



Facultad de Medicina

Escuela de Fonoaudiología

“Seminario de Investigación para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología”

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN NIÑOS Y
NIÑAS DE 0 A 8 AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD EN LA
ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE ALGARROBO ENTRE
JUNIO DEL 2016 Y JUNIO DEL 2017.**

Autor

Pablo Rodríguez M.

Co-autores

Milka Hidalgo G.

Francisca Puelma N.

Roberta Rinaldi C.

Viña del Mar, diciembre 2017

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	8
1. Salud Pública.....	8
1.1. Políticas públicas en primera infancia	9
1.1.1. Política de Infancia en Chile.....	10
1.2. Chile Crece Contigo.....	12
1.2.1. Atención primaria de salud.....	16
1.2.2 Fonoaudiólogo en la atención primaria en salud	18
2. Determinantes Sociales de la Salud.....	20
2.1. Determinantes sociales estructurales	24
2.1.1. Posición socioeconómica.....	24
2.1.2. Sexo	26
2.1.3. Raza y grupo étnico	27
2.1.4. Acceso a la educación.....	28
2.1.5. Ocupación.....	29
2.2. Determinantes sociales intermedios.....	30
2.3. Determinantes sociales de la salud y adquisición del lenguaje	33
2.3.1. La adquisición del lenguaje	35
METODOLOGÍA.....	40
1. Planteamiento del problema	40
1.1 Pregunta de investigación	40
1.2 Objetivo de estudio	41
1.3 Justificación	41
1.4 Viabilidad.....	43
1.5 Deficiencias en el conocimiento del problema	43
2. Objetivos.....	43
2.1 Objetivo General.....	43
2.2 Objetivos específicos	44

3.	Tipo de estudio	44
3.1	Enfoque	44
3.2	Alcance	45
3.3	Diseño	45
4.	Población	46
4.1	Muestra	46
4.1.1	Tipo de muestreo	46
4.1.2	Tamaño de la muestra.....	47
4.1.3	Criterios de selección de la muestra	47
5.	Operacionalización de variables	48
6.	Instrumentos	53
7.	Técnicas de obtención de la información	55
8.	Procedimientos	56
9.	Materiales	57
	RESULTADOS	58
1.	Determinantes sociales estructurales	58
2.	Determinantes sociales intermedios	63
	DISCUSIONES	83
	CONCLUSIONES.....	96
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
	ANEXOS	115

RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son factores que repercuten directamente en el bienestar de una persona, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con ésta, e interactúan mutuamente en la generación de salud. Es por esto que el objetivo del presente estudio fue describir los DSS en los niños y niñas de 0 a 8 años con dificultad en la adquisición del lenguaje atendidos en el centro de salud familiar de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017. El enfoque de esta investigación es cuantitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental transversal, cuya muestra fue de 32 niños y niñas que cumplían los criterios de inclusión. La información recogida en esta investigación servirá como base a la iniciativa del Cesfam de dicha comuna para el lanzamiento de un plan piloto de atención primaria en trastornos del lenguaje, debido a que, en Algarrobo y en otras comunas inscritas en el centro de salud familiar, existe una alta prevalencia de niños y niñas con dificultades lingüísticas. Para llevar a cabo este estudio, se entrevistó a los cuidadores de 32 niños y niñas de la muestra estudiada. Los resultados arrojaron una mayor prevalencia de niños del sexo masculino (72%), cuidadores con empleos remunerados (59%), pertenencia a los dos primeros quintiles (69%), falta de participación en organizaciones sociales (81%), percepción de carga de estrés constante (69%), hábitos de alimentación saludable (56%), no presencia de antecedentes de enfermedades hereditarias en la familia (22%), paredes sólidas en la vivienda (84%) y no pertenencia a grupo étnico (94%). En conclusión, la intervención de las dificultades en la adquisición del lenguaje debe considerar una mirada amplia acerca del desarrollo integral

en la infancia. El fonoaudiólogo debe incluir los DSS como eje central para la promoción, prevención y rehabilitación de niños que son parte de la red Chile Crece Contigo.

Palabras claves: Determinantes sociales de la salud, dificultades en la adquisición del lenguaje, programa Chile Crece Contigo, salud pública.

INTRODUCCIÓN

La adquisición del lenguaje es un proceso neuronal complejo que los niños y niñas deben experimentar a medida que van madurando y desarrollándose, pues las demandas del entorno los obligan a desenvolverse de manera eficaz para poder expresar sus pensamientos, intenciones, deseos y molestias. En cuestión de meses, el desarrollo típico del lenguaje permite que los niños y niñas logren avanzar desde el balbuceo a palabras aisladas, frases relativamente cortas, hasta llegar a oraciones fluidas que expresan ideas claras de lo que se quiere emitir. Contar con esta herramienta implica nuevas oportunidades para comprender el medio social, aprender sobre el mundo y compartir experiencias. Sin embargo, este aprendizaje puede verse influenciado positiva o negativamente por diversos factores sociales que determinan la salud de toda persona, es decir, los determinantes sociales de salud (DSS), tanto estructurales como intermedios, que podrían generar un retraso en la adquisición del lenguaje o incluso, un trastorno de este.

A nivel nacional, existen pocos estudios sobre los DSS y su relación con el desarrollo y adquisición del lenguaje en la infancia temprana, lo que puede resultar relevante en poblaciones con alta prevalencia de niños y niñas con estas características, como es el caso de la comuna de Algarrobo. Por este motivo, la presente investigación tiene como objetivo describir los DSS en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el centro de salud familiar de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017, a través de la realización de una encuesta que será aplicada sus cuidadores principales.

Para lograr lo anterior, la investigación se realizó mediante un estudio cuantitativo con un tipo de alcance descriptivo y un diseño no experimental transversal. El objetivo general de la investigación será describir los DSS en los niños y niñas con trastornos del lenguaje del Centro de Salud de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017. Se eligieron dos objetivos específicos: el primero será identificar los determinantes sociales estructurales, es decir, sexo, posición socioeconómica, etnia, educación y ocupación; y el segundo será identificar los determinantes sociales intermedios, es decir, circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y sistema de salud, en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el Cefam de Algarrobo.

En el primer apartado se expondrá un marco teórico en relación con la salud pública, los determinantes sociales de la salud y, posteriormente, cómo estos influyen en la adquisición del lenguaje. En el segundo, se presentará el marco metodológico que permitió organizar el trabajo de campo. En el tercero, se dará cuenta de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta. En el cuarto, se expondrá la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación. Por último, se presentará la conclusión de nuestra investigación.

MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado, se presenta un marco conceptual que permitirá abordar la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la adquisición del lenguaje. Este será analizado desde un enfoque centrado en las políticas públicas para el desarrollo de la primera infancia. En primer lugar, se abordará las políticas públicas existentes en primera infancia y la importancia de éstas, haciendo un recorrido histórico y evolutivo hasta llegar al actual programa Chile Crece Contigo. Para efectos de este estudio, se abordará, principalmente, su implementación en la atención primaria de la salud. Luego, se presentarán los Determinantes Sociales de la Salud, tanto estructurales como intermedios, y su relación con la adquisición del lenguaje. En este último punto, se resaltarán el desarrollo del proceso lingüístico en los primeros años de vida, a través de las diferentes teorías y bases neurológicas necesarias para su adquisición. Finalmente, se concluirá con un apartado sobre cómo las dificultades en la comunicación impactan en la salud.

1. Salud Pública

Corresponde a una ciencia encargada de proteger y mejorar la salud en la población humana. Parte de esta disciplina tiene por objeto el sistema sanitario que, en el caso de nuestro país, se da la coexistencia de dos subsistemas que se diferencian en su financiamiento: el público y el privado. Ambos tienen como objetivo mejorar la salud, prevenir enfermedades y, en caso de presentarlas, erradicarlas (Parra, 2016; Benavides, Castro y Jones, 2013). La cobertura del sistema de salud es para todas las personas, no importando la etapa del curso de vida en que se encuentre, vale decir: vejez, adultez,

juventud e infancia. En el caso de este último, la niñez ha sido tema central de la presente investigación, por lo que se ahondará con mayor precisión a continuación.

1.1. Políticas públicas en primera infancia

La primera infancia es un constructo que varía en los diferentes países, dependiendo de sus tradiciones y de la manera en que organizan los ciclos de educación. Según el Comité de los Derechos del Niño del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2013), se considera a la primera infancia (o también llamada infancia temprana) como aquella etapa que se extiende desde la gestación hasta los 8 años de edad y en donde se desarrollan una amplia gama de potencialidades y dominan diversas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales. Debido a que estos cambios son cruciales en el ser humano, se han puesto grandes esfuerzos en potenciar y proteger a los niños y niñas mediante políticas públicas que permitan un apropiado desarrollo en cada uno de ellos (Minsal, 2008; Ochoa, Millard y Solar, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las políticas públicas en primera infancia deberían tener como objetivo:

- Elevar el nivel general de educación y ofrecer igualdad de oportunidades de acceso a la educación para mejorar la salud de las madres y los bebés a largo plazo.
- Proporcionar una buena nutrición, educación para la salud, servicios de atención sanitaria y preventiva, y suficientes recursos económicos y sociales antes del primer embarazo, durante el embarazo y la infancia, con el fin de

mejorar el crecimiento y el desarrollo prenatal e infantil y reducir el riesgo de padecer enfermedades y malnutrición durante la infancia.

- Garantizar que las relaciones padres-hijos reciban apoyo desde el nacimiento, idealmente a través de visitas domiciliarias y la promoción de buenas relaciones entre los padres y las escuelas con el fin de incrementar el conocimiento que los padres tienen de las necesidades emocionales y cognitivas de sus hijos, de estimular el desarrollo cognitivo y el comportamiento pro-social en el niño o la niña y prevenir los malos tratos infantiles (OMS, 2003:15).

De acuerdo a lo anterior, es posible afirmar que, invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que podría llegar a reducir las desigualdades sanitarias en las futuras generaciones (OMS, 2013; Arcos, Muñoz, Sánchez, Vollrath, Gazmuri y Baeza, 2013). Por ejemplo, los riesgos amenazantes para niños y niñas en desarrollo son potencialmente mayores entre aquellos que viven en condiciones socioeconómicas deficientes. Por esto, para reducirlos de forma efectiva e incluso evitarlos, se hace necesaria una adecuada política intersectorial que entregue atención sanitaria preventiva durante el periodo prenatal y postnatal, tanto para las madres como para los hijos. Asimismo, se debe promover el bienestar infantil, no solo con lo vinculado a “salud”, sino también a nivel educativo, social, entre otros (OMS, 2013).

1.1.1. Política de Infancia en Chile

A lo largo de la historia de nuestro país, los gobiernos de turno han intentado abordar las problemáticas referidas a infancia y adolescencia. Primero hubo un enfoque

subsidiario y asistencialista, centrado en la patología y en el sujeto como paciente (Torres, 2008). Luego, se fueron incorporando conceptos como la intersectorialidad y la satisfacción del usuario, pero aún con una perspectiva carente de orientación política hacia la promoción de los derechos del niño (Ochoa, Maillard y Solar, 2010). En esta etapa, surge la necesidad de generar políticas públicas en las cuales converjan e interactúen redes complejas, como por ejemplo, de salud, educación, social, laboral, judicial, entre otras (Cunill-Grau, 2013; Urbina y González, 2012; Bedregal, Torres y Carvallo, 2014).

En este contexto de transformaciones, en el año 1990, el Estado de Chile se compromete con la infancia, ratificando la Convención Internacional de los Derechos del Niño y asumiendo la obligación de asegurar y garantizar a todos los niños y niñas chilenos los derechos y principios que esta convención declara. A partir de este hito, el país ha progresado en materias de políticas públicas destinadas a la infancia, abordando el desarrollo infantil como un componente fundamental que está directamente relacionado con el desarrollo integral (Ochoa, et al., 2010). No obstante, las políticas promulgadas luego de la suscripción estuvieron vinculadas, principalmente, con indicadores sociales, relacionados con la situación de pobreza, la cobertura escolar, la morbilidad infantil y el acceso a agua potable (Torres, 2008). Desde el año 2000, de forma gradual, se incorporan conceptos como inversión social y garantías asociadas a los derechos, considerando a niños y adolescentes según sus atributos y derechos frente al Estado, familia y sociedad. Es así como se reconoce que estas no solo son etapas de preparación para la vida adulta, sino que tienen el mismo valor que cualquier otra etapa de la vida (Ochoa, et al., 2010).

En el año 2006, el Gobierno de Chile asume como prioridad la atención a la primera infancia, para lo cual se conforma el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de esta etapa, cuya misión fue elaborar un diagnóstico de la situación actual y de las insuficiencias existentes en materias de protección, para proponer medidas e implementar un sistema que lo aborde (Bedregal y Torres, 2013). En octubre de ese mismo año, se anuncia la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia - Chile Crece Contigo, el cual es implementado en su fase inicial en el año 2007 e institucionalizado en el 2009 (Bedregal, et al., 2014).

1.2. Chile Crece Contigo

El Programa Chile Crece Contigo (ChCC) es un sistema de intervención de carácter intersectorial, ya que coordina múltiples servicios universales y garantizados con la finalidad de un desarrollo integral en los niños y niñas del país (González, 2014), siendo reconocido como un modelo de atención intersectorial por países de América Latina y el Caribe (Cunill-Grau, Fernández y Thezá, 2013; López, 2009). De acuerdo con la Ley n°20.379, este programa tiene como objetivo acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el Sistema Público de Salud desde su primer control de gestación hasta el término del primer ciclo básico (8 o 9 años). Por consiguiente, se pretende igualar las oportunidades en este proceso inicial de la vida, buscando promover las condiciones básicas necesarias, en el ámbito biológico, físico, psicológico y social de los infantes y su entorno (Minsal, 2016). Esto se debe a que los primeros años de vida son considerados los más significativos en la formación de toda persona, ya que hasta los cuatro años de edad se estructuran las funciones neurológicas esenciales de un individuo, como el

lenguaje, los hábitos y las habilidades sociales, control emocional y capacidades cognitivas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2010).

El programa está destinado a las familias con un ingreso hogar dentro del 60% más vulnerable de la población nacional, según lo determine la Ficha de Protección Social (Bedregal, et al., 2014). A su vez, cubre en su totalidad a aquellos niños que presentan alguna discapacidad física o psicológica (González, 2014). Según el Catálogo de Prestaciones del programa Chile Crece Contigo, los servicios de apoyo actúan desde la etapa prenatal, con la entrega de material educativo y el apoyo en el momento del nacimiento, detectando riesgos tempranamente y otorgando rápido acceso a prestaciones específicas, como visita domiciliaria, estimulación temprana y participación en talleres para madres, padres y cuidadores. Además, apoya a la familia y a la comunidad en donde los niños y niñas crecen, procurando un entorno amigable, inclusivo y acogedor, de acuerdo con las necesidades específicas de cada uno.

Es preciso mencionar que algunas prestaciones se despliegan desde los centros de salud, como por ejemplo, la entrega de la Guía de la gestación y el nacimiento, y los talleres de preparación al parto; mientras que otras, son entregadas directamente desde los hospitales. También, para los niños y niñas con algún grado de rezago o riesgo en su desarrollo, existe atención en las modalidades de estimulación (Salas de estimulación, Ludoteca, Atención domiciliaria de estimulación y el servicio itinerante de estimulación) (Minsal, 2016).

En las Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña menor de 6 años (Minsal, 2004), se establece que el control de salud con evaluación del desarrollo psicomotor se realiza mediante la aplicación de una escala de medición estandarizada en Chile. Su propósito es pesquisar a los niños que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor para trabajar junto con sus familias en acciones de recuperación, que contribuyan al logro del desarrollo normal. Entre ellas, se incluye la evaluación masiva del desarrollo psicomotor a todos los niños que se le realicen controles de salud a los 2 meses, 18 meses y 4 años de edad a través de los siguientes test de evaluación:

- Test: “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses” (E.E.D.P) de S. Rodríguez y cols.
- “Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años (TEPSI) de I.M. Haeussler y T. Marchant.

La evaluación es llevada a cabo por la enfermera y se registra mediante el protocolo del test, ficha clínica, tarjeta de prestación, hoja diaria, formulario mensual y carné de salud infantil.

En la Tabla 1, se presentan las categorías de resultados en la evaluación del desarrollo en el control de salud que establece el Ministerio de Salud en las Orientaciones Técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil a partir del Programa.

Tabla 1: Resultados en la evaluación del desarrollo en el control de salud.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
Normal	Niños(as) con test del desarrollo cuyo promedio total de puntaje y de todas

		las sub áreas arroja resultado normal.
Normal con Rezago		Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Normal, pero que en una o más de las sub áreas del test presentan la categoría de Déficit, ya sea riesgo o retraso.
Déficit	Riesgo	<p>Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Riesgo, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 1 desviación estándar bajo el promedio.</p> <p>Esta condición implica una considerable desviación del promedio por lo que debe recibir apoyo para el desarrollo.</p>
	Retraso	<p>Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Retraso, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 2 desviaciones estándar bajo el promedio.</p> <p>Esta condición implica una gran desviación del promedio, por lo tanto, se considera de mayor gravedad y debe recibir apoyo para el desarrollo y desviación a médico.</p>
Otra vulnerabilidad o Normal con riesgo biopsicosocial		<p>Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación del test de desarrollo la categoría Normal, pero presentan Riesgo Biopsicosocial, que podría alterar su normal desarrollo futuro.</p> <p>Esta condición implica una amenaza al desarrollo futuro, por la alta asociación que existe entre el o los riesgos detectados y resultados negativos en el desarrollo infantil. Por lo tanto, debe ingresar a modalidad para prevenir alteraciones en su desarrollo posterior.</p> <p>Para las modalidades con financiamiento FIADI (Fondo de Intervención de Apoyo al Desarrollo Infantil), se debe usar la Pauta de detección de riesgo biopsicosocial para ingreso a MADI (Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil).</p> <p>Para salas de estimulación en centro de salud, el uso de esta pauta es</p>

	opcional, pero de gran ayuda.
Test de desarrollo de uso actual: EEDP y TEPSI	

Fuente: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2012). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales*. [En Línea] desde <http://www.crececontigo.gob.cl>

De acuerdo con lo anterior, la importancia de la evaluación periódica radica en detectar oportuna y tempranamente el rezago, riesgo o retraso que podría tener el niño o la niña, y llevar a cabo una intervención oportuna que evite la cronificación del trastorno (Minsal, 2012). Es así como, en el marco de los objetivos sanitarios de la década (2011 - 2020), la disminución del rezago es una prioridad, ya que se considera que el desarrollo infantil temprano es un determinante importante para la salud y el resto del ciclo vital (Minsal, 2012). Por consiguiente, el programa Chile Crece Contigo busca aprovechar las ventanas de oportunidades que ofrece la primera infancia, permitiendo la atención oportuna de factores de riesgo (biológicos, psicológicos y/o sociales) y la detección e intervención temprana de rezagos (González, 2014), ofreciendo prestaciones garantizadas en todos los niveles de atención en salud, es decir, atención primaria, secundaria y terciaria. Para fines de este estudio, se dará énfasis al nivel primario de la salud.

1.2.1. Atención primaria de salud

La atención primaria de salud (APS), representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, constituyendo el inicio de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978). Según la Declaración de Alma-Ata, esta atención es la asistencia sanitaria primordial al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, a través de su total participación en todas las etapas

de su desarrollo y a un costo accesible para ellos y para el país. De acuerdo a lo anterior, es fundamental que la APS actúe como puente entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico (Zurro y Cano, 2010), mediante un enfoque que permita a la comunidad cumplir un rol preponderante en su propia salud, es decir, que considere a cada persona no solo como objeto de atención, sino como actores con la responsabilidad de conocer, participar y tomar decisiones (Kroeger y Luna, 1992).

En Chile, desde la década de los 90, el Ministerio de Salud ha promovido el desarrollo de centros de atención primaria basados en un modelo de salud familiar. Este modelo impulsa la instalación de un sistema de atención integral de salud, centrado en el individuo y su familia. Estos cuentan con equipos de profesionales de cabecera asignados a determinados grupos de la población usuaria con quienes se espera puedan realizar un trabajo colaborativo y participativo, cuyo fin sea favorecer el cuidado de salud de toda la comunidad (Montero y Dois, 2015).

El programa Chile Crece Contigo se articula con la Atención Primaria en Salud mediante componentes que se abordan desde el desarrollo prenatal hasta la infancia. Estos son el fortalecimiento del desarrollo prenatal, el fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña y, también, la atención de los niños/as en situación de vulnerabilidad. El primero, busca brindar una atención integral a las familias en situación de vulnerabilidad psicosocial, educar a la gestante y su pareja o acompañante significativo/a y, por último, el fortalecimiento de los cuidados prenatales. Lo anterior es llevado a cabo a través de guías de gestación, visitas domiciliarias, activación de redes, programas de apoyo al recién nacido/a y la detección de factores de riesgo psicosocial. El segundo, tiene como objetivo

fortalecer el control de salud del niño para el desarrollo integral y la realización de intervenciones educativas de apoyo a la crianza, por medio de visitas de salud madre-hijo, control del niño sano, seguimiento del desarrollo del niño y talleres de promoción temprana del desarrollo del lenguaje y motor. El tercero de ellos vela por el fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral, mediante la atención de salud del niño, visitas domiciliarias y salas de estimulación (Minsal, 2016).

Las prestaciones antes mencionadas son llevadas a cabo por distintos profesionales del área de la salud y de la educación, entre ellos: kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, educadoras de párvulos, terapeutas ocupacionales, educadoras diferenciales, especialistas en psicomotricidad y técnicos paramédicos (Minsal, 2012).

1.2.2 Fonoaudiólogo en la atención primaria en salud

Existe una escasa información teórica publicada que delimite el rol específico del profesional fonoaudiólogo en la atención primaria en salud (Duarte, Peña, Pragua y Rodríguez, s.f.). Este profesional desempeña su labor mayoritariamente en servicios de atención secundaria y terciaria, y en menor medida, en la atención primaria. En el último tiempo, este especialista se ha incorporado de manera progresiva a los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) vinculados a los Cesfam de las distintas comunas (Espinoza, Herrera y Venegas, 2014).

La atención primaria tiene un enfoque principal de promoción y prevención en salud en donde el rol del fonoaudiólogo está delimitado por los mismos principios, lo que se corrobora en estudios de otros países de Latinoamérica. A partir de una revisión de dichas investigaciones, se constata que, en promoción, se proponen acciones como: estimular para el adecuado desarrollo del lenguaje en niños, fomentar el autocuidado de la audición, estimular tempranamente estilos de vida saludables y mantener las habilidades comunicativas en el adulto mayor. En prevención, se pretende determinar posibles pérdidas auditivas en la población, detectar tempranamente las alteraciones del desarrollo auditivo y del lenguaje en el niño, evitar alteraciones del crecimiento del aparato estomatognático, evitar malos hábitos deglutorios en neonatos de alto riesgo y establecer la necesidad de implementar un sistema de comunicación aumentativa y/o alternativa en la población que lo requiera para mejorar su desempeño comunicativo en el entorno (Duarte, et al., s.f.).

En la actualidad, existe una alta prevalencia de trastornos en el lenguaje, en los que los niños presentan dificultades lingüísticas debido a que carecen de capacidades cognitivas, perceptivas, sensoriales o motoras necesarias para desarrollar esta habilidad (Owens, 2003). A partir de estudios sobre las patologías del lenguaje en la población infantil, se han descrito distintos cuadros clínicos de acuerdo con la semiología lingüística y no lingüística, lo que ha permitido distinguir dos grupos de trastornos: los específicos y los secundarios (Narbona y Chevie-Muller, 2003).

En el primer caso, el trastorno específico de lenguaje (TEL) se define como “un conjunto de dificultades del desarrollo del lenguaje verbal que no puede ser justificado por defectos instrumentales, auditivos, retraso intelectual, trastornos psicopatológicos o

deprivación sociocultural” (Owens, 2013). El TEL es uno de los trastornos de la comunicación oral más frecuente en niños preescolares, en donde incluso, estudios en nuestro país indicarían la presencia de TEL en el 4% de los niños entre 3 y 7 años (Villanueva, de Barbieri y Palomino, 2008). En el segundo caso, los trastornos secundarios del lenguaje presentan diferentes perfiles semiológicos que dependen de la patología de base, en donde si bien no existen estadísticas nacionales sobre su prevalencia, es posible estimar su presencia al identificar las principales enfermedades que generan dicho trastorno, tales como: discapacidad intelectual (9,0%), discapacidad auditiva (8,7%), discapacidad psíquica (7,8%), entre otros, según cifras nacionales (INE, 2004).

En estos cuadros se hacen evidentes las dificultades en la adquisición del lenguaje y la lecto-escritura, problemas conductuales y bajo rendimiento escolar, afectando no solo las áreas educacionales, sino también las sociales (Mendoza, 2001). Por esta razón, resulta relevante la incorporación del fonoaudiólogo en atención primaria, respaldada por políticas públicas y mayor inversión del gobierno (Molini-Avejonas, Mendes y Amato, 2010).

2. Determinantes Sociales de la Salud.

El derecho a la salud es parte fundamental de los Derechos Humanos y de lo que se entiende por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental no es nuevo; en el ámbito internacional, ya en el año 1946 se proclamó por primera vez la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no

solamente la ausencia de afecciones y enfermedad” (OMS, 1946 en OMS, 2008:1). En ella, también se afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2008:44).

Posteriormente, en la carta de Ottawa (1986), otro hito importante para la Salud Pública, se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, los recursos económicos adecuados, la alimentación, la vivienda, un ecosistema estable y el uso sostenible de recursos. El reconocimiento de estos pone de manifiesto la íntima relación entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud (Vidal, Chamblas, Zavala, Müller, Rodríguez y Chávez, 2014; OMS, 2010; Lalonde, 1974).

En Chile, la constitución regula el derecho a la protección de salud en el artículo 19 n° 9, imponiendo al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud (Zúñiga, 2011). Tanto en Chile como en el resto del mundo, se invierten esfuerzos para resguardar el acceso a la salud y su cumplimiento, velando por la superación de las inequidades que se manifiestan en los resultados en salud. Para ello, se hace necesario poner énfasis en los factores que influyen en esta, es decir, en los determinantes sociales de la salud (Espinoza y Cabieses, 2014; Zúñiga, 2011; Figueroa, 2013).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) abarcan elementos que intentan explicar la relación entre las desigualdades que se manifiestan en los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad y sus posibilidades para desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, escolarización, naturaleza del empleo, condiciones de trabajo, características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta, varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad. (Vidal, et al., 2014)

Los DSS son relevantes, porque repercuten directamente en la salud, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con la salud, e interactúan mutuamente en la generación de salud (OMS, 2008). Los DSS se definen en forma general como:

(...) las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, es decir, la distribución del poder, dinero y recursos. Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes de la salud incluyen situación socioeconómica, determinantes estructurales y determinantes intermedios (OPS, 2012).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2012), existen dos tipos de determinantes: los estructurales, que son propios de las características de cada ser humano desde su nacimiento y determinan las oportunidades de salud; y los intermedios,

que favorecen o disminuyen estas oportunidades en salud. Solar e Irwin (2007) plantearon un modelo de cómo los DSS influyen entre sí, e incluyeron otros factores como los contextos socioeconómico y político, por su incidencia en las desigualdades en salud y en bienestar.



Figura 1: Esquema de los determinantes sociales de la salud y sus subclasificaciones en determinantes estructurales e intermedios de la salud.

Fuente: Solar O, Irwin A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Los contextos socioeconómico y político abarcan un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, los cuales ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas. Incluye los mecanismos sociales y políticos que

generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas (OPS, 2012).

2.1. Determinantes sociales estructurales

El concepto de determinantes estructurales es definido por la OPS (2012), como:

(...) aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición económica de las personas. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos dadas por la posición social, género y acceso a la educación. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (OPS, 2012: s.p.).

A continuación, se definen aquellos factores que pertenecen a la categoría de determinantes sociales estructurales, entendiéndose como aquellos mecanismos de estratificación socioeconómica que configuran mejores o peores oportunidades para la salud. Se entregará una breve descripción de posición socioeconómica, género, etnia, ocupación y educación.

2.1.1. Posición socioeconómica

Existe suficiente evidencia a nivel mundial sobre la fuerte asociación entre el bajo nivel socioeconómico y el compromiso negativo del desarrollo infantil temprano (Torres y

Carvalho, 2014; Minsal 2008; Ávila-Rosas, Casanueva, Barrera, Cruz y Covadonga, 1988). Una situación de pobreza durante el embarazo puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo, debido a una cadena de circunstancias que pueden incluir carencias nutricionales durante el embarazo, estrés maternal, consumo de sustancias o asistencia prenatal insuficiente.

Reafirmando lo anterior, Suglia, Duarte, Chambers y Boynton-Jarret, describieron que las experiencias adversas presentadas en los primeros años de vida aumentan el riesgo de padecer enfermedades a través del ciclo vital, como por ejemplo, respiratorias, parasitarias y de salud mental. Dentro de las consecuencias de un desarrollo infantil en riesgo, destacan el estrés crónico del niño/a debido a una posición socioeconómica desfavorable. Este provoca una alteración en los circuitos neuronales y otros sistemas metabólicos que podría generar, eventualmente, trastornos de aprendizaje, de comportamiento, vinculares y físicos (en Martínez, Farías, Vergara y Vega, 2016).

Los distintos niveles socioeconómicos generan variaciones en los niños de un mismo rango etario, destacándose tres factores. El primero es la oportunidad de buscar metas, solucionar problemas y la motivación que existe para ello, lo que va a influir en el desarrollo del lenguaje. El segundo es específicamente lingüístico: en la medida que el niño se expone a diferentes situaciones, aprende a utilizar el lenguaje como control del pensamiento y como mecanismo de interacción social. El tercero tiene relación con el modelo de reciprocidad hacia el cual se orienta el niño, lo que esperan de él sus padres, sus amigos y la comunidad (Álvarez, 2009).

Según Jiménez y Ortega (2014), la reciente crisis económica presentada en diversos países desde el año 2008 tiene consecuencias en la salud, ya que se ve traducida en menores oportunidades de empleos, disminución en ingresos y reducción del nivel de educación. Esta premisa es respaldada por una investigación realizada en 2006 por la Universidad de las Naciones Unidas en donde se señala que, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud (en Álvarez, 2009). Es por esto, que la posición socioeconómica es considerada la variable más influyente de los DSS (Andraca, Pino de la Parra, Rivera y Castillo, 1998; Jiménez y Ortega, 2014; Álvarez, 2009; Marmot 2005; Prathanee, Thinkhamrop y Dechongkit, 2007).

2.1.2. Sexo

El sexo se define como una variable biológica y genética dependiente del aparato reproductor de cada individuo y que lo diferencia como hombre o mujer (Girondella, 2012). El sexo funciona como determinante social de la salud debido a su influencia en el establecimiento de jerarquías de trabajo, en la asignación de recursos y en la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a ellas, se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos fundamentales de protección social como son la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social (OPS, 2012).

En Chile, la brecha social entre hombres y mujeres aún es alta, tomando en cuenta la baja participación femenina en comparación con otras naciones. Esta situación se debe a diversos factores, entre los que se encuentran, principalmente, la diferencia de participación

laboral y la organización familiar tradicional (Cabieses, Bernales, Obach y Pedrero, 2016). A pesar de lo anterior, las diferencias entre sexos no siempre dan lugar a resultados favorables para los hombres (ECLAC, 2010; Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). Por ejemplo, los diferentes trastornos que afectan al desarrollo lingüístico se presentan predominantemente en hombres (García-Mateos, Mayor, de Santiago y Zubiauz, 2014). Uno de los más frecuentes es el trastorno específico del lenguaje (TEL), donde diversos estudios indican que tiene mayor prevalencia en niños que en niñas, con una relación 2:1 (Law, 1992; De Barbieri, Maggiolo y Alfaro, 1999; Mendoza, 2001; Prathanee, et al., 2007; Shriberg, Tomblin y Mcsweeny, 1999 en Villanueva, De Barbieri, Palomino y Palomino, 2008).

2.1.3. Raza y grupo étnico

La etnia se define como un grupo de personas que comparten una herencia cultural, es decir, antepasados comunes, hablan una misma lengua, comparten costumbres y practican la misma religión (Macionis, 2007). La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas (OPS, 2012). De acuerdo con la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) del año 2013, las personas pertenecientes a algún pueblo indígena presentan mayores índices de pobreza. Además, poseen altos índices de analfabetismo, los cuales aumentan en las zonas rurales; así como, mayores tasas de desocupación y bajas tasas de educación (Casen, 2013).

El ser de una raza en particular o pertenecer a un grupo étnico, incide directamente en el desarrollo psicomotor y en el aprendizaje general de los niños/as debido, principalmente, a la cultura o estilos de crianza a los que está asociada su comunidad (Winkler y Cueto, 2004). Por ejemplo, dependiendo de estos factores, se observa que las familias tienen mayor o menor interés por el crecimiento de sus hijos/as y preocupación ante retrasos en el desarrollo psicomotor, así como también, presencia o ausencia de refuerzos positivos hacia el niño/a, utilización de un léxico más o menos formal para conversar con los miembros del hogar, entre otras variables (Lybolt y Gottfred, 2003).

2.1.4. Acceso a la educación

El acceso a la educación se relaciona directamente con tres conceptos claves que engloban el derecho que poseen todos los niños a una educación óptima (Unicef, 2006). El primero de ellos es la educación libre, entendiéndose como aquella que ayuda a superar y liberar al hombre de su conciencia natural con el objetivo de potenciar una conciencia crítica del mundo (León, 2007). El segundo hace referencia a una educación gratuita, el cual se ve asociada al aseguramiento igualitario de oportunidades para garantizar que cada persona pueda optar a un establecimiento educacional sin restricciones (Redondo, 2007). El último se relaciona con una educación de calidad; la que, según Berquist (1995), es aquella que dirige exitosamente los recursos apropiados para alcanzar los resultados propuestos en concordancia con la misión y los valores de cada institución educativa (en Bondarenko, 2007).

Los datos probatorios indican que las desigualdades más graves, observadas en los niveles de educación por ingresos y por residencia urbana frente a residencia rural, dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa a sí mismo, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazo adolescente (ECLAC, 2010). La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen en el acceso a los servicios de salud, de manera que las familias con menos educación tienen peores resultados en salud (OPS, 2012).

En un estudio llevado a cabo por Valdés y Spencer (2011), se constató que aquellos niños y niñas que provienen de familias cuyos jefes de hogar presentan estudios superiores, obtienen puntajes altos en pruebas que miden el desarrollo psicomotor. Por el contrario, los que proceden de familias cuyos jefes de hogar no terminaron su educación básica, obtienen los puntajes más bajos. Estos resultados se explican por medio de evidencia teórica que demuestra que la baja escolaridad de los padres constituye un factor de riesgo para el desarrollo psicomotor de los niños (Lira, 1994 en Valdés y Spencer, 2011).

2.1.5. Ocupación.

La ocupación es la actividad que desempeña una persona para generar ingresos. Este determinante es muy sensible a cambios del entorno: los medios laborales evolucionan rápidamente producto de los cambios de la estructura productiva (Barozet, 2007). La ocupación se relaciona con la salud debido a tres pilares fundamentales: el grado de decisión y maniobra que la persona tiene sobre su trabajo, el soporte social que recibe para

su ejecución y la demanda psicológica que el oficio ejerce sobre el trabajador (Álvarez-Castaño, 2014). En cuanto al último aspecto, la OMS (2003) afirma que el estrés en el lugar de trabajo es uno de los principales factores que contribuyen a marcar diferencias del estatus social en la salud y la muerte prematura de las personas.

El desempleo de los cuidadores es un factor de riesgo para el desarrollo del niño o niña, pues se relaciona con el poder económico y adquisitivo, lo cual repercute directamente en la calidad de vida del núcleo familiar (Moreno, 2003; Jahoda, 1987). Los niños cuyos padres están sin empleo durante un tiempo prolongado suelen estar más deprimidos, son solitarios y desconfiados, suelen sentirse excluidos de sus compañeros, tienen baja autoestima y poseen menos capacidad para hacer frente al estrés (McLoyd, 1989 en Viguer y Serra, 1996; Unesco, 1984). De la misma forma, los trastornos del lenguaje influyen en las posibilidades de conseguir empleo. Un estudio, realizado en San Pablo, demostró que adultos que persistieron con dificultades comunicativas presentaban una tasa de desempleo mayor al 70% (Nieto, 2015).

2.2. Determinantes sociales intermedios

Según la OPS (2012), los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios para producir resultados en la salud. Estos últimos se distribuyen según la estratificación social y establecen las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud.

Las circunstancias psicosociales actúan como determinantes intermedios de la salud, ya que se vinculan con el estrés causado por las circunstancias de vida o relaciones estresantes, el apoyo y las redes sociales (Solar e Irwin, 2007). Por consiguiente, la familia y las relaciones entre ellas toman importancia, debido a que es la sustancial fuente de apoyo social de las personas y el principal contexto en el cual se desarrollan, mantienen y cambian los hábitos de salud (Morales, 2009; Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego, 2008; Unicef, s.f.). Los grupos familiares tienden a compartir patrones de alimentación, actividad física y uso de sustancias, además de estilos de vivencia y respuesta emocional frente a eventos estresantes, pudiendo desarrollar mecanismos de adaptación o desadaptación frente a las situaciones adversas que pudieran afectar su salud física y/o mental (Doherty y Campbell, 1988 en Montero y Dois, 2015; Herrera, 1997). Las experiencias en el hogar son cruciales para el desarrollo del lenguaje y el aprendizaje inicial, destacando las actividades de aprendizaje de forma regular, la calidad de la relación parental y el uso de materiales didácticos en forma conjunta (Tamis-LeMonda y Rodríguez, 2009; Pozo, Sarría y Méndez, 2006; Moré, Pelaéz, Bueno, Rodríguez y Olivera, 2005).

Los factores conductuales y biológicos son considerados también dentro de los determinantes intermedios, entre ellos están: herencia genética, nutrición, actividad física y consumo de tabaco, drogas y alcohol (Solar e Irwin, 2007). Estudios demuestran que la drogadicción materna durante el embarazo trae consigo una serie de repercusiones para el niño. Por ejemplo, en los recién nacidos de madres que consumen heroína durante el embarazo existe una disminución en el peso y la talla, lo cual también afecta el perímetro craneal, trayendo consigo dificultades en el desarrollo psicomotor. El síndrome alcohólico

fetal también tiene repercusiones similares, afectando el sistema nervioso, lo que se evidencia en anormalidades neurológicas y retardo en el desarrollo psicomotor, entre otros (Pruett, Waterman, Caughey, 2013; Ruoti, Ontano, Calabrese, Airaldi, Gruhn, Galeano, Espinosa y Gallo, 2009; Mena, Navarrete, Corvalán y Bedregal, 2000; González-Hachero y Martínez, 1999; Bell y Lau, 1995; Gallart, 1990).

Son considerados, además, dentro de estos determinantes, las circunstancias materiales, la cohesión social y el sistema de salud. Los primeros, corresponden a la calidad de la vivienda y del entorno en el que se reside, el entorno físico del trabajo y las posibilidades de consumo, es decir, los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc. El segundo, se refiere a la confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; y, por último, el tercero corresponde a la exposición y vulnerabilidad de los factores de riesgo y el acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas (Solar e Irwin, 2007; Valdivia, Sáez y Abadagal, 2016).

En síntesis, los determinantes sociales son aquellos factores que inciden directamente en la salud. Estos se clasifican en estructurales, tales como el sexo, la raza, la educación, etc.; y los intermedios, que engloban elementos como las circunstancias materiales, factores psicosociales, conductuales y biológicos, el sistema de salud y la cohesión social. Todos ellos influyen directa o indirectamente, no solo en la salud inmediata, sino también en el desarrollo de los individuos a lo largo de la vida, actuando como factores de riesgo o de protección desde la adquisición de las primeras destrezas

psicomotoras, como caminar, hasta el desarrollo de habilidades más complejas, como el lenguaje y la comunicación.

2.3. Determinantes sociales de la salud y adquisición del lenguaje

Los determinantes sociales actúan como factores de riesgo y como factores protectores en el desarrollo infantil, específicamente, del lenguaje. Según un estudio realizado por Bedregal, Hernández y de la Cruz (2010), los factores de riesgos son: alta incidencia de síntomas depresivos o depresión en los cuidadores principales de los niños/as, disfunción familiar, falta de compañía de un adulto significativo en rutinas como ver televisión o comer, baja participación en redes, sensación de inseguridad y desconfianza social. Mientras que, los factores de protección del desarrollo infantil son: nivel socioeconómico del hogar, participación en redes sociales por parte del cuidador principal, asistencia a jardín infantil, estabilidad del cuidador, disponibilidad de recursos para el juego y aprendizaje en el hogar, estimulación del cuidador principal y de la figura paterna.

Respecto a la influencia de los determinantes sociales en el desarrollo lingüístico, una investigación, en el marco de una tesis para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso (Rodríguez, Garcés y cols., 2016), evidenció que la presencia de un trastorno en el lenguaje ubica al niño en una posición de inequidad frente a aquellos que no poseen dificultades. Desde el modelo de DSS, esto implica que poseer dicho trastorno limita el desarrollo integral, disminuyendo las posibilidades de obtener éxito escolar, lo cual derivará en menores oportunidades para alcanzar un óptimo bienestar en la adultez. Los resultados del estudio mostraron una

correlación entre los resultados en el test de Apgar y los trastornos del lenguaje, indicando que la totalidad de la población estudiada con un puntaje \leq a 6, en los primeros 5 minutos de nacer, presentan un desorden lingüístico. Además, cabe destacar que, de la población que manifestaba un trastorno en el lenguaje, casi un cuarto de ella había obtenido una puntuación \leq a 6 en este test.

El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales (OMS, 2008). Por esto, los niños necesitan vivir en un entorno seguro, saludable, protector, acogedor y receptivo que favorezca su desarrollo. Los programas educativos y las escuelas también pueden desempeñar un papel esencial en el desarrollo de capacidades, como parte del contexto general que contribuye al desarrollo del niño. Esto ratifica la necesidad de poner énfasis en los primeros años de vida de un modo integral, comenzando con los programas de supervivencia infantil en curso y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo (OMS, 2008).

En definitiva, existe un impacto en el desarrollo general del niño, específicamente, en su crecimiento emocional, social y físico, determinando su futuro como adulto, por lo cual resulta importante invertir en políticas públicas de salud accesibles a todas las personas sin distinción de etnia, sexo, religión, etc. (OMS, 2008). La disminución del rezago es uno de los objetivos principales para la década 2011-2020, en donde el lenguaje es considerado

parte esencial del desarrollo infantil, por lo que debe ser abordado tempranamente (Minsal, 2012).

2.3.1. La adquisición del lenguaje

Se entiende como lenguaje, “(...) un código o combinación de códigos compartidos por una serie de personas, que es arbitrario, cuya función es representar conocimientos, ideas y pensamientos, y que se vale de símbolos gobernados por reglas” (Owens, 2006 en Jiménez, 2010: p.101). Asimismo, el lenguaje puede ser considerado como el instrumento que permite trasladar la experiencia social e individual a un sistema simbólico común para expresar ideas, sentimientos, conocimientos, entre otros, permitiendo la comunicación (Serra, Serrat, Solé, Bel y Aparici, 2016).

Debido a su relevancia para el ser humano, el proceso para la adquisición del lenguaje ha sido un tema central para las ciencias cognitivas, principalmente la psicología y la lingüística, las cuales han observado las particularidades del lenguaje para intentar explicar el desarrollo de este proceso (Serra, et al., 2016). A partir de ello, se han desarrollado diferentes teorías respecto a cómo se desarrolla el lenguaje en el ser humano (Navarro, 2003).

2.3.1.1. Teorías sobre la adquisición del lenguaje

Las principales teorías que abordan la adquisición del lenguaje son: conductismo, innatismo, cognitivismo y el enfoque sociocultural. La perspectiva conductista es propuesta

por Skinner, quien plantea que el desarrollo del lenguaje depende exclusivamente de los estímulos externos y que, por tanto, el lenguaje corresponde a respuestas que el niño aprende por condicionamiento operante (Devia, 2012). Por el contrario, la teoría innatista planteada por Chomsky establece que el lenguaje es un mecanismo genético y, por lo tanto, universal. Esto significa que la función lingüística no se aprende por imitación, refuerzos ni castigos, sino por características intrínsecas del ser humano (Jiménez, 2010). Por otro lado, Piaget toma una posición cognitiva al proponer que el lenguaje sería producto de la inteligencia, es decir, su desarrollo dependería del desarrollo cognitivo (Mayorga y Cervantes, 2012).

Por último, para efectos de esta investigación, resulta de especial relevancia la propuesta de Vygotsky, quien aborda la adquisición del lenguaje desde un enfoque sociocultural. Para este autor, el desarrollo humano se produce mediante procesos de intercambio y transmisión del conocimiento en un medio comunicativo y social, es decir, que la transmisión de los conocimientos de la cultura se realiza a través del lenguaje (Álvarez, 2010). Además, señala que las palabras dan forma al sistema de signos que llamamos lenguaje, el cual, lejos de ser estático y universal, es dinámico, cambiante y flexible. De aquí nace la idea de que el individuo desarrolla mecanismos mentales que le permiten entender y relacionarse con el ambiente social y cultural (Ríos, 2010).

2.3.1.2. Bases neurológicas de la adquisición del lenguaje.

El lenguaje es una expresión de los cambios generados a nivel del sistema nervioso central, dados por la estrecha relación entre factores genéticos y ambientales, los cuales

dicen relación con dos conceptos claves: maduración y aprendizaje (Fiuza y Fernández, 2014). El primer término, se entiende como la evolución biológica de un individuo de acuerdo a un “plan” que está contenido en los genes traspasados por los padres durante la concepción del bebé. El segundo, se refiere al proceso mediante el cual nuestras experiencias producen cambios relativamente permanentes en nuestros sentimientos, pensamientos y comportamiento (Minsal, 2012).

Durante el desarrollo de la infancia, existen ventanas de tiempo denominadas períodos críticos y periodos sensibles. Los primeros, corresponden a un momento privilegiado para el aprendizaje y desarrollo, en donde el cerebro del niño/a se encuentra altamente receptivo a los estímulos ambientales. Los segundos, se refieren a periodos de alta vulnerabilidad en los cuales, si el niño/a no recibe estimulación adecuada, el logro de habilidades y capacidades se compromete de manera significativa (Rodríguez, 2016).

En consecuencia, la falta de estimulación en los periodos críticos y sensibles de los primeros años de vida, producen alteraciones significativas en la cantidad y calidad de conexiones entre las neuronas. Esto se traduce en una menor capacidad del cerebro para funcionar adecuadamente según el rango etario del sujeto. No obstante, aún existe posibilidad de adquirir las habilidades, pero se requiere de intervenciones más intensas y especializadas ya que, debido a la plasticidad neuronal, el cerebro infantil tiene la capacidad para responder y reorganizar su estructura y/o funciones frente a alteraciones o daños que pudiese sufrir (Minsal, 2012).

A pesar de existir momentos o edades específicas para el desarrollo de ciertas habilidades, el ritmo del desarrollo individual mostrará variantes que son normales de encontrar. Esto ocurre debido a que las características individuales de cada niño o niña están determinadas por el entorno en el que se desenvuelve como, por ejemplo, el estilo de crianza, la estimulación recibida, la cantidad de hermanos, la zona geográfica donde se vive, entre otros (Raya, 2008).

En el proceso de adquisición del lenguaje, podrían presentarse dos fenómenos: retraso y trastorno. El retraso, como bien dice su nombre, hace referencia a un desplazamiento cronológico caracterizado por un vocabulario reducido y desarrollo básico de la morfosintaxis. Por lo general, en estos, se observa un lenguaje expresivo muy simplificado con cierta afectación del habla; sin embargo, aún existe la posibilidad de que evolucione hacia la normalidad. El trastorno, en tanto, siempre inicia con un retraso en la aparición de los hitos asociados, debiendo descartarse otras patologías que expliquen este enlentecimiento. Estos niños se caracterizan por presentar problemas severos en el desarrollo de la comprensión y/o expresión del lenguaje, que no se corresponden, solamente, con el retraso de éste, por lo que demandan una intervención de mayor intensidad y frecuencia, y tienen un pronóstico más incierto (Acosta, Moreno y Axpe, 2011; Moyle, Stokes y Klee, 2011; Mendoza, 2001).

Lo antes expuesto ha evidenciado una notoria asociación entre los DSS y la adquisición y desarrollo del lenguaje a lo largo del crecimiento y aprendizaje de los niños y niñas de 0 a 8 años. Esto justifica la necesidad de trabajar con ellos en etapas tempranas para obtener un diagnóstico precoz y, por ende, realizar un seguimiento temprano,

adecuado y acorde a las características de cada individuo para asegurar el éxito de la terapia (Barragán y Lozanos, 2011). Sin embargo, los estudios referidos a este tema son aún incipientes y solo se han realizado en poblaciones chilenas específicas, por lo que se requiere indagar para crear planes y programas concretos con el fin de ayudar a familias y niños que requieran de apoyo profesional.

METODOLOGÍA

En este capítulo, se abordará la metodología que se utilizó en la investigación. Se precisarán los contenidos de la siguiente forma: en primer lugar, se realiza el planteamiento del problema, donde se definirá la pregunta de investigación, el objetivo del estudio, la justificación, la viabilidad y la deficiencia en el conocimiento del problema. En segundo lugar, se plantearán los objetivos, tanto general como específicos. En tercer lugar, se mencionará el tipo de estudio; su enfoque, alcance y diseño. En cuarto lugar, describiremos la población de nuestra investigación, específicamente el tipo de muestreo, el tamaño de la muestra y los criterios de selección de ésta. Para finalizar hablaremos de: operacionalización de las variables, instrumento, técnicas de obtención de información, procedimientos y materiales.

1. Planteamiento del problema

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud implicados en las dificultades en la adquisición del lenguaje en niños y niñas de 0 a 8 años de edad en el centro de salud familiar de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017?

1.2 Objetivo de estudio

Este estudio pretende describir los determinantes sociales de la salud que se presentan con mayor frecuencia en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el centro de salud familiar de Algarrobo entre junio del 2016 y junio del 2017.

1.3 Justificación

Los determinantes sociales de la salud abordan elementos que intentan explicar las desigualdades que evidencian los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad, dicen relación con las posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud (Vidal, et al., 2014). Estos se destacan porque repercuten directamente en la salud, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con ésta, e interactúan mutuamente en la generación de salud (OMS, 2008).

Un estudio llevado a cabo por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2010, buscó medir en una determinada población chilena, qué determinantes actuaban como factores de riesgo y cuáles como factores protectores ante el desarrollo infantil en una determinada población chilena, en el contexto del sistema Chile Crece Contigo. Los resultados encontrados mostraron que, específicamente, en cuanto al desarrollo de los niños, existía un retraso importante en el área de la comunicación o lenguaje, relacionado con factores de riesgo como la alta incidencia de síntomas depresivos o depresión en los cuidadores principales de los niños/as, la disfunción familiar, la falta de compañía de un

adulto significativo en rutinas como ver televisión y comer, y factores psicosociales como la baja participación en redes, sensación de inseguridad y desconfianza social. En cambio, fueron observados como factores protectores, el nivel socioeconómico del hogar, la participación en redes sociales por parte del cuidador principal, la asistencia a jardín infantil, la estabilidad del cuidador, la disponibilidad de recursos para el juego y aprendizaje en el hogar, la estimulación del cuidador principal y de la figura paterna, y la presencia de problemas de salud del niño. Los últimos factores condicionan la presencia de retraso en el desarrollo (Bedregal, et al., 2010).

En Algarrobo, y en otras comunas inscritas en el Cesfam de dicho lugar, existe una alta prevalencia de niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje, así como también con otro tipo de patologías (Cesfam de Algarrobo, 2016). Indudablemente, en el contexto biopsicosocial de cada niño o niña, se presentan una serie de determinantes que actúan como factores de riesgo o protectores, condicionando o potenciando el éxito escolar. A pesar de las condiciones descritas con anterioridad, no se ha realizado un estudio desde la mirada de salud pública que relacione las dificultades en la adquisición del lenguaje y los factores de riesgo biopsicosociales.

El Cesfam de la comuna de Algarrobo lanzará un proyecto piloto de atención primaria sobre dificultades en la adquisición del lenguaje con un enfoque de salud pública, por lo que la información recogida en esta investigación servirá como base al proyecto. Esto ayudará a tener un catastro de los niños/as con dificultades en la adquisición del lenguaje que se podría generar por diversos factores, entre ellos, la incidencia de los determinantes sociales dentro de dicha población.

1.4 Viabilidad

La investigación contó con la autorización de la directora del Cesfam de Algarrobo, lo que permitió acceder a datos recopilados por el fonoaudiólogo Pablo Rodríguez, profesional de dicha institución hasta agosto del 2017 y autor principal de esta investigación (ANEXO 1). Asimismo, se tuvo el consentimiento informado de los cuidadores a cargo de los niños y las niñas que se atendieron en este lugar.

1.5 Deficiencias en el conocimiento del problema

El conocimiento de este tema llevó a una revisión bibliográfica profunda y detallada que, en la actualidad, no se encuentra con especificidad, como se menciona en el estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Aun menor es la información publicada acerca del rol del fonoaudiólogo desde una mirada de salud pública, por lo que se hizo necesario investigar sobre este tópico.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir los determinantes sociales de la salud en los niños y niñas con dificultades en la adquisición lenguaje del centro de salud familiar de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los determinantes sociales estructurales, es decir, sexo, posición socioeconómica, etnia, educación y ocupación, en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje del Cesfam de Algarrobo.
- Identificar los determinantes sociales intermedios, es decir, circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y sistema de salud, en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje del Cesfam de Algarrobo.

3. Tipo de estudio

3.1 Enfoque

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el enfoque es cuantitativo, ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y en análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Las etapas de una investigación cuantitativa tienen un orden riguroso, es decir, cada etapa precede a la siguiente. En el caso de esta investigación, se utilizó este enfoque debido a que los datos fueron numéricos y se procesaron a través de técnicas estadísticas para describir patrones de comportamiento en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el Cesfam de Algarrobo en el año 2016.

3.2 Alcance

La investigación utilizó un alcance de tipo descriptivo donde, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Se eligió este alcance para describir los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios, en niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el centro de salud familiar de la comuna Algarrobo en el año el año 2016.

3.3 Diseño

La investigación es de tipo no experimental ya que, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), este corresponde a estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Dentro del diseño no experimental, la investigación que se llevó a cabo fue de tipo transversal, puesto que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Por último, dentro del diseño transversal, se escogió el de tipo descriptivo, ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

En la investigación, se describieron los determinantes sociales tanto estructurales como intermedios involucrados en las dificultades en la adquisición del lenguaje. Estas variables no fueron manipuladas por los investigadores, ya que solo se observaron estas

dificultades en los niños y niñas atendidos en el Cesfam de Algarrobo. Además, el diseño es transversal, pues las variables ya nombradas fueron medidas en un momento específico, en este caso, desde junio del 2016 hasta junio del 2017.

4. Población

Niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje que se atendieron en el Cesfam de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017.

4.1 Muestra

Niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje que viven en la comuna de Algarrobo, que se atendieron en el Cesfam de dicha comuna, desde junio del 2016 hasta junio del 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.1.1 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es no probabilístico o dirigido, ya que corresponde a un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. En cuanto al diseño muestral, existen diferentes tipos y, en el caso de esta investigación, es más bien homogénea, pues las unidades a seleccionar tenían un mismo perfil o características, o bien, compartían rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social. En el caso

de esta investigación, las unidades con perfiles fueron las dificultades en la adquisición del lenguaje en los niños y niñas atendidos por el fonoaudiólogo en el Cesfam de Algarrobo.

4.1.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra que se calculó fue de 56 niños y niñas, con un error de muestreo del 0,05 y un nivel de confianza del 95% (ANEXO 2).

4.1.3 Criterios de selección de la muestra

- **Criterios de inclusión**

- Tener edad de 0 a 8 años
- Ser atendidos en el Cesfam de la comuna de Algarrobo.
- Estar diagnosticado con retraso en el lenguaje o con trastorno de este.

- **Criterios de exclusión**

- No ser atendidos exclusivamente por el Cesfam.
- Presentar alteraciones en la adquisición de lenguaje sin un diagnóstico conocido a la fecha del año estadístico, es decir, desde junio del 2016 hasta junio del 2017.

5. Operacionalización de variables

Tabla 2: Operacionalización de los determinantes sociales estructurales.

DIMENSIÓN 1			
Determinantes sociales estructurales			
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	POSIBLES RESPUESTAS
Nivel socioeconómico	Medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas (Vera, O. 2013)	Ingreso familiar mensual aproximado (quintil):	<ol style="list-style-type: none"> 1. \$0-\$74.969 2. \$74.970-\$125.558 3. \$125.559-\$193.104 4. \$193.105-\$352.743 5. \$352.744 o más
Grupo étnico	Grupo étnico: identificación de una colectividad humana a partir de antecedentes históricos y un pasado común, así como de una lengua, símbolos y leyendas compartidos (Torres, E. et al. 2007)	Pertenece a grupo étnico	<ol style="list-style-type: none"> 1. No pertenece 2. Si pertenece <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Mapuche 2.2. Aymara 2.3. Otra.
Sexo	Variable biológica y	Sexo del niño/a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer

	genética dependiente del aparato reproductor de cada individuo y que lo diferencia como hombre o mujer (Girondella, 2012).		2. Hombre
Educación	<p>Crianza, enseñanza y doctrina que se da a los niños y a los jóvenes (RAE, 2017).</p> <p>La educación es un fenómeno que todos conocemos y que hemos vivido (...), de tal forma que, sin su concurso, no podríamos hablar del ser humano (Luengo, 2004).</p>	Acceso a educación:	<p>1. No</p> <p>2. Si</p> <p>2.1. Básica incompleta</p> <p>2.2. Básica completa</p> <p>2.3. Media (humanidades) incompleta</p> <p>2.4. Media (humanidades) completa</p> <p>2.5. Técnico superior incompleta</p> <p>2.6. Técnico superior completa</p> <p>2.7. Técnico profesional incompleta</p> <p>2.8. Técnico profesional completa</p> <p>2.9. Universitaria incompleta</p> <p>2.10. Universitaria completa</p>
Empleo	Ocupación u oficio (RAE, 2016).	Empleo actual:	<p>1. No</p> <p>2. Si</p>

Tabla 3: Operacionalización de variables de los determinantes sociales intermedios

DIMENSIÓN 2			
Determinantes sociales intermedios			
Circunstancias materiales	Calidad de la vivienda y del entorno en el que se reside; las posibilidades de consumo, es decir, los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.; y el entorno físico del trabajo (Solar, et al, 2007).	¿Cuenta con vivienda?	1. No 2. Si 2.1. Propia 2.2. Allegado 2.3. Arriendo 2.4. Ocupa
		Material de construcción (estructura)	1. Concreto 2. Madera 3. Adobe 4. Ladrillo orgánico 5. Género 6. Paja
		¿Cuenta con paredes?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con techo?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con ventanas?	1. No 2. Sí 2.1. 1 a 5 2.2. 6 o más

		¿Cuenta con puerta de acceso principal?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con revestimiento del pavimento?	1. No 2. Si 2.1. Cerámica 2.2. Alfombra 2.3. Madera 2.4. Maya
		¿Cuenta con baño?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con cocina?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con cama?	1. No 2. Sí
		¿Cuenta con piezas o dormitorios?	1. No 2. Si 2.1. 1 a 2 2.2. 3 o más
Circunstancias psicosociales	Factores de tensión, estrés por las circunstancias de vida o relaciones estresantes, el apoyo y	Conflicto familiar:	1. No 2. Sí
		Conflicto laboral:	1. No 2. Si

	las redes sociales (Solar, et al, 2007).	Inseguridad laboral:	1. No 2. Si
		Estrés del cuidador:	1. No 2. Si
Factores conductuales y biológicos	Factores relacionados con la nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol, incluyendo, además, los factores genéticos dentro de los factores biológicos (Solar, et al, 2007).	Alimentación saludable (balanceada):	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Nunca
		Consumo de frituras:	1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Nunca
		Actividad física:	1. No 2. Si
		Consumo de sustancias:	1. No 2. Si 2.1. Tabaco 2.2. Alcohol 2.3. Marihuana 2.4. Otros
		Antecedentes de enfermedades hereditarias:	1. No 2. Sí

		Antecedentes de enfermedades crónicas:	1. No 2. Si
Cohesión social	Confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad (Solar, et al, 2007).	Participación en organizaciones sociales:	1. No 2. Si
Sistema de salud público	Organismo público encargado de otorgar cobertura de atención tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.	Tramo de Fonasa al que pertenece el/la niño/a:	1. A 2. B 3. C 4. D

6. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, el cual se conformó de preguntas cerradas que abordaban diferentes aspectos cuantificables de los determinantes sociales de la salud, entre ellos: sexo, posición socioeconómica, etnia, educación, ocupación,

circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y sistema de salud. Específicamente, el cuestionario constó de 30 preguntas distribuidas en 2 apartados, “Determinantes Estructurales de la Salud” (5 preguntas) y “Determinantes Intermedios de la Salud” (25 preguntas), destinadas a responderse en un tiempo total de 15 minutos (ANEXO 3).

Este instrumento fue sometido a juicio de expertos, es decir, una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, “(...) que son reconocidas por otros como expertos cualificados en este ámbito, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010: 304). Los profesionales participantes tendrán la misión de llevar a cabo una validación de contenidos de la encuesta, entregando información cualitativa en un cuestionario escrito en el que cada uno ellos deberá responder de manera individual. Como criterio de selección para los jueces, se optó por cuatro profesionales del área de la salud con estudios de posgrados de salud pública o en educación, experiencia en docencia universitaria y en la intervención de niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje. Los profesionales que conformaron el juicio de expertos fueron:

- Andrea Sempe Rojas: Fonoaudióloga, Licenciada en Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso. Magíster en educación con mención en currículum por competencia de la Universidad Santo Tomás. Actualmente, es docente del curso “Trastornos de la comunicación I y II” de la Universidad Bernardo O’Higgins.

- Rodrigo Pérez Pérez: Fonoaudiólogo, Licenciado en Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Candidato a Magíster en salud pública de la Universidad de Chile. Actualmente, se desempeña en la Escuela Diferencial E-791 de San Bernardo, Santiago. Además, forma parte del cuerpo docente de la carrera de la Fonoaudiología en la Universidad de las Américas.
- Daniel Larenas Rosa: Fonoaudiólogo, Licenciado en Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Alumno de Magíster en salud pública de la Universidad de Chile. Actualmente, forma parte del cuerpo docente de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile.
- Felipe Calderón Canales: Matrón, Licenciado en Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso. Alumno de Magíster en salud pública de la Universidad de Chile. Actualmente, se desempeña en Cefam Marcelo Mena y es docente en la línea de intervención comunitaria de la Universidad de las Américas.

7. Técnicas de obtención de la información

Inicialmente, el diseño de obtención de datos contempló la aplicación de la encuesta de manera presencial, pues el investigador principal de este proyecto formaba parte del equipo profesional de Cefam de Algarrobo. Posteriormente, debido a razones de salud, el fonoaudiólogo no continuó trabajando en el recinto. Es por este motivo que, asegurando la factibilidad de contactar y tomar la muestra, se decidió por utilizar la técnica de una

entrevista telefónica a los cuidadores de niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el Cesfam de Algarrobo en el año 2016.

8. Procedimientos

Antes de proceder con la investigación, se solicitó la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Para ello, se hizo entrega del formulario denominado “Anexo N°20”. Además, se contó con la autorización de la directora del Cesfam de Algarrobo, quien firmó un documento que aprueba la selección de la muestra de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Paralelo a esto, se procedió a la validación del instrumento a través del juicio de expertos en salud pública. Luego de este, se confeccionó nuevamente el instrumento agregando preguntas y modificando su estructura para, posteriormente, realizar la prueba piloto. Esta se llevó a cabo gracias a la colaboración de cinco tutores de niños y niñas que cumplieran los criterios de inclusión de la muestra, atendidos en el centro de atención fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (Cafuv), a quienes se les aplicó la encuesta para verificar la atingencia de las preguntas y el fácil acceso a ellas.

Una vez obtenida la aprobación, se procedió a realizar la difusión a los cuidadores de los niños y niñas que se atienden en el Cesfam de Algarrobo, por medio de llamadas telefónicas realizadas por el fonoaudiólogo de dicho establecimiento e investigador principal, con el objetivo de informar acerca de la investigación. Posteriormente, se efectuó

el contacto con ellos por vía telefónica para invitarlos a responder, voluntariamente, la encuesta. Una vez que el participante comprendió a cabalidad lo descrito en el consentimiento informado y entregó su aprobación, se procedió a aplicar el instrumento. Cada participante firmó, de manera presencial, el consentimiento informado, en el cual se detalló que los resultados serían confidenciales. En el caso de no estar de acuerdo con lo descrito en el documento, se dio la posibilidad de no participar en la investigación sin perjuicio alguno, sin embargo, esta alternativa no sucedió en ninguno de los casos.

Para analizar la información, se construyó una base de datos en el software Microsoft Excel 2010. Estos análisis estadísticos consistieron en: tablas univariadas y bivariadas, y gráficos, tales como sectores barras (verticales y horizontales), barras agrupadas y segmentadas.

9. Materiales

- Lápices
- Planillas
- Formato de respuesta
- Computador Flgo. Pablo Rodríguez (MacBook Air)
- Computador tesistas (3): ASUS EeeBook X205TA; HP Pavilion Sleekbook 14; Lenovo G40-30.

RESULTADOS

En este capítulo, se entregan los datos obtenidos de los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios, mediante la encuesta realizada a los cuidadores de niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el Cesfam de Algarrobo en el año 2016. En primera instancia, los datos fueron sometidos a estadística descriptiva, la que se expone mediante gráficos y tablas. Para facilitar la lectura, inicialmente, se presentan los resultados obtenidos con relación a los determinantes sociales estructurales y, posteriormente, a los intermedios. Se calculó un tamaño muestral de 56 individuos inicialmente, sin embargo, por motivos de tiempo, recursos económicos y distancia geográfica, se concretaron 32 niños y niñas para la muestra.

1. Determinantes sociales estructurales

Se presentan los resultados de los determinantes sociales estructurales, los cuales fueron obtenidos mediante 5 preguntas. Estos determinantes son: nivel socioeconómico, grupo étnico, sexo, nivel de educación y empleo.

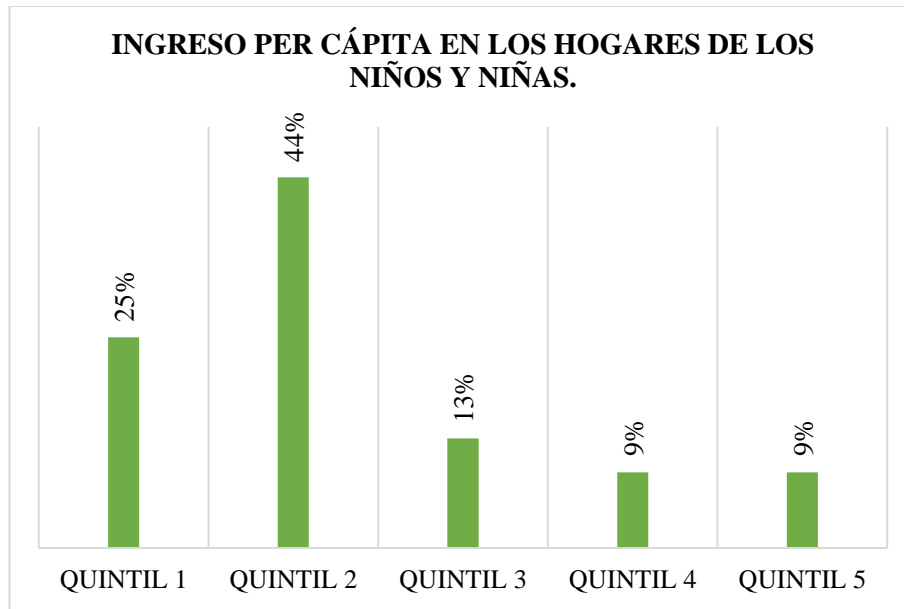


Figura 2: Resultados del nivel socioeconómico según el ingreso *per cápita* de los niños y niñas.

En la figura 2, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo con el nivel socioeconómico. La unidad de medida utilizada para caracterizar el ingreso mensual *per cápita* fue el quintil. Como se observa, 14 de los encuestados refiere pertenecer al segundo quintil, el que corresponde a las familias con un ingreso mensual *per cápita* entre \$74.970 pesos y \$125.558 pesos. En tanto, 8 señalan encontrarse en el primer quintil; 4, en el tercer quintil; 3, en el cuarto quintil; y los 3 restantes, en el quinto.



Figura 3: Resultados de la pertenencia a grupo étnico en los cuidadores de los niños y niñas.

En la figura 3, se muestran los resultados obtenidos sobre la pertenencia a un grupo étnico por parte de los cuidadores de los niños y niñas participantes de la muestra. De los participantes, 30 dicen no pertenecer a ningún grupo étnico, y solo 2 de ellos refieren ser parte de la comunidad Mapuche.

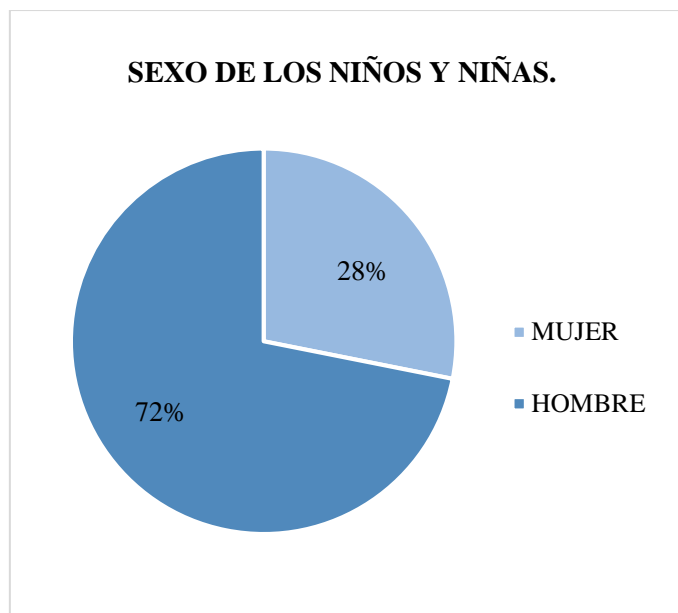


Figura 4: Resultados de la prevalencia del sexo hombre/mujer en los niños y niñas.

En la figura X, se muestra la distribución de la muestra según el sexo de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. 23 de ellos son hombres y 9, mujeres.

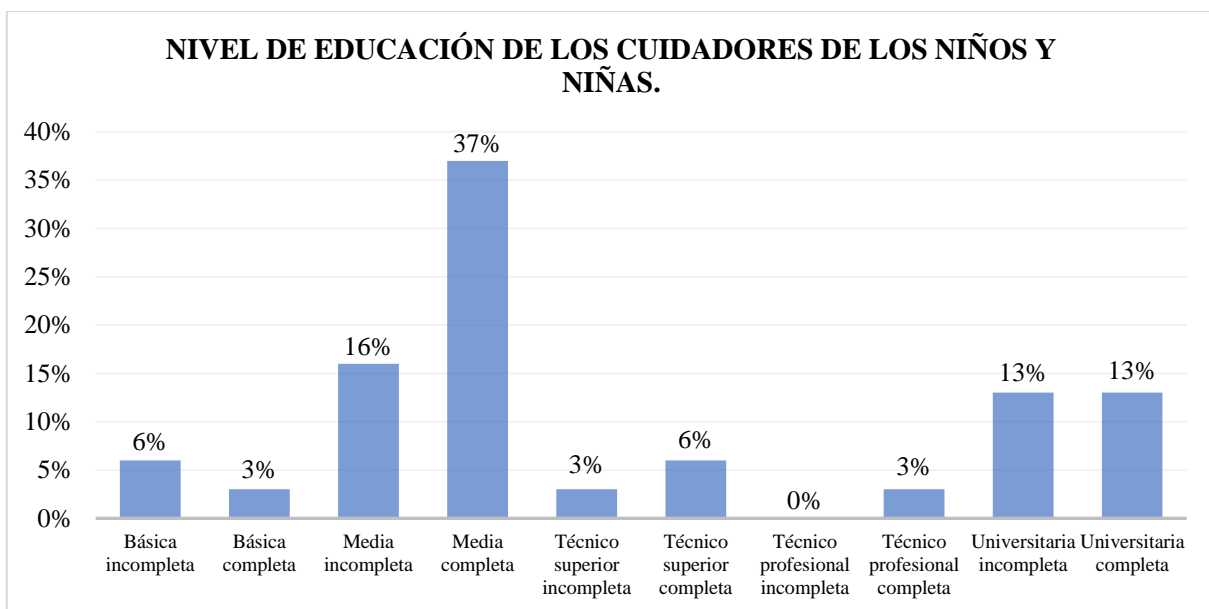


Figura 5: Resultados del nivel de educación de los cuidadores de los niños y niñas.

En la figura 5, se presenta el nivel de educación de los cuidadores de los niños y niñas encuestados. De estos, 2 no han completado sus estudios de Enseñanza Básica y solo 1 posee Enseñanza Básica Completa. En el nivel de estudios secundarios, 5 de los encuestados no finalizó esta etapa en Formación Científico-Humanista y 1, en Técnico-Profesional; mientras que 12 y 2 sí completan dichos niveles, respectivamente. 9 individuos de la muestra cursan estudios superiores: 1 Técnico Profesional de nivel superior completa, 4 Universitaria incompleta y 4 Universitaria completa.

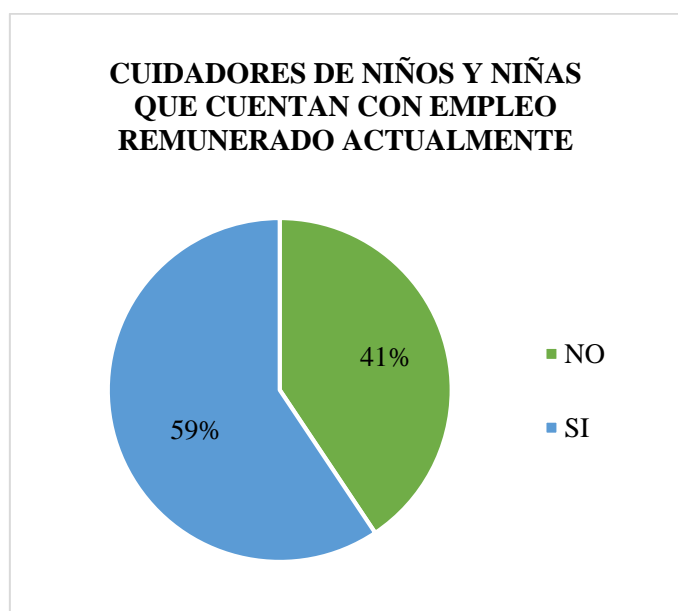


Figura 6: Resultados de la empleabilidad de los cuidadores de los niños y niñas.

En la figura 6, se muestra la distribución de la muestra según la empleabilidad actual de los cuidadores. De los encuestados, 19 refieren contar con un trabajo actual, mientras que 13 de ellos no se encuentran trabajando.

2. Determinantes sociales intermedios

Los siguientes resultados se obtuvieron a partir de 25 preguntas acerca de los determinantes sociales intermedios, que hablan acerca de las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y sistema de salud.

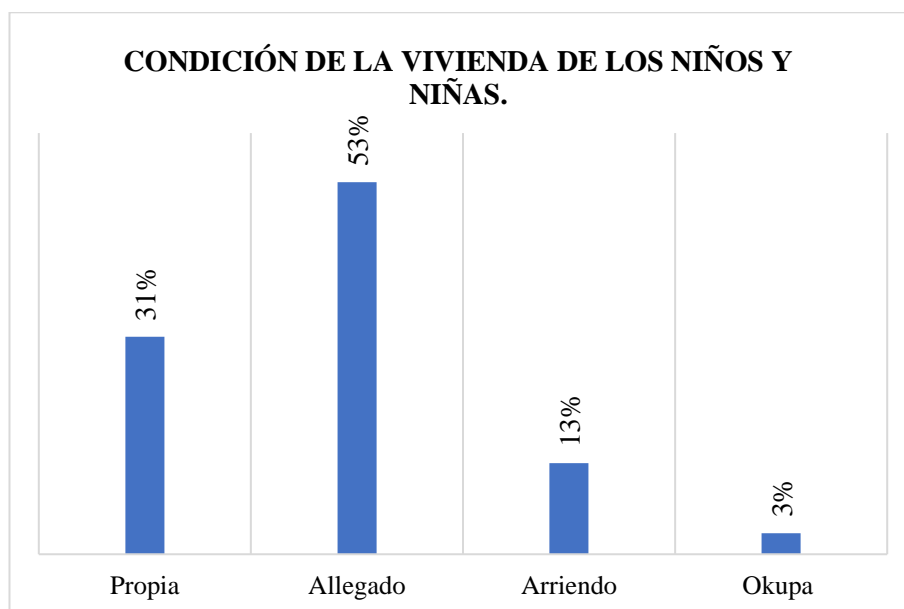


Figura 7: Resultados de la condición de la vivienda de los niños y niñas.

En la figura 7, se observa la condición de la vivienda de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. En los resultados obtenidos, se muestra que 10 cuentan con vivienda propia, 17 viven como allegado, 4 pagan arriendo y 1 se encuentra en calidad de okupa.

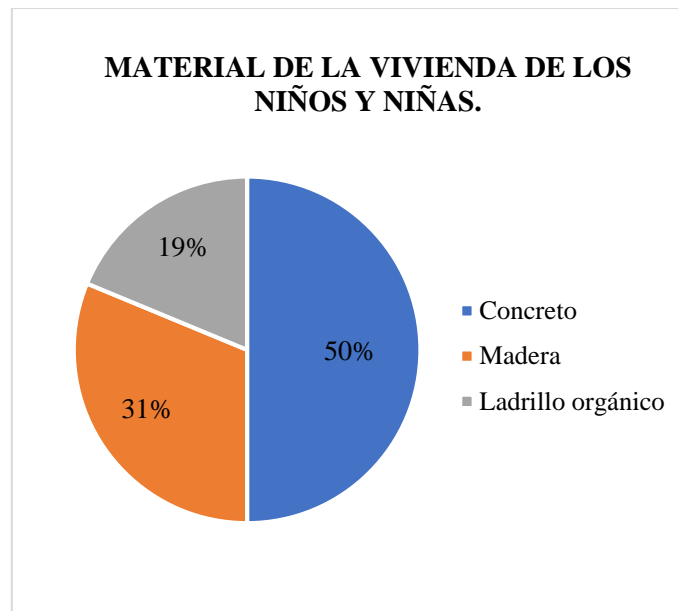


Figura 8: Resultados del tipo de material principal de la vivienda.

En la figura 8, se muestra el material de construcción principal de la vivienda de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. De los participantes de la muestra, 16 indican que la vivienda está construida, sustancialmente, de concreto; 10 de madera; y los 6 restantes, de ladrillo orgánico.

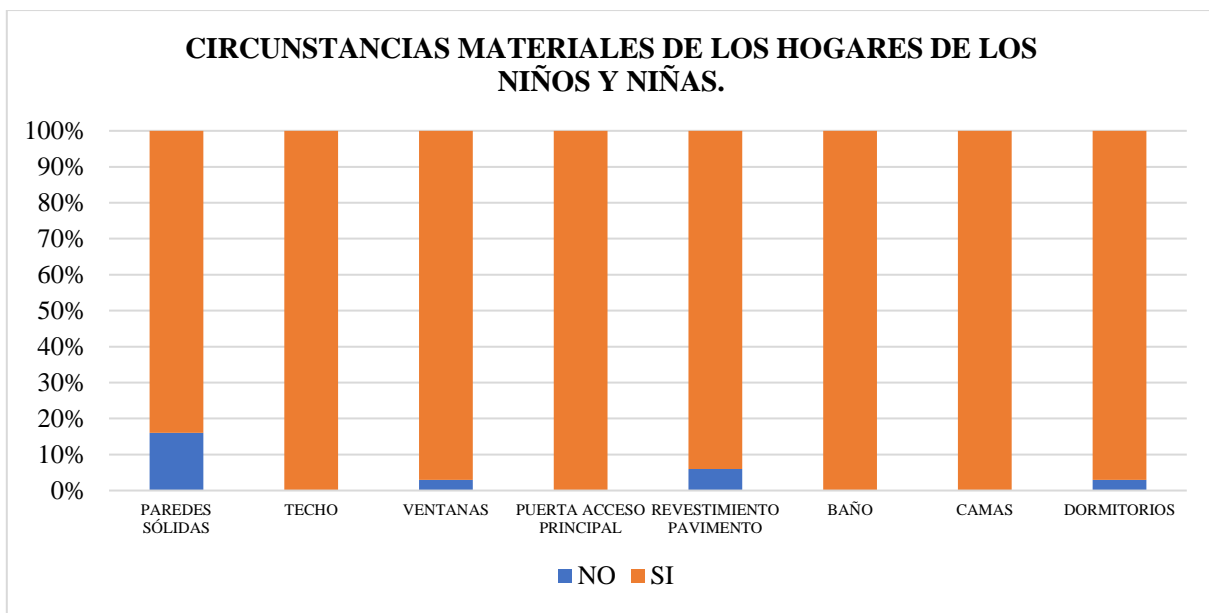


Figura 9: Resultados de las circunstancias materiales de los hogares de los niños y niñas.

En la figura 9, se observa la distribución de la muestra respecto a las circunstancias materiales de los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. Los 32 encuestados refieren que su vivienda tiene techo, puerta de acceso principal, baño y, al menos, una cama. En tanto, 27 participantes del estudio indican que su vivienda posee paredes sólidas; 31, que esta tiene ventanas; 30, que cuenta con revestimiento en el pavimento de su vivienda; y 31, que poseen al menos un dormitorio.

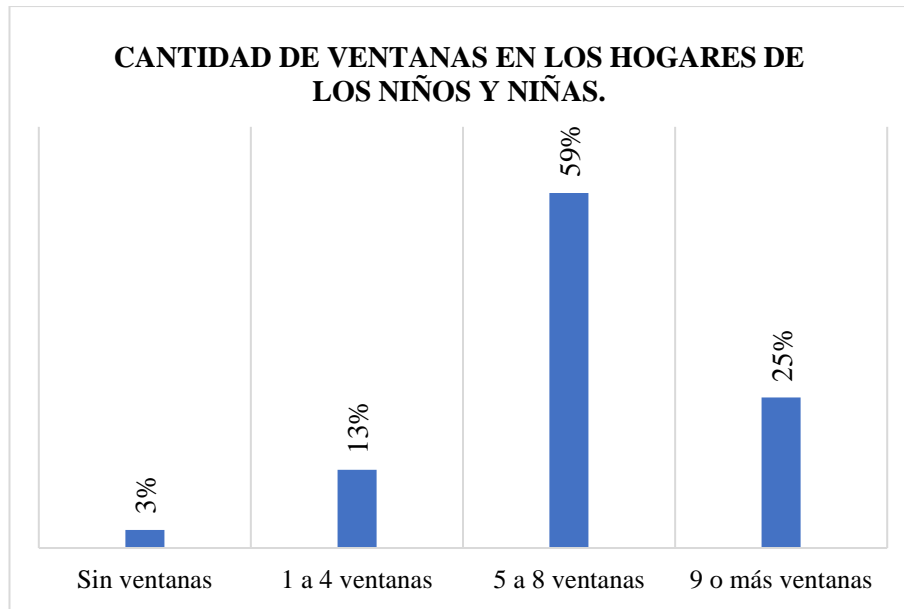


Figura 10: Resultados de la cantidad de ventanas en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 10, se muestra la cantidad de ventanas en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. De los 31 encuestados que señalaron poseer ventanas en su vivienda, 4 indican tener 1 a 4; 19, 5 a 8; y 8, 9 o más. Solo 1 participante señala no tenerlas.

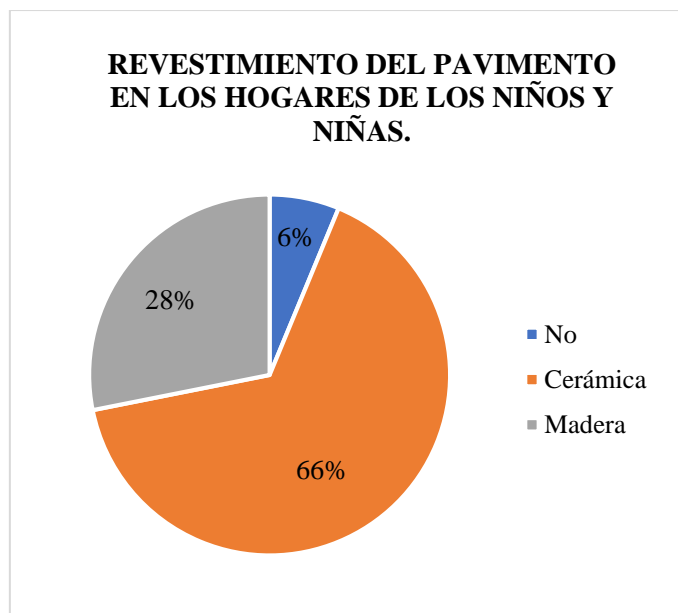


Figura 11: Resultados del tipo de revestimiento del pavimento en las viviendas de los niños y niñas.

En la figura 11, se grafica el tipo de revestimiento del pavimento en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. 21 indican poseer un revestimiento de cerámica; 9, de madera; y 2 señalan no tener ningún tipo de revestimiento en el pavimento de su vivienda.

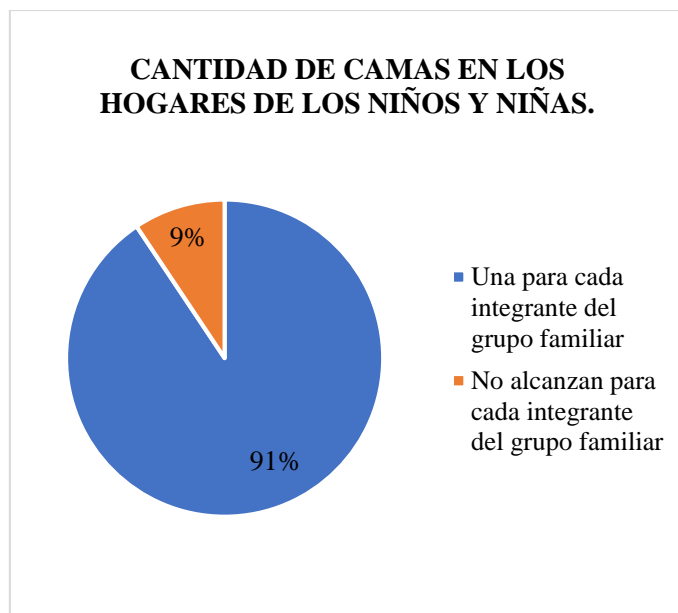


Figura 12: Resultados de la cantidad de camas en los hogares de los niños y niñas..

En la figura 12, se presentan los resultados de la cantidad de camas en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. 29 individuos de la muestra señalan que en su vivienda existe una cama para cada integrante del grupo familiar, mientras que 3 indican que la cantidad de camas no alcanza para cada integrante del grupo familiar.

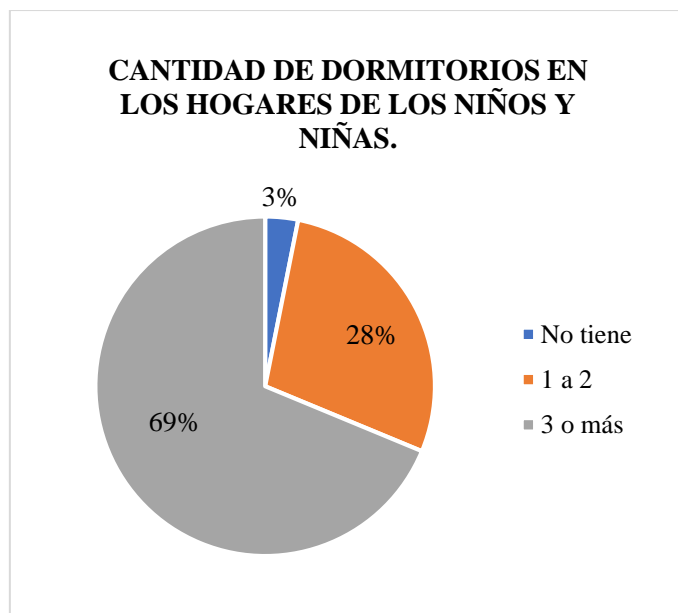


Figura 13: Resultados de la cantidad de dormitorios en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 13, se indica la cantidad de dormitorios en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. De los participantes del estudio, 10 señalan que en su vivienda existen 1 a 2 dormitorios; 22, que 3 o más; y, 1 de ellos, que en su hogar no hay dormitorios.

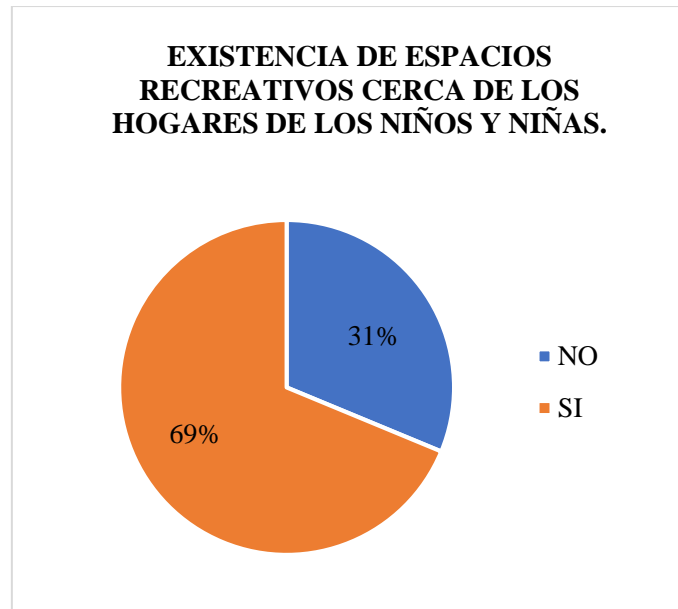


Figura 14: Resultados de la existencia de espacios recreativos cerca de los hogares de los niños y niñas.

En la figura 14, se observan los resultados acerca de la existencia de espacios recreativos cerca de los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. 22 de ellos indican que sí cuentan con espacios recreativos, como plazas, juegos o canchas deportivas en los alrededores de su vivienda; mientras que el resto no cuenta con estos espacios.

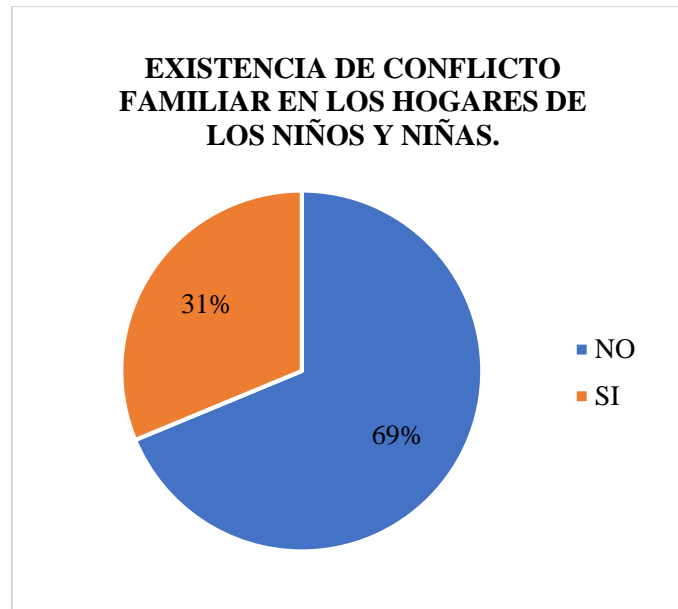


Figura 15: Resultados de la presencia de conflictos familiares.

En la figura 15, se muestran los resultados de la existencia de conflicto familiar en los hogares de los niños y niñas a partir de lo referido por el cuidador. De los encuestados, 22 refieren que en su hogar no hay conflictos familiares, ya sean económicos, de salud o de convivencia; mientras que 10 manifiestan que en su hogar sí existe alguna clase de conflicto familiar.



Figura 16: Resultados de la presencia de conflicto laboral por parte del cuidador.

En la figura 16, se grafican los resultados acerca de la percepción de conflicto laboral por parte del cuidador de los niños y niñas. De los encuestados que refirieron actualmente tener un empleo remunerado, 18 informan que no perciben ningún tipo de conflicto en sus lugares de trabajo, mientras que solo 1 refiere sí percibirlos.



Figura 17: Resultados de la percepción de inseguridad laboral por parte del cuidador.

En la figura 17, se muestran los resultados acerca de la percepción de inseguridad laboral por parte del cuidador de los niños y niñas. De los encuestados que refirieron actualmente tener un empleo remunerado, 18 refieren que no perciben inseguridad en sus puestos de trabajo, en tanto 1 de ellos informa sí percibirlos.

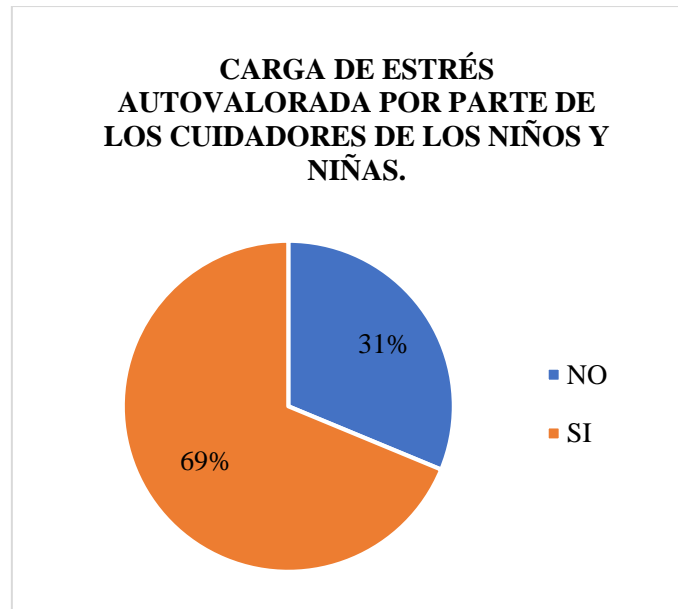


Figura 18: Resultados de la percepción de estrés por parte del cuidador.

En la figura 18, se muestra la distribución de la muestra acerca de la autopercepción de estrés del cuidador. 22 encuestados afirman percibir una importante carga de estrés, mientras que los 10 restantes señalan no poseerla.

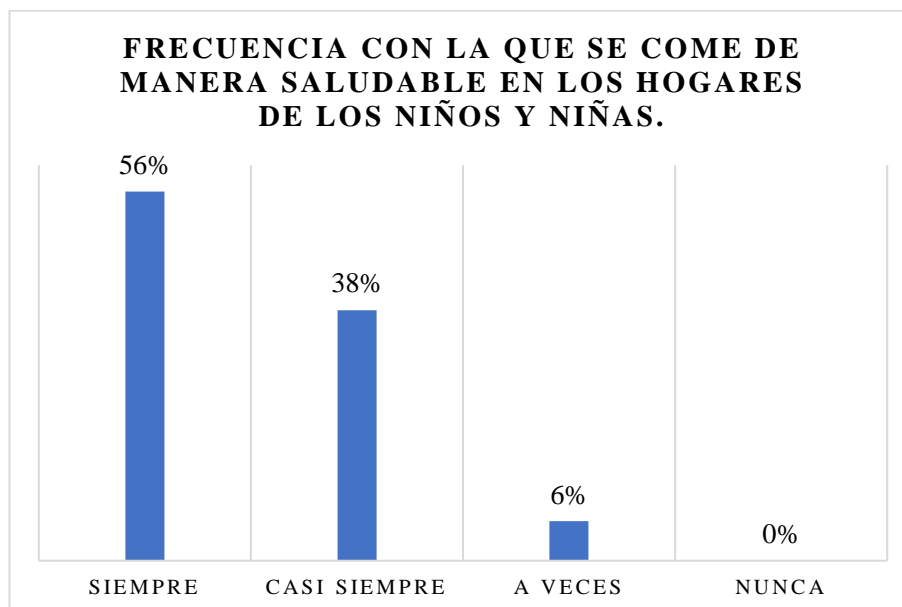


Figura 19: Resultados de la alimentación saludable en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 19, se muestra la distribución de la muestra de acuerdo con la frecuencia con la que se alimentan de manera saludable. De los encuestados, 18 refieren que en su hogar siempre se come saludablemente, 12 dicen hacerlo casi siempre y 2 señalan que lo realizan solo a veces.

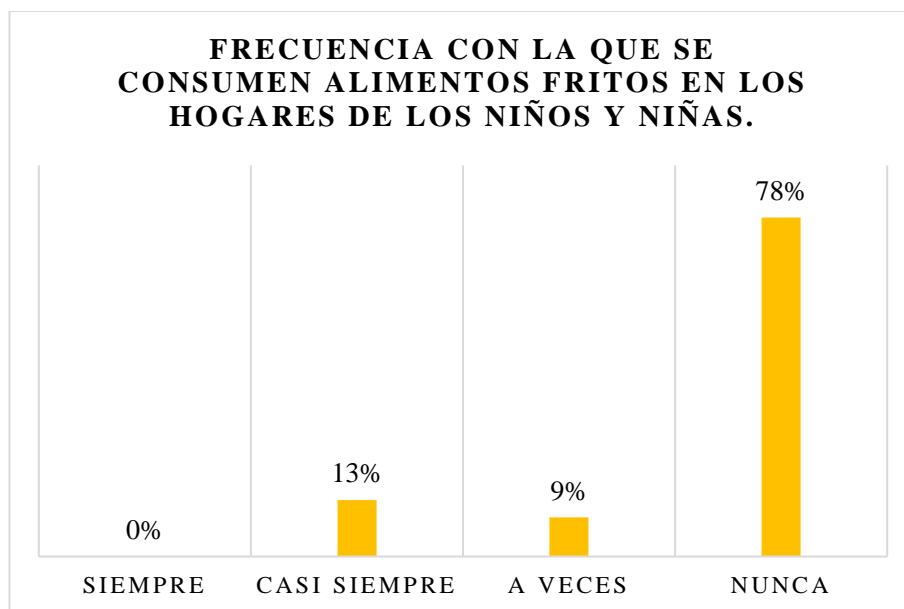


Figura 20: Resultados del consumo de frituras en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 20, se presenta la frecuencia con la que se consumen alimentos fritos en los hogares de los niños y niñas de los cuidadores encuestados. De los participantes, 25 sujetos indican nunca consumir este tipo de alimentos; 3, a veces; y 4, casi siempre. Ninguno de los encuestados refirió comer este tipo de alimento de forma regular (siempre).

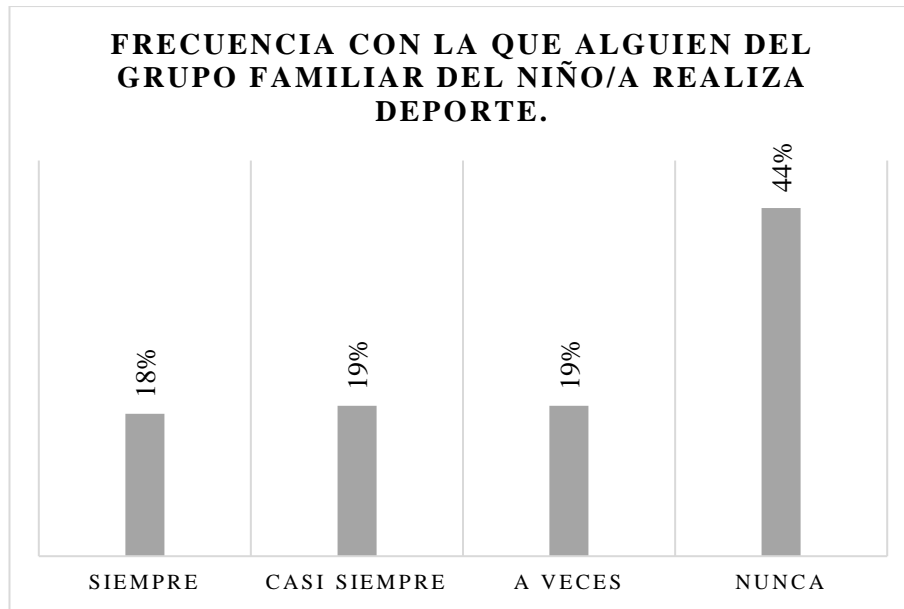


Figura 21: Resultados de la realización de actividad física por parte de al menos un integrante del grupo familiar.

En la figura 21, se presenta la frecuencia con la que algún integrante del grupo familiar del niño o la niña a cargo del cuidador encuestado realiza deporte. 14 individuos de la muestra indican nunca hacer deporte, mientras que 18, sí realizan algún tipo de actividad física. Dentro de este último grupo, 6 hacen deporte a veces; 2, casi siempre; y 6, siempre.

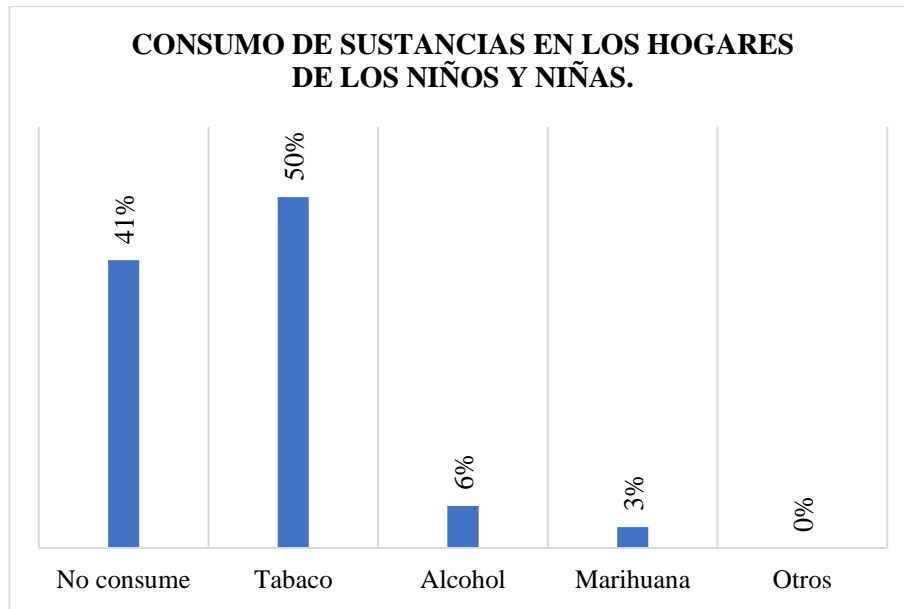


Figura 22: Resultados del consumo de sustancias en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 22, se grafican los resultados del consumo de sustancias en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. De la muestra, 13 sujetos indican no consumir ningún tipo de sustancias, mientras que los 19 restantes, sí lo hacen. Dentro del total de la muestra que señala consumir algún tipo de sustancia, 16 consumen con mayor frecuencia tabaco, 2 prefieren el alcohol y 1 indica que consume mayormente marihuana.

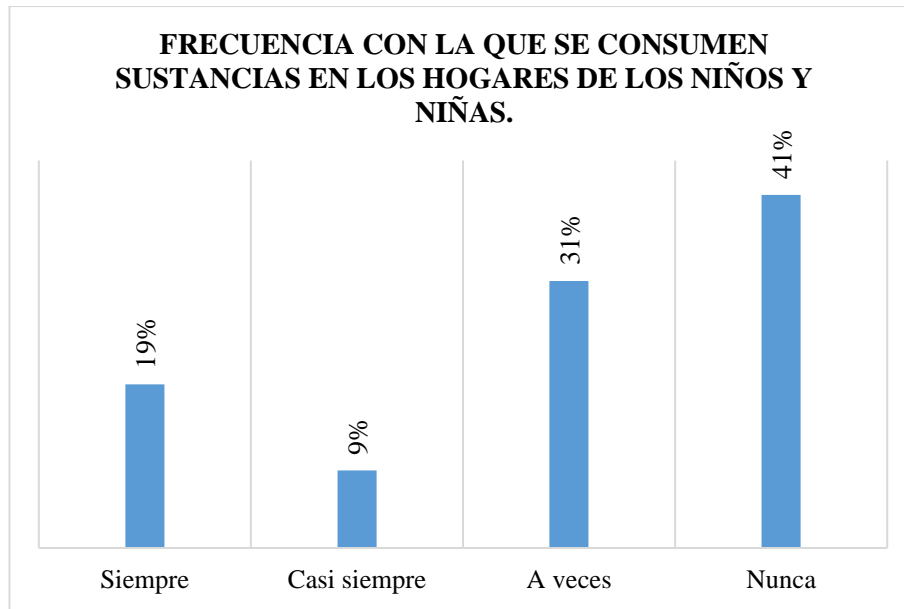


Figura 23: Resultados de la frecuencia del consumo de sustancias en los hogares de los niños y niñas.

En la figura 23, se muestran los resultados de la frecuencia con la que se consumen sustancias en los hogares de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. De los participantes de la muestra, 6 indican que siempre consumen sustancias, ya sea tabaco, alcohol o marihuana; 3, casi siempre; y 10, a veces. En tanto, 13 sujetos de la muestra señalan nunca consumir sustancias.

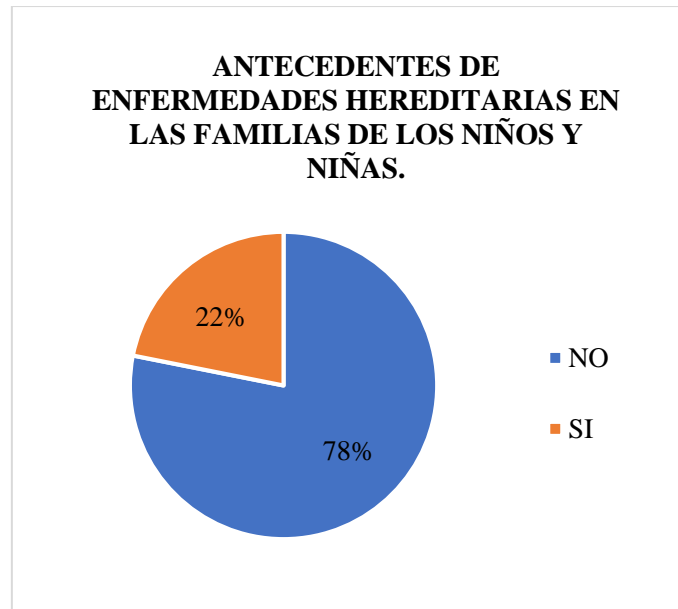


Figura 24: Resultados de la presencia de antecedentes de enfermedades hereditarias en las familias de los niños y niñas.

En la figura 24, se grafica la presencia de antecedentes de enfermedades hereditarias en las familias de los niños y niñas a cargo de los cuidadores encuestados. 25 sujetos indicaron que no existen antecedentes de enfermedades hereditarias en el grupo familiar, mientras que 7 refirieron tenerlos.

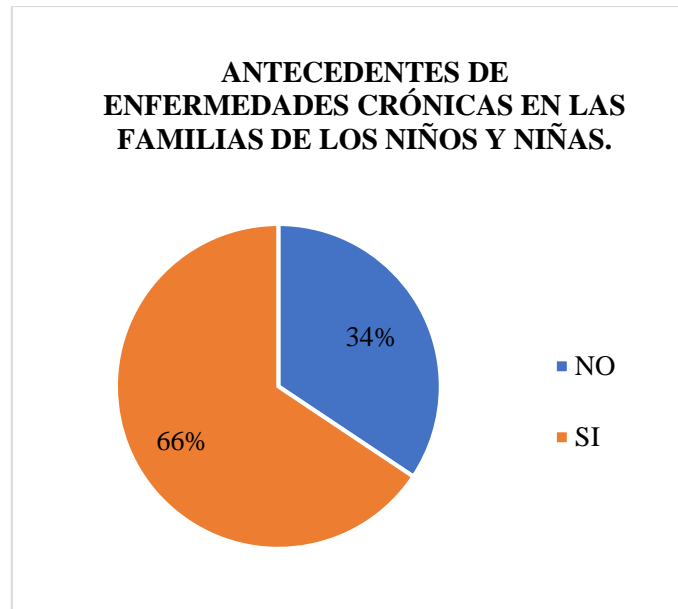


Figura 25: Resultados de la presencia de antecedentes de enfermedades crónicas en las familias de los niños y niñas.

En la figura 25, se muestran los resultados de los antecedentes de enfermedades crónicas en las familias de los niños y niñas de los cuidadores encuestados. De los cuidadores, 21 refieren que en la familia del niño/a existen antecedentes de enfermedades crónicas, tales como, diabetes, hipertensión arterial, hepatitis C, entre otras; mientras que los 11 restantes señalan no presentarlas.



Figura 26: Resultados de la participación en organizaciones sociales por parte del cuidador.

En la Figura 26, se presenta la distribución de la muestra según la participación de los cuidadores en organizaciones sociales. De los encuestados, 26 sujetos refieren no participar de ninguna actividad, mientras que 6 sujetos dicen sí hacerlo.

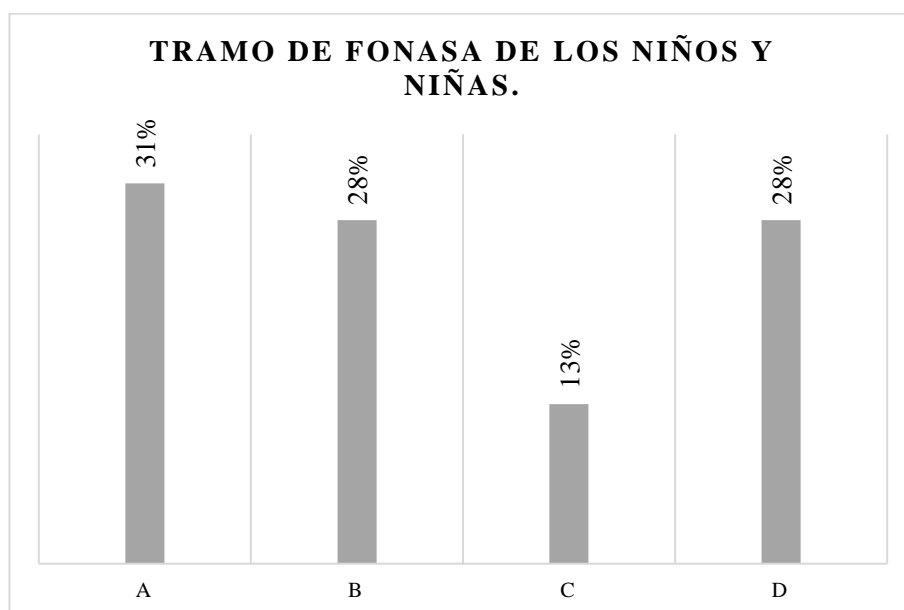


Figura 27: Resultados de clasificación por tramos del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

En la figura 27, se muestra la distribución de la muestra según el tramo de Fonasa de cada niño y niña a cargo de los cuidadores encuestados. Según lo señalado, 10 de los niños y niñas pertenecen al tramo A; 9, al tramo B; 4, al tramo C; y 9, al tramo D.

DISCUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha descrito el modelo de determinantes sociales de la salud como aquel enfoque que centra a la persona con todas sus características no modificables, las cuales se proyectan hacia los estilos de vida del individuo y se encuentran influenciados por las redes sociales y comunitarias en las que él y su grupo familiar está inserto. A su vez, estas características están condicionadas por otros factores tales como la educación, el ambiente laboral, las condiciones de vida, el empleo, el acceso a servicios básicos, la calidad de la vivienda y los servicios de atención en salud. Todos estos influyen la adopción de estilos de vida saludables, sobre todo en los niños que requieren de ellos para un desarrollo integral (Vidal, et al., 2014). Es por esto, que el objetivo de nuestra investigación fue describir los determinantes sociales tanto estructurales como intermedios en los niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el Cefam de Algarrobo.

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados, obtenidos mediante la aplicación de una encuesta telefónica a cuidadores de niños y niñas de 0 a 8 años de edad con dificultades en la adquisición del lenguaje que se atiendan en el Cefam de Algarrobo, a partir de la comparación con otras investigaciones nacionales e internacionales. Inicialmente, se expone el análisis de las variables que componen los determinantes sociales estructurales, entre ellos, nivel socioeconómico, sexo y empleo. Posteriormente, se presenta la interpretación de los determinantes intermedios, como circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y el sistema de salud.

Al consultar por el nivel de ingreso, se encontró que casi la mitad de los encuestados pertenecen a los estratos sociales más bajos, específicamente, al segundo quintil, que corresponde a un ingreso mensual *per cápita* entre \$74.970 y \$125.558 pesos. Otro dato relevante obtenido, es que un cuarto de la muestra dice pertenecer al primer quintil, es decir, poseen ingresos mensuales *per cápita* de máximo \$74.969 pesos. Estos resultados se encuentran por debajo de lo establecido según el plan de salud 2017-2018 de la comuna de Algarrobo, donde se señaló un ingreso promedio de los hogares de \$600.000 pesos. Si bien este estudio se refiere al ingreso total que reciben mensualmente las familias y no del *per cápita*, podemos extrapolar los datos obtenidos con nuestra encuesta calculando un ingreso promedio familiar de \$500.000 pesos (Cesfam Algarrobo, 2016).

Los resultados obtenidos concuerdan con un estudio previo cuyo objetivo fue levantar y analizar información sobre el desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos en el contexto del programa Chile Crece Contigo (Bedregal y cols, 2010). En este estudio, se analizaron los datos de una muestra de 1.705 niños y niñas con un rango etario entre 30 y 48 meses a lo largo de todo el país. Un 66,2% declaró ingresos familiares entre los \$100.000 y \$300.000 pesos, lo cual es concordante con los datos encontrados en nuestro estudio.

Las implicancias que podría traer un bajo nivel socioeconómico en el desarrollo integral del niño han sido estudiadas por diversos autores (Bedregal, et al., 2014; Minsal, 2008; Ávila-Rosas, et al, 1988). De igual modo, esto se respalda, además, por una investigación de las Naciones Unidas (2006) en donde se concluye que, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades

y problemas de salud. Es decir, cuando se ven disminuidos los ingresos económicos, las oportunidades de una persona se ven reducidas e interferidas, lo que impide llevar una óptima vida social y productiva, así como también limita el acceso a la atención en salud (en Álvarez, 2009).

Extrapolando los estudios mencionados a las dificultades en la adquisición del lenguaje de niños y niñas, se ha evidenciado que el ingreso socioeconómico actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de las habilidades lingüísticas, debido a que limita las capacidades de acceso a sistemas de salud y las oportunidades para el óptimo desarrollo de esta población. En nuestra investigación, lo anterior se hace notorio, ya que gran parte de la muestra de niños y niñas con estas dificultades en la adquisición del lenguaje, pertenece a estratos socioeconómicos bajos.

La variable sexo también fue relevante en este estudio, ya que el 72% de la muestra corresponde a hombres. Es importante mencionar que, según el plan de salud comunal (Cesfam Algarrobo, 2016), la población masculina (50,7%) es levemente mayor a la femenina (49,2%), lo cual pudiese explicar los hallazgos encontrados en nuestra investigación. Sin embargo, estudios de carácter internacional han observado una prevalencia de los trastornos del lenguaje en hombres de 2:1 (Prathanee, et al., 2007). Es así como los hallazgos obtenidos concuerdan con esta información, ya que, la proporción encontrada entre hombres y mujeres es de 2,5:1 respectivamente.

De esta forma, el sexo presenta una inequidad en salud, ya que, la literatura expone que, a nivel mundial, los hombres presentan una mayor prevalencia de ciertas

enfermedades, tales como trastornos de conducta, sueño y eliminación; además, su esperanza de vida es menor en comparación a las mujeres (Cabieses, et al., 2016; Aláez, et al., 2000). A pesar de lo anterior, son escasas las políticas públicas enfocadas en el grupo masculino y muy pocas incluyen un enfoque de género que analice las necesidades específicas de estos. Por lo tanto, el gran desafío en salud masculina es lograr visibilizar los problemas de salud de los hombres, no importando la etapa del curso de vida en que se encuentre, incorporando un enfoque de género en el análisis del proceso de salud y enfermedad de la población masculina.

En cuanto al determinante estructural de empleo, se recabó que el 59% de los cuidadores contaba con un empleo remunerado al momento de la realización de la encuesta. Del plan de salud 2017-2018 del Cefam de Algarrobo (2016), se desprende que, si la encuesta hubiese sido realizada en la estación de verano, el porcentaje de empleo sería mayor, debido al incremento del flujo de turistas, que trae consigo aumento de la oferta laboral, de la actividad inmobiliaria y del comercio. Estos resultados difieren con los obtenidos en la investigación nacional realizada por Bedregal y cols. (2010), en la que el 23,8% de los cuidadores principales trabajaba por ingresos, mientras que la mayoría se dedicaba a quehaceres del hogar.

El desempleo repercute directamente en el núcleo familiar, ya que la disminución de los ingresos genera una mayor carga estresora tanto sobre el sostenedor del hogar como de quienes dependen de él. De igual modo, restringe las oportunidades de acceso a diferentes servicios, e incluso puede conducir a problemas de nutrición. Además, se ha comprobado que, a mayor tiempo de desempleo, se puede ver afectado el rendimiento escolar de niños y

niñas por factores estresores (Jahoda, 1987). La Unesco (1984), en el compendio 18 sobre el desarrollo del niño en la primera infancia, informa que el empleo de la madre pudiese traer consecuencias negativas, como, por ejemplo, disponer de menos tiempo para cuidar al niño, incluso para amamantarlo y la falta o la baja calidad de la estimulación, con repercusiones en el desarrollo de niños y niñas.

No cabe duda de que el empleo trae consigo múltiples beneficios, entre los que cuentan mayores ingresos; acceso a diversos servicios de salud, educación y recreación; estabilidad emocional y familiar en cuanto a lo económico; entre otros. Sin embargo, la cantidad de horas y esfuerzo dedicado al empleo pudiese traer consecuencias en las relaciones familiares y en el desarrollo del niño, por lo que sería relevante determinar cuántas horas de trabajo remunerado le dedica día a día el cuidador, lo cual puede ser estudio de futuras investigaciones.

Dentro de los determinantes sociales intermedios, al analizar los hallazgos encontrados en la variable de circunstancias materiales de la vivienda, se evidenció que el material más frecuente es el concreto (52%), seguido de la madera (30%) y el ladrillo orgánico (18%). Además, el 100% de los encuestados indica que su vivienda tiene techo, puerta de acceso principal, baño y, al menos, una cama. En tanto, el 97% señala que su vivienda cuenta con ventanas; el 94%, con revestimiento en el pavimento de su vivienda; y el 97%, al menos un dormitorio.

Lo anterior concuerda con los datos entregados por el boletín temático “viviendas y hogares” del INE en Abril de 2013, en donde se señala que, de un total de 3.589 viviendas

construidas en Algarrobo, 61% son propias pagadas (en PLADECO, 2013). En cuanto al tipo de material, el 53,9% de las viviendas cuenta con tabique forrado por ambas caras, 34,2% son de albañilería y 1,6% están constituidas de materiales más antiguos tales como adobe, quincha o pirca. Además, según lo mencionado por el plan de desarrollo comunal de Algarrobo 2017-2020 (2017), del total de viviendas encuestadas en el CENSO 2012, ninguna presenta materiales precarios o de desecho. En cuanto a la existencia de espacios recreativos cerca de las viviendas, el 70% de los cuidadores indica que sí cuenta con plazas, juegos o canchas deportivas, mientras que el 30% menciona no contar con estos espacios.

Lo antes mencionado es relevante para las investigaciones en salud, ya que esta no sólo depende de la medicina en sí. Marc Lalonde (1975) propone el modelo de los campos de la salud, en donde afirma que la prestación de servicios de atención y la inversión en tecnologías y tratamientos médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población, sino que influyen múltiples factores, tales como el estilo de vida, servicios de salud, factores biológicos y ambientales. Según la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas (OMS, 2010), es sustancial ver la salud desde este enfoque y aplicarlo a las distintas políticas existentes, entendiendo además la necesidad de incorporarla a todos los niveles del gobierno: local, regional y nacional, para avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad.

Según Valdivia, Sáez y Abadagal (2016), las condiciones de vivienda se relacionan íntimamente con la calidad de vida de cada persona, por ejemplo, con la confortabilidad de un buen descanso y la consolidación del estado vigilia-sueño en la infancia temprana. Se ha comprobado, que un trastorno del sueño durante esta etapa genera un retraso en el

neurodesarrollo, afectando funciones cognitivas superiores, como lo es el lenguaje, pero que frecuentemente pasan inadvertido por los médicos. Lo anterior se fundamenta por dos mecanismos principalmente: en primer lugar, el procesamiento de la memoria que se requiere para un adecuado aprendizaje temprano del lenguaje puede verse afectado por la pobre consolidación del sueño; y, en segundo lugar, el aprendizaje, un sistema de alta complejidad, puede verse impactado por un sistema regulador de baja complejidad como lo es el sueño. Por consiguiente, la madurez de los ciclos de vigilia-sueño ofrecen al niño la habilidad de regular los procesos de atención y lenguaje durante la interacción social, por lo que aquellos que logran una consolidación temprana del sueño, adquieren un lenguaje superior que aquellos que no lo logran. Por lo mismo, es necesario que la vivienda de los niños y niñas cuente con las condiciones materiales adecuadas para que se desarrolle de forma segura y confortable.

Otra variable estudiada fue la frecuencia con la que alguien del grupo familiar realiza deportes. Los resultados evidenciaron que el 46% de la muestra nunca realiza deporte; 18%, siempre; 18%, casi siempre; y 18%, a veces. Lo anterior coincide con lo expuesto en el plan de desarrollo comunal de Algarrobo 2017-2020 (2017), en donde se presenta como problemática central la reducida actividad deportiva y recreativa en la comuna. A pesar de ello, Algarrobo cuenta con una oficina municipal de deportes que atiende la gestión de las organizaciones deportivas y planifica programas tales como talleres, escuelas de fútbol, escuelas de primavera, etc. En cuanto a su infraestructura, posee un estadio de fútbol y gimnasio municipal, donde se puede practicar baby fútbol, voleibol y basquetbol.

Es de gran relevancia estudiar los hábitos saludables de los adultos, debido a que representan modelos a seguir por los niños y niñas mediante sus acciones, lenguaje y actitud, marcando la pauta de acción en el desarrollo oportuno de las rutinas y actividades que contribuyen a formar hábitos saludables. Los cuidadores tienen la oportunidad de brindar una variedad de experiencias para enriquecer el aprendizaje de hábitos y vigilar que se den las condiciones e interacciones apropiadas en torno a este proceso (Unicef, s.f.). Con respecto al lenguaje, no se encontraron estudios que relacionen de manera directa ambos factores, sin embargo, se ha estudiado que la psicomotricidad que se desarrolla al realizar deporte favorece la salud física y psíquica del niño, permitiendo que explore, investigue, supere y transforme situaciones de conflicto, enfrentándose a limitaciones. También, favorece las relaciones con otros, conocer y oponerse a sus miedos, desarrollar iniciativa propia, asumir roles y disfrutar del juego en grupo. Es en esta última instancia donde, además, se potencian funciones cognitivas superiores, tales como las ejecutivas y las del lenguaje, ya que las demandas de la actividad requieren habilidades de planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, toma de decisiones y resolución de problemas (Morales, 2009).

Los conflictos familiares también fueron objeto de estudio en esta investigación, evidenciándose en el 31% de la muestra, como resultado de situaciones económicas, de convivencia o de salud. Con respecto a este último, el modelo de salud familiar da cuenta de esta relación, en donde la familia es considerada, no solo como la suma de individuos, sino como un conjunto de interacciones que constituyen una unidad (Herrera, 1997). Es precisamente por esto que, al encontrarse alguno de los miembros del hogar en situación de enfermedad, no solo se afecta la salud del mismo, sino que repercute directamente en la

dinámica familiar, ya que los integrantes deben modificar su estilo de vida para adecuarse a las necesidades de la persona que carece de salud. Este proceso de adecuación es complejo y puede llegar incluso a la disfuncionalidad de la familia como sistema (Montero y Dois, 2015; Herrera, 1997).

Desde la perspectiva lingüística, el entorno juega un rol fundamental en la adquisición y desarrollo del lenguaje (Moré, et al., 2005). Es la familia el principal contexto al que el niño se ve expuesto en sus primeros años de vida, por lo tanto, se hace necesario e imperativo que funcione como sistema coordinado, donde cada integrante sea parte del engrama que forma esta unidad. Si lo anterior no ocurre, podríamos encontrar un empobrecido ambiente lingüístico, con limitadas oportunidades de estimulación a través del juego y escasos espacios de modelado significativo.

También se evidenció la variable estrés como un determinante frecuente dentro de la investigación, en donde el 67% de los cuidadores percibían una carga de estrés constante. Este resultado se condice con el informe “Chile Saludable” realizado por la Fundación Chile en conjunto con GFK Adimark, en el año 2016, en donde se considera este factor como una barrera significativa en la salud de los chilenos. Lo mismo se evidenció en el estudio realizado por Paula Bedregal (2010), en donde la percepción de estrés fue un fenómeno referido como frecuente o muy frecuente por el 43,9% de los cuidadores principales a lo largo del país.

La carga de estrés de los cuidadores puede verse reflejada en el aumento de la exigencia hacia los niños, intolerancia a algunas conductas o, incluso, el castigo físico.

También, lleva a disminuir el tiempo de calidad con ellos, la capacidad para identificar sus necesidades afectivas e incluso afectar las conductas de cuidado. No cabe duda, que el estrés familiar es percibido por los niños, manifestándose en síntomas como: falta de atención y concentración en el colegio, conductas agresivas, aislamiento, olvidos, rebeldía, cansancio, trastornos digestivos, etc. Se ha evidenciado que los niños que están expuestos de manera repetida y constante al estrés que viven sus padres, serían propensos a padecer retrasos en el desarrollo de habilidades como las lingüísticas, motoras o sociales (González y García; 1995; Quintana y Sotil, 2000; Oliva, Montero y Gutiérrez, 2006; López, 2014).

Adicionalmente, se ha estudiado el estrés en la familia como producto de un desequilibrio entre la percepción de las demandas y las capacidades para hacerles frente (Pozo, et al., 2006). Estos refieren que padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal. Además, la clase de discapacidad que el niño presenta y la gravedad de los trastornos de conducta, afectan de manera diferente al estrés familiar. Incluso, los cuidadores de niños con trastorno del espectro autista experimentan mayores niveles de estrés que aquellos que cuidan niños con otras enfermedades discapacitantes o sin ellas (Seguí, et al., 2008). Por esta razón, es necesario que cada familia cuente con herramientas y servicios proporcionados por el programa de salud de forma rutinaria, tales como la atención psicológica, talleres de manejo del estrés, agrupaciones para padres, actividades de recreación, entre otros.

En cuanto a la participación en organizaciones sociales por parte del cuidador, los resultados de esta investigación arrojaron que el 81% no participaba en ninguna actividad. De acuerdo con el plan de desarrollo comunal Algarrobo 2017-2020 (2017), la comuna

presenta una baja cantidad de organizaciones de la sociedad civil, considerando tanto el área rural como urbana, encontrándose las funcionales, las de interés público y las territoriales, es decir, juntas de vecinos.

Según la literatura, la participación en la comunidad contribuye al desarrollo integral del niño ya que, a mayor participación en ella, existe menor riesgo de retraso en el desarrollo, pues la interacción social favorece la percepción de apoyo y confianza (Bedregal, 2010). Se aconseja que los padres de los niños con necesidades especiales participen en organizaciones o agrupaciones para padres, puesto que constituyen una oportunidad para intercambiar experiencias, conocer cómo otros han afrontado situaciones similares, compartir sentimientos, hacer vida social, apoyarse mutuamente y aunar esfuerzos, lo que lleva a sensaciones reconfortantes de bienestar, de pertenencia de grupo y el acompañamiento para enfrentar las dificultades de salud de alguno de los miembros de la familia (Mineduc, 2002). Por lo tanto, debido a la importancia de generar redes, las políticas públicas deben incluir oportunidades de participación de los padres, ya sea en las escuelas o consejos comunales, manteniendo un vínculo permanente con el hogar. El objetivo es lograr la comunicación de sus necesidades o las de los integrantes de su familia para que sean velados por las organizaciones comunitarias relacionadas con la salud.

En cuanto al consumo de sustancias, se encontró que el 59% de la muestra refirió consumir alguna, siendo el de mayor consumo el tabaco con un 50%, seguido por el alcohol con un 6%. Estos números concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado por Bedregal y cols. (2010), en donde el 42,8% de la población del país consume principalmente tabaco. Si bien la mayor parte de los encuestados declara consumir

sustancias, la frecuencia con que lo hace es baja, no reportándose situaciones de adicción. Es por esto, que la variable “consumo de sustancias” no sería significativa para la muestra estudiada, pero sí un indicador de modelos de conductas poco saludables.

El consumo y dependencia de sustancias es un serio problema, debido al aumento de la oferta y el contexto social favorecedor. Esto, a nivel nacional, permitió que aumentara la incidencia de gestantes consumidoras y de recién nacidos afectados por las prácticas tóxicas de sus madres (Ruoti, et al., 2009). Como consecuencia del consumo, el niño o la niña podría presentar diversas alteraciones en la nutrición, en la orientación visual y auditiva, en el lenguaje y la conducta, en las habilidades motoras y dificultades en las habilidades cognitivas, las cuales repercuten en el desempeño académico (González-Hachero y Martínez, 1999; Pruett, et al., 2013).

En cuanto al tramo de Fonasa de los niños y niñas, la investigación arrojó que un 31% pertenece al tramo A; 30%, al tramo B; 27%, al tramo D; y 12%, al C. Según el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la distribución por tramos en la comuna de Algarrobo durante el año 2012 fue 24,3% para el tramo A; 39,9%, para el B; 16,2%, para el C; y 19,5%, para el D. Es importante destacar que, de acuerdo con el registro estadístico de dicha entidad, la comuna, hasta el año 2012, presentaba un número de 9.778 personas beneficiarias de este sistema, población que corresponde al 72,5% del total de habitantes de la comuna.

El ser beneficiario en el Fondo Nacional de Salud permite el acceso a la atención en el centro de salud familiar, ya que quienes no estén afiliados, no podrán contar con dicha atención. En esto radica la importancia de que un niño cuente con cobertura en salud, pues,

en caso contrario, se presentarían grandes limitaciones en el acceso al sistema. Por lo tanto, la disminución de la cantidad de niños y niñas sin previsión debiese ser incluida dentro de los objetivos sanitarios de la década.

Finalmente, cabe señalar que, en Chile, la perspectiva de la OMS, en cuanto a la salud, aún no se ha establecido con vigor, por lo que los estudios que abordan los trastornos del lenguaje desde una mirada de salud pública son aún insuficientes. No obstante, el país ha hecho esfuerzos construyendo planes y programas que incluyen aspectos sociales en la salud. Entre ellos, se encuentra el Programa Chile Crece Contigo, el cual se desarrolla en el marco de la intersectorialidad, mirando al niño y niña como un ente biopsicosocial. Al contrastar los resultados obtenidos con investigaciones, tanto nacionales como internacionales, se hace evidente la necesidad de seguir invirtiendo en políticas públicas, como por ejemplo, ampliar los esfuerzos destinados a la atención y estimulación temprana, la cantidad de profesionales y su rango de acción.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo describir los determinantes sociales de la salud en niños y niñas con dificultades en la adquisición del lenguaje atendidos en el centro de salud familiar de Algarrobo desde junio del 2016 hasta junio del 2017. Para ello, se aplicó una encuesta telefónica a todos los cuidadores de niños y niñas cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación, con el fin de obtener datos acerca de las variables de cada determinante. Los resultados arrojaron una mayor prevalencia de niños del sexo masculino (72%), cuidadores con empleos remunerados (59%), pertenencia a los dos primeros quintiles (69%), falta de participación en organizaciones sociales (81%), percepción de carga de estrés constante (69%), hábitos de alimentación saludable (56%), no presentar antecedentes de enfermedades hereditarias en la familia (22%), presentar paredes sólidas (84%) y no pertenecer a grupo étnico (94%).

Para poder generalizar los hallazgos, se hace necesario considerar en futuras investigaciones algunas modificaciones relevantes que se mencionan a continuación. Sería conveniente ampliar el tamaño muestral, donde se podrían considerar a todos los niños y niñas que se atienden en el Cesfam y que tengan dificultades en la adquisición del lenguaje, ya sea diagnosticado como retraso o como trastorno del mismo. Por otra parte, sería apropiado aumentar la cantidad de preguntas de la encuesta, lo cual nos permitiría recabar más información acerca de los determinantes sociales de la salud, entre las cuales se podrían realizar las siguientes: ¿Quién es el cuidador principal?, ¿Cuál es la principal causa de estrés?, ¿Problemas pre, peri o post natales? ¿Qué edad tenía la madre al momento del

embarazo?, ¿Cuáles son las rutinas del niño/a en el hogar?, ¿Cuántas horas de trabajo remunerado realiza diariamente el cuidador?, entre otras.

Inicialmente, la encuesta aplicada a los cuidadores sería presencial, sin embargo, para asegurar la factibilidad de contactar y tomar la muestra, se decidió por utilizar la técnica de una encuesta telefónica, ya que el fonoaudiólogo principal de este proyecto, por razones de fuerza mayor, dejó de formar parte del equipo profesional del Cesfam de Algarrobo. Respecto a esto, se consultó a diversos profesores con experiencia en investigaciones de pregrado sin llegar a un consenso de si la encuesta telefónica era o no la técnica más óptima. Sin embargo, se consultó exhaustivamente fuentes bibliográficas donde mostraban las comparaciones, ventajas y desventajas de realizar encuestas telefónicas y presenciales. Luego, se concluyó que las respuestas entregadas por los participantes no dependían significativamente del tipo de encuesta aplicada.

Esta investigación responde a la necesidad del Cesfam de Algarrobo de abordar las dificultades en la adquisición del lenguaje desde una mirada de salud pública, por lo que se requirió contar con datos sobre la prevalencia de diferentes variables que se relacionaran con los determinantes sociales de la salud. En este punto, es relevante recalcar la escasa información disponible sobre la influencia directa de los factores sociales en la adquisición del lenguaje, lo que crea una urgencia en la realización de estudios a nivel nacional que entreguen aportes para la generación de políticas públicas con este enfoque. Por lo tanto, surge la relevancia de integrar a la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso estudios que conformen una nueva línea de investigación que permita abordar de esta manera los trastornos del lenguaje.

Considerando la relevancia de la adquisición del lenguaje en el desarrollo integral del niño y niña, la investigación pone en evidencia la necesidad de incluir al fonoaudiólogo dentro de los profesionales mandatarios de las nóminas de especialistas que actúen en planes y programas de Chile Crece Contigo, siendo el profesional idóneo para prevenir, promocionar y rehabilitar estas dificultades. Debe aportar un enfoque biopsicosocial y no meramente asistencial, es decir, que considere características clínicas del niño, el entorno en el que está inserto, su acceso a salud y educación, etc., en otras palabras, tomando en consideración todos los determinantes sociales de la salud que pudiesen influir en las condiciones de vida de cada individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V., Moreno, A., Axpe, A. (2011). Implicaciones clínicas del diagnóstico diferencial temprano entre retraso del lenguaje y trastorno específico del lenguaje. *Revista Universitas Psychologica*, 11 (1), 279-291. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/754/1536>
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4), 525-532. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72712403/>
- Álvarez, C. (2010). La relación entre lenguaje y pensamiento de Vygotsky en el desarrollo de la psicolingüística moderna. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 48 (2), 13- 32. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48832010000200002
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Política de Salud*, 8 (17), páginas 69- 79. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Álvarez-Castaño, L. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13 (27), 28-40. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a03.pdf>
- Arcos, E., Muñoz, L., Sánchez, X., Vollrath, V., Gazmuri, P., Baeza, M. (2013). Efectividad del Sistema de protección a la Infancia en madres y niños vulnerables.

- Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 21 (5), 1- 9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1071.pdf
- Ávila-Rosas, H., Casanueva, E., Barrera, A., Cruz, I., Covadonga, M. (1988). Algunos determinantes biológicos y sociales del peso al nacer. *Revista Salud Pública de México*, 30(1), 48-52. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/210/202>
- Barozet, E. (2007). *La variable ocupación en los estudios de estratificación social*. Recuperado desde <http://www2.facso.uchile.cl/sociologia/1060225/docs/ocupacion.pdf>
- Barragán, E., Lozanos, S. (2011). Identificación temprana de trastornos del lenguaje. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22 (2), 227- 232. Recuperado de http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/12_Dr_Barragan.pdf
- Bedregal, P. y Cols. (2010). *Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, en el contexto del sistema Chile Crece Contigo*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/8-Informe-final-Levantamiento-y-analisis-de-informacion-desarrollo-infantil-y-sus-determinantes-en-contexto-ChCC.pdf>
- Bedregal, P., Torres, A. (2013). *Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales*. Recuperado de http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/chile_crece_contigo_el_desafio_de_crear_politicas_publicas_intersectoriales.pdf
- Bedregal, P., Torres, A., Carvallo, C. (2014). *Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia*. Recuperado de

- http://www.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap5_chile_crece.pdf
- Bell, G.L., Lau, K. (1995) Perinatal and neonatal issues of substance abuse. *Pediatr Clin North Am.* 42 (2), 261- 281. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395516389465>
- Benavides, P., Castro, R., Jones, I. (2013). *Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales*. Recuperado desde http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
- Bondarenko, N. (2007). Acerca de las definiciones de la calidad de la educación. *Revista Educere*, 39(11), 617-618. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400005
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., Pedrero, V. (Ed.). (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión de fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
- Casen (2013). *Una medición de la pobreza moderna y transparente para Chile*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf
- Cunill- Grau, N., Fernández, M., Thezá, M. (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile. *Revista Latinoamericana*, 12

- (36), 289- 314. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682013000300013
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23 (1), 1- 42. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf>
- De Andraca, I., Pino, P., de la Parra, A., Rivera, F., Castillo, M. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes recién nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Rev. Salud Pública*, 32 (2), 138-47. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000200006&script=sci_abstract&tlng=en
- De Barbieri, Z., Maggiolo, M., Alfaro, S. (1999). Trastornos de la comunicación oral en niños que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria. *Rev Chil Pediatría*, 70 (1), 36-40. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000166&pid=S1516-1846201300040001600006&lng=es
- Devia, S. (2012). *Teorías de la adquisición del lenguaje*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/sdevia/teoras-adquisicin-del-lenguaje>
- Domínguez, J. (2014). Estrés en los padres, estrés en los niños. Recuperado de <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/estres-padres-estres-ninos.aspx>
- Duarte, L., Peña, M., Pragua, B., Rodríguez, L. (s.f). *Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud*. Recuperado de https://www.academia.edu/6788956/ROL_DEL_FONOAUDIOLOGO_EN_EL_PRIMER_NIVEL_DE_ATENCION_EN_SALUD

- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. (2010). *Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean*. Recuperado desde <http://oig.cepal.org/en>
- Espinosa, F., Herrera, M., Venegas, M. (2014). *Caracterización del quehacer fonaudiológico en dos contextos de atención: Centros comunitarios de rehabilitación y Hospitales de Salud Pública*. Recuperado desde <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130738/Espinosa%20Herrera%20Venegas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Espinoza, M., Cabieses, B. (2014). Equidad en salud y evaluación de tecnologías sanitarias en Chile. *Revista médica de Chile*, 142 (S1), 45- 49. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001300008&script=sci_arttext
- Figuroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, 11 (2), 229- 282. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/estconst/v11n2/art08.pdf>
- Fiuza, M., Fernández, M. (2014). *Dificultades del aprendizaje y trastornos del desarrollo: manual didáctico*. Madrid: Pirámide.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). *Construyendo bases fuertes. Guía programática para la articulación del Desarrollo de Primera Infancia y la Reducción del Riesgo de Desastres*. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Gui_Cons.pdf
- Fundación Chile y GFK Adimark. (2016). *Chile Saludable: oportunidades y desafíos de innovación para el aumento de consumo de productos del mar*. Recuperado de <https://fch.cl/wp-content/uploads/2016/12/CHILE-SALUDABLE-2016-b.pdf>

- Gallart, A. (1990). Repercusión del consumo de drogas en el recién nacido. *An Esp Pediatr*; 33 (S43), 234-254. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>
- García-Mateos, M., Mayor, M., de Santiago, J., Zubiauz, B. (2014). Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital. *Revista de Logopedia, Fonatría y Audiología*, 34 (4), 163-170. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-prevalencia-las-patologias-del-habla-S0214460314000667>
- Girondella, L. (2012). *Sexo y género: definiciones*. Recuperado de <http://contrapeso.info/2012/genero-y-genero-definiciones/>
- González, J., Martínez, M. (1999). Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. *An Esp Pediatr*, 51 (1), 4-8. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>
- González, M. (2014). Subsistema de Protección Integral a la Infancia, “Chile Crece Contigo”. *Revista Búsquedas Políticas*, 1 (3), 9-13. Recuperado de http://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/5126/V03N01_pp_09_25-Maria_Jose_Gonzalez.pdf?sequence=1
- González, M., García, M. (1995). *El estrés y el niño. Factores de estrés durante la infancia*. Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69223/1/El_estres_y_el_nino_Factores_de_estres_d.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 13(6), 591-595. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es.
- Ilustre Municipalidad de Algarrobo (2013). *Plan de desarrollo comunal de Algarrobo 2013-2016*. Recuperado de <http://www.municipalidadalgarrobo.cl/algarrobo/transparencia/2014/PLADECO%202013-2016.pdf>
- Ilustre Municipalidad de Algarrobo (2017). *Plan de desarrollo comunal Algarrobo 2017-2020*. Recuperado de <http://1.municipalidadalgarrobo.cl/transparencia2/2017/municipal/Informe%20Final%20PLADECO%20Algarrobo.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile y Fondo Nacional de Discapacidad. (2004). *Primer estudio de discapacidad en Chile*. Santiago: Ograma S.A.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata.
- Jiménez, D.; Ortega, M. (2014). Salud y posición económica: evidencia empírica reciente en el panorama internacional y en España. *Revista de Estudios Empresariales*, 2 (1), 46-51. Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/REE/article/download/1369/1202>
- Jiménez, J. (2010). *Adquisición y desarrollo del lenguaje*. Recuperado de <https://iltemprana.files.wordpress.com/2014/01/teor3adas-y-enfoques-explicativos-sobre-adquisic3b3n-y-desarrollo-del-lenguaje.pdf>
- Kroeger, A., Luna, R. (1992). *Atención Primaria de la Salud*. México: Pax México.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Law, J. (1992). *The early identification of language impairment in children*. London: Champan & Hall.
- León, A. (2007). Qué es la educación. *Revista Educere*, 39(1), 599-602. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400003
- López, M. (2009). *Chile Crece Contigo: lecciones para el diseño e implementación de políticas sobre protección a la primera infancia*. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/lopez_m/sources/lopez_m.pdf
- López, M. (2014). *Estrés de los padres afecta a los hijos*. Recuperado de <http://www.inteligenciafamiliar.com/articulo.php?articulo=266&contenido=10>
- Lybolt, J y Gottfred, C (2003). *Cómo fomentar el lenguaje en el nivel preescolar*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001493/149391s.pdf>
- Macionis, J. (2007). *Sociología*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Marmot, M. (2005). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. Recuperado de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200503173521126>
- Martínez, D., Farías, A., Vergara, N., Vega, P. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (1ª ed.). Santiago: UDD.

- Mayorga, O., Cervantes, J. (2012). *Teorías de adquisición del lenguaje*. Recuperado de https://es.slideshare.net/janeth_cervantes/teoras-de-adquisicin-del-lenguaje-cuadro-comparativo
- Mena, M., Navarrete, P., Corvalán, V., Bedregal, P. (2000). Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Revista médica de Chile*, 128 (10), 1093-1100. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001000003
- Mendoza, E. (2001). *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Educación del Gobierno de Chile (2002). *Escuela, familia y discapacidad. Guía para la familia de niños, niñas y jóvenes con discapacidad*. Recuperado de http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201305151330350.Guia_familia_N1.pdf
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2004). *Normas técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y Niña Menor de 6 años*. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2004_Normas_tecnicas_estimulacion_y_evaluacion_desarrollo.pdf
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2008). *Manuales para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 años*. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2008_Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos.pdf
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2012). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales*.

- Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2016). *Catálogo de Prestaciones 2016*. Recuperado de http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/09/catalogo-prestaciones_2016-Vfinal.pdf
- Molini- Avejonas, D., Mendez, V., Amato, C. (2010). Fonoaudiología e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista de Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.*, 15(3), 465- 74. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342010000300024&script=sci_abstract&tlng=pt
- Montero, L., Dois, A. (2015). *Manual de Atención de Familias para Profesionales de la Salud*. Ediciones Universidad Católica de Chile: Santiago.
- Morales, E. (2009). *El desarrollo psicomotriz en preescolar*. Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/26989.pdf>
- Moré, M., Pelaéz, M., Bueno, C., Rodríguez, T., Olivera, T. (2005). *Lenguaje, comunicación y familia*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100008
- Moreno, J. (2003). Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional infantil. *Revista de Logopedia, Fonatría y Audiología*, 23 (4), 211-222. Recuperado de <https://www.eweb.unex.es/eweb/gial/docencia/asignaturas/tratamiento3ee/document>

os%20de%20apoyo/Estudios,%20monograf%EDas%20y%20art%EDculos/EST1.pdf

Moyle, J., Stokes, S., Klee, T. (2011). Early language delay and specific language impairment. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17 (2), 160-169. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/341792032/2013-Early-Language-Delay-and-Specific-Language-Impairment>

Narbona, J., Chevrie-Muller, C. (Ed). (2003). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson.

Navarro, M. (2003). Adquisición del lenguaje. El principio de la comunicación. *Revista de Filología y su Didáctica*, 26 (1), 321- 347. Recuperado de https://cvc.cervantes.es/literatura/cauce/pdf/cauce26/cauce26_13.pdf

Nieto, P. (2015). *Prevalencia de los trastornos del lenguaje y su impacto en la familia*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Nieto_Del_Rincon/publication/271013825_Prevalencia_de_los_trastornos_del_lenguaje_y_su_impacto_en_la_familia/links/559cd38308ae0035df249c93.pdf

Ochoa, G., Maillard, C., Solar, X. (2010). Primera Infancia y políticas públicas, una aproximación al caso del Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. Desde https://germina.cl/wp-content/uploads/2011/05/publicacion4_infancia_politicas_publicas_germina2010.pdf

Oliva, L., Montero, J., Gutiérrez, M. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y salud*, 16 (2), 171-178. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/769>

- Organización Mundial de la salud (1978). *Declaración de Alma Ata*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estadísticas Mundiales Sanitarias*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud. Folleto Informativo N° 31*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Determinantes e Inequidades en Salud*. Recuperado de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es
- Owens, R. (2003). *Desarrollo del Lenguaje*. Madrid: Pearson.
- Parra, L. (2016). *Propuesta de investigación- Salud Pública*. Recuperado de <http://fasefinalfund.blogspot.cl/2016/12/salud-publica-por-leidy-parra-maya.html>

- Pozo, P., Sarriá, E., Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18 (3), 342- 347. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
- Prathanee, B., Thinkhamrop, B., Dechongkit, S. (2007). Factors Associated With Specific Language Impairment and Later Language Development During Early Life: A Literature Review. *Clinical Pediatrics*, 46 (1), 22- 29. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0009922817720961>
- Pruett D, Waterman EH, Caughey AB (2013). Fetal alcohol exposure: consequences, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 68(1), 62-9. doi: 10.1097/OGX.0b013e31827f238f.
- Quintana, A., Sotil, A. (2000). *Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños.* Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a03v3n2.pdf
- Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia.* Recuperado de http://www.psicologosclnicos.com/wp-content/uploads/raya-trenas_estilos-educativos-parentales.pdf
- Redondo, R. (2007). *El derecho a la educación en Chile.* Buenos Aires: Fundación Laboratorio de Políticas Públicas.
- Ríos, I (2010). *El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento.* Recuperado de http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia_72/27_Rios_72.pdf

- Rodríguez, C. (2016). *Periodos críticos y periodos sensibles en el desarrollo*. Recuperado de <http://educayaprende.com/periodos-criticos-periodos-sensibles-desarrollo/>
- Rodríguez, P., Garcés, M., y cols. (2016). *Estudio de prevalencia a través de un censo barrial de los factores de riesgo de los trastornos del lenguaje en los niños y niñas de 0 a 15 años de la población Villa Real, Cerro San Roque, comuna de Valparaíso*. (Tesis de pregrado, publicada). Universidad de Valparaíso. Viña de Mar.
- Ruoti, M., Ontano, M., Calabrese, E., Airaldi, L., Gruhn, E., Galeano, J., Espinosa, A., Gallo, M. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 7 (2), 32- 44. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>
- Seguí, J., Ortiz, M., De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*, 24 (1), 100- 105. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8145/1/Factores%20asociados%20al%20estres%20del%20cuidador%20primario%20de%20ninos%20con%20autismo.pdf>
- Serra, M., Serrat, E., Solé, R., Bel, R., Aparici, M. (2016). *La adquisición del lenguaje*. Barcelona: Planeta.
- Solar O, Irwin A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization
- Tamis- Lemonda, C., Rodríguez, T. (2009). *Parents' role in fostering Young children's language and literacy development*. Recuperado de <http://www.child-encyclopedia.com/language-development-and-literacy/according-experts/parents-role-fostering-young-childrens-learning>

- Torres, O. (2008). *Niñez, políticas públicas y sociedad civil*. Recuperado de <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/31052/32779>
- Unesco. (1984). *El desarrollo del niño en la primera infancia. Dos documentos sobre la política y la programación del Unicef*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000695/069549so.pdf>
- Unicef. (2006). *El derecho a la educación: una tarea pendiente para América Latina y el Caribe*. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/Desafios_Nro3_Educacion_Ago2006\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Desafios_Nro3_Educacion_Ago2006(2).pdf)
- Unicef. (s.f). *Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables*. Recuperado de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>
- Urbina, M., González, M. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Recuperado de <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/892/La%20importancia%20de%20los%20determinantes%20sociales%20en%20las%20poli%CC%81ticas%20pu%CC%81blicas.pdf>
- Valdés, M.; Spencer, R. (2011). Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca-Chile. *Revista Theoria*, 20(2), 29-43. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v20-2/4.pdf>
- Valdivia, I., Sáez, Z., Abadal, G. (2016). Influencia de los hábitos de sueño en el desarrollo del lenguaje en preescolares. *Revista Cubana de Pediatría*, 88 (4), 417- 427. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400003

- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M., Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción Chile. *Ciencia y enfermería*, 20 (1), 61- 74. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006
- Viguer, P.; Serra, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Revista Anales de Psicología*, 12 (2), 197-205. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v12/v12_2/08-12-2.pdf
- Villanueva, P., de Barbieri, Z., Palomino, HM., Palomino, H. (2008). Alta prevalencia de trastorno específico de lenguaje en isla Robinson Crusoe y probable efecto fundador. *Revista médica de Chile*, 136 (2), 186- 192. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200007
- Winkler, D y Cueto, S (2004). *Etnicidad, raza, género y educación en América Latina*. Recuperado de <http://archive.thedialogue.org/PublicationFiles/EtnicidadRazayGenero.pdf>
- World Health Organization (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Zúñiga, A. (2011). El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria. *Estudios constitucionales*, 9 (1), 37- 64. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002011000100003
- Zurro, A., Cano, J. (2010). *Atención Primaria: conceptos, organizaciones y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier.

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN DIRECTORA CESFAM ALGARROBO



CERTIFICADO

Yo, Jimena Contreras Nevea (RUT: 12.775.070-6), Directora(s)
del Centro de Salud Familiar de Algarrobo, certifico:

Dar autorización al Fgo. Pablo Rodríguez Muñoz (Rut: 17.265-408-8), quien ejecutará la investigación de tesis de pregrado titulada "Determinantes Sociales de la Salud en niños y niñas de 0 a 8 años de edad con Trastornos del Lenguaje atendidos en el Centro de Salud Familiar de Algarrobo entre junio del 2016 y junio del 2017". El profesional cuenta con la colaboración de las estudiantes tesis de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Milka Hidalgo Guerra (Rut: 18.782.962-3), Francisca Puelma Navía (Rut: 18.297.425-0) y Roberto Rinaldi Crespo (Rut: 18.582.204-4).

Sin otro particular,
Atte;

(Firma y timbre)

Algarrobo, 26 de Octubre de 2017

ANEXO 2

CÁLCULO TAMAÑO DE LA MUESTRA

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Np(1-p)}{(N-1)(B^2/4) + p(1-p)}$$

B= error de muestreo
 N= tamaño de la población
 P= 0,5 Estimación de la proporción

D= 0,000625
 n= 56,0344827 tamaño de muestra
 n= 56 tamaño de muestra

SE PUEDE INGRESAR VALORES ENTRE 0,01 A 0,1. MIENTRAS ESTE ERROR ES MENOR EL TAMAÑO DE MUESTRA ES MAS OPTIMO

SE INGRESA EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

Se estima que el tamaño de la muestra es de 56 sujetos con un error de muestreo del 0,05 y un nivel de confianza del 95%

ANEXO 3

INSTRUMENTO



Determinantes sociales de la salud en niños y niñas de 0 a 8 años de edad con dificultad en la adquisición del lenguaje atendidos en el Centro de Salud Familiar de Algarrobo entre junio del 2016 y junio del 2017.

Estimado participante:

Usted ha sido seleccionado para contestar un breve cuestionario, cuya información servirá para elaborar una tesis profesional acerca de cuáles son los factores que influyen en la adquisición del lenguaje en los niños.

Quisiéramos pedir su colaboración para contestar unas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Las respuestas obtenidas serán absolutamente confidenciales, anónimas y usadas solo en el contexto de investigación. Las opiniones de todos los encuestados serán unidas e incluidas en la tesis, pero no se comunicarán datos individuales.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y de las preguntas presentadas debe elegir solo una opción.

La información que nos entregue nos será de mucha ayuda.
De antemano, ¡muchas gracias por su colaboración!

<p>1. Sexo del niño/a:</p> <p><input type="radio"/> (1) Mujer</p> <p><input type="radio"/> (2) Hombre</p> <p>2. Si dividimos el total del dinero que reciben mensualmente en su hogar en el total de personas que viven allí, ¿dentro de qué rango se encuentra?</p> <p><input type="radio"/> (1) \$0-\$74.969</p> <p><input type="radio"/> (2) \$74.970-\$125.558</p> <p><input type="radio"/> (3) \$125.559-\$193.104</p> <p><input type="radio"/> (4) \$193.105-\$352.743</p> <p><input type="radio"/> (5) \$352.744 o más</p> <p>3. ¿Pertenece a algún grupo étnico?</p> <p><input type="radio"/> (1) No pertenece</p> <p><input type="radio"/> (2) Si pertenece</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) Mapuche</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) Aymara</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.3) Otra.</p> <p>4. Nivel de educación del cuidador:</p> <p><input type="radio"/> (1) No cuenta con educación</p> <p><input type="radio"/> (2) Si cuenta con educación</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) Básica incompleta</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) Básica completa</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.3) Media (humanidades) incompleta</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.4) Media (humanidades) completa</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.5) Técnico superior incompleta</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.6) Técnico superior completa</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.7) Técnico profesional incompleta</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.8) Técnico profesional completa</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.9) Universitaria incompleta</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.10) Universitaria completa</p> <p>5. Actualmente, ¿tiene un empleo remunerado?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>6. ¿Tiene vivienda?</p> <p><input type="radio"/> (1) No</p> <p><input type="radio"/> (2) Si</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) Propia</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) Allegado</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.3) Arriendo</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.4) Ocupa</p>	<p>7. ¿De qué material es la estructura de su vivienda, principalmente?</p> <p><input type="radio"/> (1) Concreto</p> <p><input type="radio"/> (2) Madera</p> <p><input type="radio"/> (3) Adobe</p> <p><input type="radio"/> (4) Ladrillo orgánico</p> <p><input type="radio"/> (5) Género</p> <p><input type="radio"/> (6) Paja</p> <p>8. ¿Su vivienda tiene paredes sólidas?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>9. ¿Su vivienda tiene techo?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>10. ¿Su vivienda tiene ventanas?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) 1 a 4</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) 5 a 8</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.3) 9 o más</p> <p>11. ¿Su vivienda cuenta con puerta de acceso principal?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>12. ¿Su vivienda tiene piso?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO <i>(si su piso es de tierra, marque esta opción)</i></p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) Cerámica</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) Alfombra</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.3) Madera</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.4) Malla</p> <p>13. ¿Su vivienda tiene baño?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>14. ¿Su vivienda tiene cocina?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>15. ¿Su vivienda tiene cama?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.1) Una para cada integrante del grupo familiar</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> (2.2) No alcanzan para cada integrante del grupo familiar</p>
--	---

<p>16. ¿En su vivienda hay piezas o dormitorios? (diferentes de baño o cocina)</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p><input type="radio"/> (2.1) 1 a 2</p> <p><input type="radio"/> (2.2) 3 o más</p> <p>17. ¿En su vecindario, cuenta con espacios recreativos como: plaza, juegos, cancha para deporte, etc.?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>18. En su opinión, ¿existe alguna clase de conflicto familiar? (Ejemplo: económicos, de convivencia, de salud, entre otras)</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>19. ¿En su hogar se come de manera saludable (verduras/frutas/lácteos/carnes-legumbres-huevos/carbohidratos/aceites/agua) en su medida?</p> <p><input type="radio"/> (1) Siempre</p> <p><input type="radio"/> (2) Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> (3) A veces</p> <p><input type="radio"/> (4) Nunca</p> <p>20. ¿En su hogar consumen alimentos fritos?</p> <p><input type="radio"/> (1) Siempre</p> <p><input type="radio"/> (2) Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> (3) A veces</p> <p><input type="radio"/> (4) Nunca</p> <p>21. ¿Alguien en su familia realiza deporte constantemente?</p> <p><input type="radio"/> (1) Siempre</p> <p><input type="radio"/> (2) Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> (3) A veces</p> <p><input type="radio"/> (4) Nunca</p> <p>22. ¿En el entorno familiar del niño/a, alguien consume algún tipo de sustancia?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p><input type="radio"/> (2.1) Tabaco</p> <p><input type="radio"/> (2.2) Alcohol</p> <p><input type="radio"/> (2.3) Marihuana</p> <p><input type="radio"/> (2.4) Otros</p>	<p>23. ¿Con qué frecuencia se consume sustancias?</p> <p><input type="radio"/> (1) Siempre</p> <p><input type="radio"/> (2) Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> (3) A veces</p> <p><input type="radio"/> (4) Nunca</p> <p>24. ¿En su familia hay antecedentes de enfermedades hereditarias?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>25. ¿En su familia hay antecedentes de enfermedades crónicas? (Ejemplo: diabetes, hipertensión, VIH, entre otros)</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>26. En su trabajo, ¿sufre alguna clase de conflicto laboral?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>27. ¿Usted tiene constantemente la sensación de que podría perder su trabajo?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>28. En su opinión, ¿usted considera que carga con mucho estrés?</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>29. ¿Usted participa activamente en organizaciones sociales? (Ejemplo: junta de vecinos, agrupaciones, iglesia, centro de madres, entre otros)</p> <p><input type="radio"/> (1) NO</p> <p><input type="radio"/> (2) SI</p> <p>30. ¿Qué tipo de FONASA tiene el niño/a?</p> <p><input type="radio"/> (1) A</p> <p><input type="radio"/> (2) B</p> <p><input type="radio"/> (3) C</p> <p><input type="radio"/> (4) D</p>
---	--

