es una necesidad vital y un modo de expresión en la etapa infantil, que permite desarrollar las capacidades motoras mentales, afectivas y sociales.
- El movimiento tiene numerosas repercusiones para el normal desarrollo y la personalidad del niño (inteligencia, lenguaje, afectividad), por este motivo hay que procurar a los niños espacios de movimiento, de juegos que les hagan saltar, correr, etc.
- Es fundamental para sentar las bases de la comunicación utilizar con ellos/as un vocabulario sencillo y claro, articulando correctamente palabras y frases, sin deformaciones.

PRÁCTICA 5: HAY QUE VACUNAR A TODOS LOS NIÑOS

Mensaje clave:

Hay que llevarlo al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas según el esquema establecido para la edad.

Mensajes de apoyo:

- Todos los días son de vacunación.
- Para crecer sanos y fuertes los niños tienen que estar PROTEGIDOS de enfermedades graves o mortales. La mejor protección son las VACUNAS.
- Las vacunas se ponen por dosis de acuerdo con la edad del niño.
- Al cumplir el primer año de vida, el niño debe haber recibido todas las vacunas y dosis. Al cumplir los seis años deben además haber recibido todos sus refuerzos.
- A veces, algunas vacunas pueden causar un poco de dolor, malestar y fiebre después de su aplicación; estas molestias pasan rápidamente.
- Es indispensable guardar y conservar el carnet de vacunas y llevarlo cada vez que se asista a un centro de salud.
- Todas las vacunas que se le deben suministrar a un niño son TOTALMENTE GRATUITAS y deben ser suministradas y supervisadas por la institución de salud.
- Si al niño no se le han aplicado las vacunas a la edad recomendada, debe ser llevado al centro de salud para que le completen las dosis faltantes.

PRÁCTICA 6: SANEAMIENTO BÁSICO

Mensaje clave:

A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura.

Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.

Mensajes de apoyo:

- Las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios y aguas contaminadas. Estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niños y pueden causarles la muerte.

Abastecimiento de agua:

Las familias deben:

Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan.

No permitir bañarse, lavar, ni defecar cerca de la fuente. Las letrinas deben estar ubicadas a más de diez metros de la fuente.

Impedir que los animales se acerquen a las fuentes de aguas protegidas.

Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios; estos se deben vaciar y enjuagar todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.

Si no se cuenta con agua potable, lo ideal es hervirla durante 5 minutos

Mantener la calidad de los alimentos:

No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan lavado antes de comer.

Lavar las manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos.

Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.

Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.

- Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces:

Cada familia debe tener acceso a una letrina limpia y que funcione. Si no es el caso, la familia debe defecar en un lugar determinado y enterrar las heces de inmediato. Las heces de los niños pequeñas deben recogerse después de la defecación y echarlas en una letrina o enterrarlas.

- Se deben mantener LAS LETRINAS O BAÑOS LIMPIOS: limpiar con agua y jabón todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa.
- LA BASURA debe mantenerse FUERA DE LA CASA y enterrarla lejos si no hay servicio municipal de recogida.

Los animales domésticos deben desparasitarse y mantenerse aseados

PRÁCTICAS 15: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Mensaje clave:

A los niños hay que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes.

Mensajes de apoyo:

- Hay accidentes y lesiones que no ocurren por casualidad o mala suerte, sino por FALTA DE CONOCIMIENTO Y DESCUIDO de las personas mayores.
- Los niños pequeños están descubriendo el mundo, por eso tienen curiosidad por tocar y probar todo lo que ven. Esto es bueno y normal, pero los pone permanentemente en situaciones de riesgo.
- La tarea de los padres y personas en general es CONTROLAR EL RIESGO PARA EVITAR EL DAÑO. Esto se puede lograr con:

UNA CASA SEGURA: recomiende dejar fuera del alcance de los niños objetos y productos peligrosos como fósforos, velas encendidas, ollas calientes, herramientas cortantes, productos tóxicos, cables eléctricos.

Si hay niños pequeños, poner protección (reja, baranda) en los lugares de donde se puedan caer.

CUIDADOS fuera de la casa: recomiende cubrir con tapas pesadas los pozos o depósitos de agua donde puedan caer y ahogarse, no dejarlos jugar en la maleza donde puedan haber animales peligrosos y no dejarlos cruzar solos las calles o caminos en los que puede haber peligro.

Desde este contexto, se considera pertinente para el presente estudio tomar como guía dos teorías de enfermería:

La Teoría del Entorno, desarrollada por FLORENCE NIGHTINGALE, considerada como la primera teórica de enfermería, El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuará sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz". Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.⁽¹¹⁾

Como segunda teoría se ha tomado la "TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA". Desarrollada por Dorothea Orem, compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos: 1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado. 2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. 3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. 4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. 5. Poner el sistema de enfermería en acción y

asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente. ⁽¹⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

REALIDAD: La realidad es aquello que acontece de manera verdadera o cierta, en oposición a lo que pertenece al terreno de la fantasía, la imaginación o la ilusión. Lo real, por lo tanto, es lo que existe efectivamente.

SOCIAL: La palabra social permite referir a aquello que es propio de la sociedad, o en su defecto, que es relativo a la misma. En tanto, la sociedad es aquel conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad, o sea, que en este sentido del término, la palabra social implica pertenencia, ya que supone algo que se comparte a nivel comunitario, por ejemplo, la vida social, la convivencia social, que se refieren a los modos de convivir que tienen los individuos que conforman una sociedad.

2.4. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio eminentemente descriptivo no se ha formulado hipótesis de investigación.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Realidad sociosanitaria

Es la situación de una unidad territorial, localidad, región o país, que a través de un estudio con su respectivo análisis, permite identificar las características sociales y sanitarias predominantes, así como sus factores protectores o de riesgo que permite hacer un diagnóstico para futuras intervenciones.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Realidad sociosanitaria

Es la situación de la Asociación Popular Villa Universitaria , respecto a las principales características demográficas, sociales y sanitarias, y prácticas familiares dirigidas al menor de cinco años; y que para el presente estudio permitirá determinar sus factores protectores o de riesgo de mayor predominio, que servirán como referente para la implementación de estrategias de intervención.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN
REALIDAD SOCIO SANITARIA	Es la situación de una unidad territorial, región o país, que a través de un estudio con su respectivo análisis, permite identificar las características sociales y sanitarias predominantes, así como sus factores protectores o de riesgo que permite hacer un diagnóstico para futuras intervenciones.	Es la situación de la Asociación Popular Villa Universitaria respecto a las principales características demográficas, sociales, sanitarias y prácticas familiares dirigidas al menor de cinco años; y para que el presente estudio permita determinar sus factores protectores o de riesgo de mayor predominio, que servirán como referente para la implementación de estrategias de intervención	Características demográficas	Edad	De intervalo	< de 1 año De 1 a 4 5 a 14 15 a 24 25 a 44 45 a 64 65 a más
				Sexo	Nominal	Masculino Femenino
				Grado de instrucción	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no universitaria

			Características sociales	Estado civil	Nominal	Soltero Conviviente Casado Separado Divorciado Viudo
				Estructura familiar	Nominal	Nuclear Extendida Ampliada
				Ingresos económicos	De intervalo	< de 850 De 850 a 1000 >1000
				Material de vivienda	Nominal	Material noble Material semirústico Material rústico
				Condiciones de saneamiento	Nominal	Adecuadas Poco adecuadas No adecuadas

			Características sanitarias	Disponibilidad de seguro de salud	Nominal	SIS ESSALUD FF/AA Privado Sin seguro
				Enfermedades más frecuentes durante los últimos 3 meses	Nominal	Respiratorias Gastrointestinal es Crónico- degenerativas Tumores VIH Otras
				Percepción de la atención recibida en los establecimientos de salud	Nominal	Satisfactoria Poco satisfactoria No satisfactoria
			Prácticas familiares hacia los niños menores de cinco años	Vacunas CRED Lavado de manos Cuidados en el hogar	Nominal	Integral Parcial

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es una investigación de tipo:

Por los datos estadísticos:

Cuantitativo, la recolección de la información para su procesamiento y tabulación se utilizará la estadística, es decir se cuantificarán los hechos o fenómenos.

De acuerdo al análisis de la información:

Descriptivo, porque tiene como objetivo la descripción del fenómeno valoración de la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria Castilla-Piura

De acuerdo a su ubicación temporal:

Transversal, porque evalúa en un solo momento la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria Castilla-Piura, Marzo-Julio 2016.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevará a cabo en el asentamiento humano Alas Peruanas. Piura, Marzo-Julio que se encuentra ubicado en la carretera

de Chulucanas en el kilómetro 4, en la provincia de Piura del departamento de Piura, antes de llegar a la Universidad Alas Peruanas, limitando por el sur con el asentamiento humano Madre Teresa de Calcuta, por el este con el asentamiento humano Violeta Ruesta y por el oeste con el asentamiento humano San Francisco de Asís.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria en las manzanas G, J y A.

Muestra

Para el presente estudio, no fue necesario aplicar una fórmula estadística, pues las familias de la Mz:G, Mz:J, Mz:A siendo en total de 80 familias fueron considerados para el presente estudio.

3.3.1. Criterios de inclusión.

1. Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria durante el periodo de estudio
2. Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria y que hayan firmado el consentimiento confirmado.

3.3.2. Criterios de exclusión.

1. Familias que no viven en la Asociación Popular Villa Universitaria durante el periodo de estudio.
2. Familias que vive en la Asociación Popular Villa Universitaria y que no hayan firmado el consentimiento confirmado.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Se utilizará la encuesta

Instrumento

Se utilizará un cuestionario. Las preguntas se estructuraron en base a los cuatro indicadores planteados los cuales están disgregados:

Características demográficas teniendo en cuenta:

1. Edad, sexo y grado de instrucción

Características sociales aquí desarrollaré teniendo en cuenta:

2. Estructura familiar
3. Estado civil
4. Ingresos económicos
5. Material de vivienda
6. Condiciones de hacinamiento
7. Condiciones de saneamiento.

Características sanitarias teniendo en cuenta:

8. Disponibilidad de seguro de salud
9. Enfermedades más frecuentes durante los últimos tres meses
10. Percepción de la atención recibida en los establecimientos de salud

Prácticas familiares hacia los niños menores de cinco años

11. Vacunas
12. CRED
13. Lavado de manos
14. Cuidados en el hogar

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez del instrumento: Los instrumentos serán validados por juicio de expertos, haciendo uso del coeficiente de proporción de rango corregido.

Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad se utilizará el programa SPSS-19 (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE), para el análisis mediante el coeficiente Alfa de Crombach, que es un modelo que

determina la consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems, nivel de fiabilidad >0.70 .

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Recolección de datos

Para la recolección de datos necesarios del estudio, se procederá del siguiente modo:

1. Se solicitará la autorización al gobernador del asentamiento humano Alas Peruanas para la realización del presente trabajo de investigación
 2. Se elaborará el cuestionario para la respectiva recolección de datos.
 3. El cuestionario se logrará reproducir tomando en cuenta el número de la muestra, así como la prueba de validez y confiabilidad y los datos serán recolectados en la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura; informando y orientando a poblador del asentamiento humano
 4. Una vez obtenida la información, con la finalidad de facilitar el manejo de los datos recolectados referente a los conocimientos, la cual permitirá obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación, los cuales así serán procesados; para la presentación de hallazgos se realizarán cuadros estadísticos los cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.
 5. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS FOR WINDOWS Versión 21, que es la abreviatura en inglés del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences)
- Una vez recolectado los datos de nuestra investigación, se procederá a realizar el análisis correspondiente, mediante la estadística descriptiva y el análisis se realizará tabulando las encuestas a partir de los cuales se analizarán en el gráfico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el presente trabajo de estudio se tomarán en cuenta los siguientes principios éticos:

Autonomía, supone la capacidad de actuar con conocimientos de causa y sin coacción. Toda persona autónoma es capaz de tomar sus decisiones, incluso cuando está enfermo. El respeto a la autonomía supone la no interferencia en sus derechos, deberes y valores y la aceptación de las opciones que el escoja. Toda persona tiene derecho a ser informada sobre su situación, alternativas y tratamientos, favoreciendo y respetando la toma de decisiones, es un reconociendo explícito de la igual dignidad de las personas, pone su acento en el respeto a la voluntad del paciente frente a la del médico. En el presente caso se le informará de lo que se tratará la investigación para promover y asegurar la autonomía moral de los pobladores.

La veracidad, pues a través de ella se logrará informar de manera clara a los participantes de todo lo que implica el presente estudio y el instrumento será repartido a todos los involucrados lo que implica el principio de justicia.

La beneficencia y no maleficencia también serán consideradas, ya que la aplicación del instrumento no causará ningún daño en los participantes que aceptaron llenarlo voluntariamente, con un fin provechoso que beneficiará a los pobladores del asentamiento humano Alas Peruanas para tomar decisiones que ayuden a mejorar el nivel de vida de sus pobladores.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

REALIDAD SOCIO SANITARIA DE LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA- PIURA, MARZO-JULIO 2016.

Realidad socio sanitaria	N°	Porcentaje
Adecuada	34	42%
No adecuada	46	58%
Total	80	100%

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

La realidad socio sanitaria de las familias de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, es No adecuada en un 58%(46) y adecuadas en un 42%(34).

TABLA 2
CARACTERIZAR A LOS MIEMBROS DE CADA FAMILIA, SEGÚN EDAD, SEXO Y
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR
VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-PIURA, MARZO-JULIO 2016.

Edad	N°	Porcentaje
< de 1 año	4	5%
1 a 4	11	14%
5 a 14	22	28%
15 a 24	16	21%
25 a 44	14	16%
45 a 64	8	10%
65 a más	5	6%
Total	80	100%
Sexo		
Masculino	35	44%
Femenino	45	56%
Total	80	100%
Grado de instrucción		
Sin instrucción	4	5%
Primaria	30	38%
Secundaria	36	44%
Superior		
universitaria	6	8%
Superior no		
universitaria	4	5%
Total	80	100%

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Los miembros de las familias, según la edad en mayor porcentaje tienen edades de 5 a 14 años en un 28%(22). Según el sexo en su mayoría son mujeres en un 56%(45). Según el grado de instrucción en el mayor porcentaje tienen educación secundaria en un 44%(36).

TABLA 3

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIALES: ESTADO CIVIL, ESTRUCTURA FAMILIAR, INGRESOS ECONÓMICOS, TIPO DE VIVIENDA, NÚMERO DE HABITACIONES, CONDICIONES DE HACINAMIENTO, CONDICIONES DE SANEAMIENTO EN LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-PIURA, MARZO-JULIO 2016

Estado civil	N°	Porcentaje
Soltero	8	10%
Conviviente	27	34%
Casado	22	28%
Separado	15	18%
Divorciado	5	6%
Viudo	3	4%
Total	80	100%
estructura familiar		
Nuclear	45	56%
Extendida	21	26%
Ampliada	14	18%
Total	80	100%
Ingresos económicos		
< de 850	43	54%
850 a 1000	27	34%
>1000	10	12%
Total	80	100%
Material de vivienda		
Noble	27	34%
Rústico	36	45%
Semi Rústico	17	21%
Total	80	100%
Saneamiento		
Adecuadas	28	35%
Poco adecuadas	42	53%
No adecuadas	10	12%
Total	80	100%

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Los miembros de las familias, según las características sociales, según el estado civil en mayor porcentaje son convivientes en un 34%(27). Según la estructura familiar en su mayoría son familias nucleares en un 56%(45). Según los ingresos económicos son de <850. Según el material de vivienda, en mayor porcentaje son de

material rústico en un 45%(36) y de acuerdo al saneamiento, son poco adecuadas en un 53%(42).

TABLA 4
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD: PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA, DISPONIBILIDAD DE SEGURO, ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-PIURA, MARZO-JULIO 2016.

Percepción de la atención	N°	%
Satisfactorio	29	36%
Poco satisfactorio	34	42%
No satisfactorio	17	22%
Total	80	100%
Disponibilidad del seguro		
SIS	17	21%
ESSALUD	30	38%
FFAA	22	27%
Privado	9	11%
Sin seguro	2	3%
Total	80	100%
Enfermedades más frecuentes		
Respiratorias	40	45%
Gastrointestinales	18	28%
Crónico degenerativas	10	12%
Tumores	5	6%
VIH	2	3%
Otras	5	6%
Total	80	100%

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Los miembros de las familias, según las características relacionadas con la salud, según la percepción de la atención es poco satisfactorio en un 42%(34). Según la disponibilidad del seguro, en mayor porcentaje se encuentran en ESSALUD en un 38%(30) y según las enfermedades más frecuentes, en mayor porcentaje sufren de enfermedades respiratorias en un 45%(49).

TABLA 5
PRÁCTICAS FAMILIARES HACIA LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS:
VACUNAS, EN LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR VILLA
UNIVERSITARIA, CASTILLA-PIURA, MARZO-JULIO 2016.

Vacunas	N°	Porcentaje
Integral	37	46%
Parcial	43	54%
Total	80	100%

FUENTE: *Aplicación del instrumento*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 5:

Las prácticas familiares hacia los niños menores de 5 años, en las dosis de vacunas, es Parcial en un 54%(43) e Integral en un 46%(37).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La realidad sociosanitaria de las familias de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, es No adecuada en un 58%(46) y adecuadas en un 42%(34). Coincidiendo con García Maldonado (2012), Conclusiones 1. En las características individuales de la demanda observamos que los grupos etáreos y la población asignada por el Área 1, son proyectados con incrementos cada año, incluye a toda la población de todos los barrios del área de cobertura del Subcentro de Salud -El Bosque. El grupo etáreo mayoritario es de 20 a 64 años con 54,00%, en menor porcentaje están los menores de 5 años en el 11% y los adultos mayores son el 6% de la población. La población urbana predomina en relación a la rural, por sexo están en similares porcentajes del 50%, el estado civil en mayor número están los solteros con un 42% le siguen los casados con 30,9% y unión libre 21,9%, en el nivel de instrucción la población con primaria el 43,5%, le siguen secundaria 32,8%, analfabetos 0,4%. En ésta hay barrios urbanos que habitan familias con nivel socioeconómico medio alto y son las ciudadelas Las Crucitas, Las Brisas, Ciudad Verde y Santa Inés que aproximadamente son el 40% de toda la población asignada y la mayoría de este no acuden por atención en los diferentes servicios , aunque para vacunación es algo mayor la concurrencia. De tal manera que afectan las coberturas. 2. Con respecto a la prevalencia de algunas morbilidades, las caries dental, gingivitis, enfermedades periodontales y otros trastornos de los dientes están dentro de las 10 principales causas, las enfermedades parasitarias y amebiasis también, las infecciones respiratorias agudas tipo rinofaringitis aguda, resfriado común, faringitis aguda, son otras causas principales en la prevalencia de morbilidades en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, también prevalecen, los trastornos del sistema urinario están presentes como causas principales y las afecciones inflamatorias de la vagina en el décimo lugar de las causas principales de morbilidad.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los miembros de las familias, según la edad en mayor porcentaje tienen edades de 5 a 14 años en un 28%(22). Según el sexo en su mayoría son mujeres en un 56%(45). Según el grado de instrucción en el mayor porcentaje tienen educación secundaria en un 44%(36). Coincidiendo con **Gómez Arrieta** (2012), Resultado: Durante el desarrollo del proyecto de servicio comunitario-Diagnóstico del nivel de calidad medio ambiental en la comunidad-Los Periodistas– Sector El Arenall, se obtuvo información que servirá para enriquecer el diagnóstico no sistémico de la comunidad, un resumen de los resultados obtenidos durante el diagnóstico se presentan en el cuadro A.2. Percepción de la comunidad acerca de: Mala calidad, no recibe tratamiento adecuado, Contaminación con aguas negras y desechos sólidos, Vertederos de basura que dañan el paisaje Grafitis, 25,95% de las familias encuestadas reciclan.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los miembros de las familias, según las características sociales, según el estado civil en mayor porcentaje son convivientes en un 34%(27). Según la estructura familiar en su mayoría son familias nucleares en un 56%(45). Según los ingresos económicos son de <850. Según el material de vivienda, en mayor porcentaje son de material rústico en un 45%(36) y de acuerdo al saneamiento, son poco adecuadas en un 53%(42).

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Los miembros de las familias, según las características relacionadas con la salud, según la percepción de la atención es poco satisfactorio en un 42%(34). Según la disponibilidad del seguro, en mayor porcentaje se encuentran en ESSALUD en un 38%(30) y según las enfermedades más frecuentes, en mayor porcentaje sufren de enfermedades respiratorias en un 45%(49).

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Las prácticas familiares hacia los niños menores de 5 años, en las dosis de vacunas, es Parcial en un 54%(43) e Integral en un 46%(37).

CONCLUSIONES

PRIMERO

La realidad sociosanitaria de las familias de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, en mayor porcentaje es No adecuada y en menor porcentaje son adecuadas.

SEGUNDO

Los miembros de las familias, según la edad en mayor porcentaje tienen edades de 5 a 14 años. Según el sexo en su mayoría son mujeres. El grado de instrucción en el mayor porcentaje tienen educación secundaria.

TERCERO

Los miembros de las familias, según las características sociales, según el estado civil en mayor porcentaje son convivientes. Según la estructura familiar en su mayoría son familias nucleares. Según los ingresos económicos son de <850. Según el material de vivienda, en mayor porcentaje son de material rústico y de acuerdo al saneamiento, son poco adecuadas.

CUARTO

Los miembros de las familias, según las características relacionadas con la salud, según la percepción de la atención es poco satisfactorio. La disponibilidad del seguro, en mayor porcentaje se encuentran en ESSALUD y las enfermedades más frecuentes, en mayor porcentaje sufren de enfermedades respiratorias.

QUINTO

Las prácticas familiares hacia los niños menores de 5 años, en las dosis de vacunas, en mayor porcentaje es Parcial y en menor porcentaje es Integral.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Tener en consideración los resultados con el propósito de descubrir la dinámica familiar, la trayectoria de los cuidados que ellas desarrollan y las formas como enfrentan la influencia del contexto socio sanitaria. De esta manera, los profesionales de la salud interesados en trabajar con las familias tendrán herramientas que les permita reconocer, promover o recuperar la salud de las familias y podrán establecer un verdadero cuidado que integre los saberes socio culturales y los conocimientos profesionales en salud.

SEGUNDO

Realizar campañas preventivas de la salud, teniendo en cuenta las incidencias de las edades, sexo y grado de instrucción de las familias de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura.

TERCERO

Promover que los dirigentes de la asociación popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, realicen las gestiones correspondientes por el saneamiento físico legal y la construcción de viviendas de material noble, ante la Municipalidad, Ministerio de vivienda y EPS Grau, mejorando la calidad de vida de la población.

CUARTO

Promover campañas de salud para la población en general y casa por casa para prevenir las enfermedades más comunes de la localidad como son las enfermedades respiratorias, estableciendo alianzas estratégicas entre la población organizada, el centro de salud MINSAL y MINEDU, para realizar charlas sensibilizadoras, priorizando la población de 5 a 14 años por ser la más numerosa.

QUINTO

Aprovechar los espacios de participación como las asambleas generales de la población, escuela de padres, reuniones de los clubes de madres, escuela de padres, reuniones de los sindicatos y otras formas participativas, para informar

acerca de las campañas de vacunas para los niños, así como diversas actividades preventivas de enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ackoff, R. (2001). *A brief guide to interactive planning and idealized design*.
- 2) Ackoff, R. (1997). *Cápsulas de Ackoff, administración en pequeñas dosis*. México.: Editorial Limusa S.A.
- 3) Ackoff, R. (1999). *Re-creating the corporation. A desing of organizations for 21st century*. Oxford Univ Pr.
- 4) Aldana, E., & Reyes, A. (2004). *Disolver problemas: Criterios para formular proyectos sociales*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- 5) Checkland, P. (1993). *Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas*. Grupo Noriega Editores.
- 6) COMMUNITAS. (2011). *Autonomía Alimentaria*.
- 7) Durston, J., & Miranda, F. (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa. Serie Políticas Sociales. CEPAL*.
- 8) Fals, O., Barragán, B., Cadena, F., Cárdenas, J., Galeano, J., García, S., y otros. (1958). *Conocimiento y poder popular*. Colombia: Editorial Presencia.
- 9) Flores, M., Altuve, M., Gómez, M., & Rivas, Y. (2011). Plan estratégico situacional aplicado a la falta de compromiso por parte de algunas coordinaciones, hacia cumplimiento del Plan Bolívar. Trabajo realizado en la Coordinación Regional del Programas de salud. CORPOSALUD. Manuscrito no publicado. T r a b a j o s c i t a d o s | 97.
- 10) López, H., Contreras, J., Roca, S., Terán, O., & Gómez, M. (2011 b). Minutas Proyecto Communitas: Tercera reunión. Manuscrito no publicado.
- 11) Portillo, A. (2010). *Perspectivas de la relación ambiente-desarrollo en el Arenal*. Parroquia Arias del Municipio Libertador, estado Mérida. X jornadas de ambiente y desarrollo.
- 12) Reyes, A., & Aldana, E. (2011). *Diseño idealizado UNIANDES Y UNIBAGUE*. . Manuscrito no publicado.
- 13) Rodríguez, R. (2011). *La sistémica, los sistemas blandos y los sistemas de información*. Consultado en línea.
- 14) Senge, P. (1990). *La Quinta Disciplina*.
- 15) SOCIVILPUTUMAYO. (2010). *La cuchara por la autonomía, la soberanía y la seguridad alimentaria. Memorias del foro colombo-ecuatoriano*.

- 16) Ackoff, R. (2001). *A brief guide to interactive planning and idealized design*.
- 17) Ackoff, R. (1997). *Cápsulas de Ackoff, administración en pequeñas dosis*. México.: Editorial Limusa S.A.
- 18) Ackoff, R. (1999). *Re-creating the corporation. A design of organizations for 21st century*. Oxford Univ Pr.
- 19) Aldana, E., & Reyes, A. (2004). *Disolver problemas: Criterios para formular proyectos sociales*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- 20) Checkland, P. (1993). *Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas*. Grupo Noriega Editores.
- 21) COMMUNITAS. (2011). *Autonomía Alimentaria*.
- 22) Durston, J., & Miranda, F. (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa. Serie Políticas Sociales. CEPAL*.
- 23) Fals, O., Barragán, B., Cadena, F., Cárdenas, J., Galeano, J., García, S., y otros. (1958). *Conocimiento y poder popular*. Colombia: Editorial Presencia.
- 24) Flores, M., Altuve, M., Gómez, M., & Rivas, Y. (2011). *Plan estratégico situacional aplicado a la falta de compromiso por parte de algunas coordinaciones, hacia cumplimiento del Plan Bolívar*. Trabajo realizado en la Coordinación Regional del Programas de salud. CORPOSALUD. Manuscrito no publicado. *T r a b a j o s c i t a d o s* | 97.
- 25) López, H., Contreras, J., Roca, S., Terán, O., & Gómez, M. (2011 b). *Minutas Proyecto Communitas: Tercera reunión*. Manuscrito no publicado.
- 26) Portillo, A. (2010). *Perspectivas de la relación ambiente-desarrollo en el Arenal*. Parroquia Arias del Municipio Libertador, estado Mérida. X jornadas de ambiente y desarrollo.
- 27) Reyes, A., & Aldana, E. (2011). *Diseño idealizado UNIANDES Y UNIBAGUE*. . Manuscrito no publicado.
- 28) Rodríguez, R. (2011). *La sistémica, los sistemas blandos y los sistemas de información*. Consultado en línea.
- 29) Senge, P. (1990). *La Quinta Disciplina*.
- 30) SOCIVILPUTUMAYO. (2010). *La cuchara por la autonomía, la soberanía y la seguridad alimentaria*. Memorias del foro colombo-ecuatoriano.
- 31) Torres, R. M. (2011). *Comunidades de aprendizaje*. Consultado en línea: junio, 2011.

- 32) Vidal, F. (2011). Temas de apoyo para el trabajo social. Tema: La comunidad. Producido por el Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social.
- 33) líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi. Disponible en URL:
https://www.euskadi.eus/r85pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf
- 34) Saavedra S G. [familia: tipos y modelos]. Chile: monografías.com; 2010. [accesando 10 de noviembre 2015]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>
- 35) Definición de accesibilidad a servicios de salud. Accedido el 10 -11-15, disponible en URL [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>]
- 36) Ochoa LC, S.T. "Las prácticas familiares para la salud y el desarrollo de los niños, Universidad Pontificia Boliviana (UPB). 2011". Disponible en URL:
http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030020020_MEDICINA/PGV2_M030020030_MEDIOS/LAS%2018%20PRACTICAS%20CLAVE%20NUEVO%20AIEPI%20COMUNITARIO.PDF

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>VALORACIÓN DE LA REALIDAD SOCIOSANITARIA DE LAS FAMILIAS DE LA ASOCIACIÓN POPULAR VILLA UNIVERSITARIA, CASTILLA-PIURA JULIO 2015 A AGOSTO 2016</p>	<p>¿Cómo es la realidad socio sanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, julio 2015 a agosto 2016?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la realidad socio sanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, julio 2015 a agosto 2016</p> <p>Objetivos Específicos: -Identificar los grupos poblacionales de mayor proporción según edad, sexo y nivel de instrucción en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, julio 2015 a agosto 2016</p> <p>-Establecer las principales características sociales: Estado civil, estructura familiar, ingresos económicos, tipo de vivienda, número de habitaciones, condiciones de saneamiento en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura,</p>	<p>Realidad socio sanitaria: Edad, sexo, estado civil, estructura familiar, ingresos económicos, grado de instrucción, tipo de vivienda, número de habitaciones, condiciones de hacinamiento, condiciones de saneamiento, accesibilidad a servicios de salud, percepción de la atención recibida, disponibilidad de seguros, enfermedades más frecuentes durante los últimos tres meses, vacunas, CRED, lavado de</p>	<p>Tipo de Estudio: Descriptivo, cuantitativo, transversal.</p> <p>Técnica e Instrumento: Encuesta- Cuestionario.</p> <p>Población y Muestra: Población: Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla- Piura en las manzanas G, J y A Muestra: 80 familias(Mz:G, Mz:J, Mz:A)</p> <p>Criterios de Inclusión: -Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria -Familias que viven en la Asociación Popular Villa</p>

		<p>julio 2015 a agosto 2016</p> <p>-Evaluar características relacionado con la salud: percepción de la atención recibida, disponibilidad de seguro, enfermedades más frecuentes en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, julio 2015 a agosto 2016</p> <p>-Valorar las prácticas familiares hacia los niños menores de cinco años: Vacunas, CRED, lavado de manos, cuidados en el hogar en las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria, Castilla-Piura, julio 2015 a agosto 2016</p>	<p>manos y cuidados en el hogar.</p>	<p>Universitaria y que hayan firmado el consentimiento informado.</p> <p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias que no viven en la Asociación Popular Villa Universitaria -Familias que viven en la Asociación Popular Villa Universitaria y que no hayan firmado el consentimiento informado. <p>Plan de análisis</p> <p>Una vez recolectados los datos serán procesados, haciendo uso de EXCEL y SPSS para luego ser ubicados para posterior análisis.</p>
--	--	--	--------------------------------------	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO

Buen día mi nombre es Amalia Thays Pantaleón Moncada, estudiante del VII ciclo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UAP, dirijo mi investigación cuyo nombre es “Valoración de la realidad sociosanitaria de las familias de la Asociación Popular Villa Universitaria julio 2015 a agosto 2016”. Por tal razón solicito su colaboración y compromiso respondiendo al siguiente cuestionario con honestidad y transparencia; confiando en que la información será individual.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta, luego escriba o marque con un aspa (X) la respuesta que usted considere conveniente en el caso correspondiente. Solo debe de marcar una de ellas.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.-

Edad	Sexo		Grado de instrucción					
	M	F	Sin instrucción	Inicial	Primaria	Secundaria	Superior universitaria	Superior no universitaria

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

2.- Estructura Familiar:

Nuclear (ambos padres e hijos): ()

Extendida (ambos padres, hijos y parientes en la 3ra generación): ()

Ampliada (ambos padres, hijos y parientes): ()

3.- Estado civil:

Soltero: () Separado: () Viudo: ()

Casado: () Divorciado: () Conviviente: ()

4.- Ingresos económicos:

5.- Material de vivienda:

Material noble ()

Material semirustico ()

Material rustico ()

6.- Condiciones de hacinamiento:

Nº de personas por dormitorio: menos de 3 () 3 a más ()

7.- Condiciones de saneamiento:

Servicios: Agua () Desagüe ()

Agua de consumo: Red pública () Red propia () Cisterna, pozo ()

Río, acequia () Otros: _____

Eliminación de excretas: Aire libre () Acequia, canal () Baño público ()

Baño propio () Otros: _____

CARACTERÍSTICAS DE SALUD

8.- Seguro médico:

SIS () ESSALUD () FF/AA () Sin seguro () Privado ()

9.- Enfermedades más frecuentes durante los últimos 3 meses:

Respiratorias ()

Gastrointestinales ()

Crónico-degenerativas ()

Tumores ()

VIH ()

OTROS: _____

10.- Percepción de la atención recibida en los establecimientos de salud:

Satisfactoria ()

Poco satisfactorias ()

No satisfactoria ()

Prácticas familiares hacia los niños menores de cinco años

11.- Se cumple con el calendario de vacunas:

- a. Si ()
- b. a veces ()
- c. No ()

12.- Se cumple con el control del niño sano:

- a. Si ()
- b. a veces ()
- c. No ()

13.- Se promueve y supervisa el lavado de manos en los niños:

- a. Siempre ()
- b. A veces ()
- c. Nunca ()

14.- Se cuida a los niños ante posibles riesgos dentro del hogar: Caídas, quemaduras, intoxicaciones por ingesta:

- a. Siempre ()
- b. A veces ()
- c. Nunca ()