



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS.
ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SETIEMBRE –
CHIMBOTE, 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

LUCERO PAMELA MEDINA SERNA

ASESORA

ELENA ESTHER REYNA MÁRQUEZ

CHIMBOTE-PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTA

Mgtr. Enf. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA

Mgtr. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios, En primer lugar porque es él quien nos da la vida y me da fuerza para cumplir mi sueño.

A mis padres:

Marcionila y José, por tener la confianza necesaria y apoyarme en este logro tan importante en mi vida.

A mi asesora:

Lic. Enf. Elena Reyna Márquez, porque con sus conocimientos supo guiarme y ayudarme en la mejora de mi informe de investigación.

LUCERO

DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida y por haberme dado la fortaleza espiritual en momentos difíciles y sobre todo por guíame e iluminarme por el camino del saber.

A mis padres Marcionila y José en especial por estar allí conmigo siempre que con cariño y sacrificio supieron guiarme y por su aprecio, confianza y sobre todo por haberme dado valor, ánimo para seguir luchando por mi sueño.

A mis hermanos Neiver, Cinthia y David por darme su apoyo en todo momento a pesar de la distancia siempre estuvieron conmigo en las buenas y las malas sin condiciones y nunca me dejaron de darme aliento de seguir estudiando y lograr el sueño de ser una profesional.

LUCERO

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos asentamiento humano 10 de Setiembre en Chimbote, fue de tipo cuantitativo de corte transversal, con un diseño descriptivo de una sola casilla. Sustentado en las bases teóricas de Marck Lalonde y Dahlgren y Whitehead. El universo muestral estuvo conformado por 120 comerciantes. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario de determinantes de la salud. Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software pasw Statistics, versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Obteniéndose las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos: La mayoría tiene un ingreso menor de 750 soles, secundaria completa e incompleta. En los determinantes de la vivienda: La totalidad tiene casa propia, cuentan con conexión domiciliaria de agua, utilizan gas para cocinar y energía eléctrica permanente. En los determinantes de estilo de vida: Casi el total consumen bebidas alcohólicas, duermen de 6 a 8 horas, no se realiza examen médico, no realizan actividad física y consumen carne, pan, embutidos a diario. En los determinantes de redes sociales y comunitarias: La totalidad no recibieron apoyo social natural y considera que hay pandillaje en su comunidad; se atiende en puestos de salud; cuenta con SIS-MINSA y más de la mitad refiere que la calidad de atención es buena.

Palabras clave: Comerciantes, determinantes de la salud.

ABSTRACT

This research aimed to identify the determinants of health to the merchants, the market Pueblos Unidos human settlement September 10 Chimbote, was of quantitative type of cross-section, with a descriptive design of a single box. Based on the theoretical bases of Marck Lalonde and Dahlgren and Whitehead. The sample universe was formed by 120 merchants. Data will be entered into a database of Microsoft Excel to then be exported to a database in the PASW Statistics, version 18.0, for respective processing software. Absolute and relative frequency percentage distribution tables will be built for the analysis of the data. As well as their respective statistical graphs. Applied the questionnaire of determinants of health, resulting in the following conclusions: The biosocioeconomic determinants: all are women mature adult have one income less than 750 new soles and have a degree of secondary instruction complete and incomplete in relation to housing, the vast majority have multifamily housing, the floor is asphalt sheets, most have ceiling and walls of mobile material brick and cement. The determinants of lifestyles: most not done any medical examination, do not exercise during their leisure time. In terms of foods most consumed meat, bread, cereals and vegetables on a daily basis. The determinants of social networks: all considered that pandillaje near his home is no, does not receive social support from their families and social support organized, the most attended in a health post, is the place where attended regular, has sis-Minsa, considered that the time which I hope was regular, the quality is good.

Keywords: Determinants, Health, Merchants

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Bases teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2. Población y muestra.....	19
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.5. Plan de análisis.....	34
3.6. Principios éticos.....	34
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	36
4.2. Análisis de resultados.....	46
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	36
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Tabla 2	37
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Tabla 3	40
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Tabla 4	42
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Tabla 5	44
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE- CHIMBOTE, 2013.	
Tabla 6	45
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE- CHIMBOTE, 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico	
1	115
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Gráfico	
2	117
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Gráfico	
3	123
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS MADRES EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Gráfico	
4	127
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE-CHIMBOTE, 2013	
Gráfico	
5	130
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SEPTIEMBRE- CHIMBOTE, 2013	
Gráfico	
6	131
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO	

PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SETIEMBRE-
CHIMBOTE, 2013

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada con la finalidad de identificar los determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre– Chimbote, y a la vez dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación, tanto a las autoridades del puesto de salud “Santa Ana” y a las autoridades de dicha comunidad ,y de es amenera el personal de salud pueda actuar de una manera oportuna ,temprana y objetiva sobre los determinantes que puedan estar poniendo en riesgo o alterando la salud de las personas ,y a la vez elabore y emplee planes estratégicos, para poder promocionar medidas de prevención para el bienestar de la salud de las personas y poder así conseguir una vida sana y digna en los comerciantes de esta comunidad..

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven ,trabajan y envejecen incluido el sistema de salud Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inquietudes sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta la situación sanitaria (1).

El contenido que tiene esta investigación está estructurada y ordenada de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, conclusiones y por último tenemos a las recomendaciones, toda esta estructura se puede visualizar más adelante.

La salud en el siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individual es y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (2).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona

de estar, de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta al hora de delimitar el concepto de salud y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (3).

Cuando hablamos del nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambiental es un 10% y los asociados a la atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en la salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (4).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, quienes tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

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

La comisión mundial de determinantes sociales de la salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «Las causas de las causas» de

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

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (6).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (7).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicios, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (8).

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

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

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

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la comisión sobre determinantes sociales de la salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

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

resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (12).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (13).

El analfabetismo es una condición de inquietud que imposibilita a las persona del acceso a las oportunidades que le ofrecen la sociedad .Es al mismo tiempo una expresión educativa de la pobreza .Los rostros del analfabetismo son diversos se asocia a un conjunto de realidades socioeconómicas, así como al grado de desarrollo de las regiones (14).

Los problemas étnicos-culturales no resultados, la ausencia de oportunidades de acceso a la escuela, la baja calidad de la enseñanza, las metodologías de enseñanza, entre otros. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares del 2011, el 7, 1% de la población de 15 personas de edad no sabe leer ni escribir. Habían dos e reduciendo en 3,6 puntos porcentuales el fenómeno en relación con el año 2001, que afecto al 10,7% de la población de 15 y más años de edad (15).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia que afecta a más de 1, 000 millones de personas. Al menos 300 millones padecen de obesidad .La obesidad, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad y la depresión son factores que van en incremento (16).

Se calcula que una de cada cinco personas, en algún momento de su vida, sufre de depresión. De las diez principales causas de mortalidad y factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionadas con la alimentación y actividad física (17).

Lo mencionado anteriormente no es ajeno a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H.10 de Setiembre, que se ubica dentro de la

jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana, distrito de Chimbote, Provincia de la Santa. Este sector limita por el norte con el pueblo joven San Miguel, por el sur con el A.H. Fraternidad, por el este con el pueblo joven Corazón de Jesús y por el oeste con el pueblo joven Alto Perú (18).

En el mercado “Pueblos Unidos” del Asentamiento Humano 10 de Setiembre hay 120 socios en el cual se observó que desayunan y almuerzan en el mismo mercado por lo cual solo consumen abundantes carbohidratos, la razón es que trabajan desde las 5:00 am hasta las 7 de la noche, por lo que su estado de salud puede estar afectado por diversos factores (18).

Este mercado cuenta con servicios básicos como luz eléctrica, agua, desagüe, el carro basurero pasa 3 veces a la semana, cuenta con un loza deportiva, en sus alrededores cuenta con un puesto de salud e instituciones educativas. El Puesto de Salud Santa Ana brinda atención de salud a la mayoría de pobladores que están asegurados por el Seguro Integral de Salud SIS, pero también se atienden por diferentes centros de salud, hospitales dentro de la jurisdicción de Chimbote (18).

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

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente enunciado del problema de investigación: **¿Cuáles son los determinantes de la salud comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H10 de Setiembre Chimbote, 2013?**

Para dar respuesta al problema se planteó el siguiente objetivo general:

Identificar los determinantes de la salud en comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre-Chimbote.

Para poder conseguir el objetivo general nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico: Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico; entorno físico, vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental en comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, en comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre.

Finalmente la investigación se justifica porque es necesaria en el campo de la salud, debido a que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población en general, y promoción a su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para todo el personal de salud que labora en el puesto de salud “Santa Ana”, porque las conclusiones y recomendaciones,

pueden contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo – promocional de la salud de las personas y reducir los factores de riesgo, así como mejorar y conocer los determinantes sociales en estas personas, permitiendo así contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la salud pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la dirección regional de salud Ancash (DIRESA) y municipales en el campo de la salud, así como para la población de Chimbote; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que aquellas personas a que identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, y a que al conocer sus determinantes se podrá disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad y a la vez favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Gonçalves, M. y colab (19), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar, L. y García, G. (20), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel nacional:

Rodríguez, M. (21), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor Dos de Mayo – Amazonas”. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano; limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

Valverde L, (22), en su estudio sobre Determinantes de salud de los adultos del sector B, Huaraz distrito.2013. El tipo de la investigación, cuantitativa y diseño descriptivo con una población de 625 y una muestra de 239, se utilizó el cuestionario sobre determinantes de la salud .Se obtuvieron los siguientes resultados :El 82% son de sexo femenino , el 61% son adultos jóvenes , el 34% estudiaron hasta secundaria completa e incompleta , el 60% tuvieron un ingreso económico menor de 750 soles , en relación a la vivienda , el 51% tiene un tipo de vivienda unifamiliar , el 50%disponen su basura a campo abierto .En relación a estilos de vida , el 70% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente , el 82% no se realizan examen médico .En relación a las redes sociales y comunitarias , el 84% afirman que hay pandillaje cerca de su casa.

A nivel local:

Melgarejo, E. (23), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas

El presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de la persona de Mack Lalonde y Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (24).

En 1974, Marck Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (25).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en la salud son resultados de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud (26).

La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una

prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (26).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (26).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (26).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud.

Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (26).

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

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

los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios.

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

c) Determinantes proximales: Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (26).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de determinantes de la salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el

enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas.

Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes:

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud (26).

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación (26).

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo (26).

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (26).

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud (27).

Territorio (Ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud. Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno

social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (27).

III. METODOLOGÍA. 3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo: Cuantitativo, de corte transversal (28, 29).

Diseño: Descriptivo de una sola casilla (30, 31).

3.2. Población y muestra

Población muestral:

La población estuvo conformada por 120 comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A. H. 10 de Setiembre del distrito -Chimbote.

Unidad de análisis

Cada comerciante que formó parte de la muestra y reúne los criterios de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre - Chimbote.
- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre – Chimbote sanos o enfermos.
- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el A.H. 10 de Setiembre – Chimbote que aceptaron participar en él estudio.
- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos del A.H. 10 de Setiembre-Chimbote que tienen la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos del A.H. 10 de Setiembre-Chimbote que tengan algún trastorno mental.
- Comerciantes del mercado Pueblos Unidos del A.H.10 de Setiembre – Chimbote que tengan presente problemas de comunicación.

3.3. Definición y operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (32).

Edad

Definición conceptual

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (33).

Definición operacional

Escala de razón.

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

- Adulto joven (20 – 40 años)
- Adulto maduro(40 – 64 años)
- Adulto mayor(65 años)

Sexo

Definición conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (34).

Definición operacional Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de instrucción

Definición conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (35).

Definición operacional

Escala ordinal

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

Ingreso económico

Definición conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (36).

Definición operacional

Escala de razón

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

DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (37).

Definición operacional

Escala nominal

- Vivienda Unifamiliar
- Vivienda Unifamiliar
- Vivienda Multifamiliar
- Vecindad , quinta, choza, cabaña
- Local no destinado para habitación humana
- Otros

Tenencia

- Alquiler
- Cuidador / alojado
- Plan social
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

- Madera

- Adobe
- Estera
- Material noble, ladrillo y cemento

Personas que duermen en una habitación

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Independiente

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas ,electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza(corona de maíz)
- Carca de vaca

Energía eléctrica

- Sin energía
- Lámpara
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente □ Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

Lugar de eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específicamente de recogido
- Vertedor por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual

Son acciones repetidas adquiridas en el transcurso de la vida, iniciando su enseñanza en el proceso de socialización dentro del seno familiar (38).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

- Si fumo, diariamente
- Si fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

Consumo de bebidas alcohólicas

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente

Horas que duerme

- 6 a 8 horas
- 8 a10 horas
- 10 a12 horas

Frecuencia con qué se baña

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se baña

Examen periódico en un establecimiento de salud

Escala nominal

- Sí
- No

Actividad física en tiempo libre

Escala nominal

- Si
- No

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos

Tipo de actividad:

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

Alimentación

Definición conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (37).

Definición operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (38).

Apoyo social natural que recibe

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

Apoyo social organizado que recibe

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

Apoyo de algunas organizaciones

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (39).

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

- Hospital
- Centro de salud
- Puestos de salud
- Clínicas particulares
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS - MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje cerca de lugar de vivienda

Escala nominal

- Si
- No

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento N° 01

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez, A. y consta de 2 partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió), constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (Ver anexo N° 01).

- Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas, morbilidad.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas (40)

(Ver anexo N° 02)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (40). (Ver anexo N° 02)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (41, 42) (Ver anexo N° 03)

3.5. Plan de análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió el consentimiento de las personas de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de familia su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.

- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/softwa reversión 18. Se presentaron los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (43).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos del A.H.10 de Setiembre, la investigación fue de manera anónima y la información que obtuvo fue solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesto, logrando el respeto a la intimidad de los comerciantes del mercado “Pueblos Unidos” del A.H 10 de Setiembre y fue útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se les informó a los comerciantes del mercado “Pueblos Unidos” del A.H 10 de Setiembre, los fines de la presente investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los comerciantes del mercado “Pueblos Unidos” del A.H 10 de Setiembre, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo de investigación (Ver anexo N° 04).

IV. RESULTADOS: 4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIANTE DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS, ASENTAMIENTO HUMANO. 10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE. 2013

Sexo	n°	%
Masculino	32	27,0
Femenino	88	73,0
Total	120	100,0
Edad (años)	n°	%
Adulto Joven	8	7,0
Adulto Maduro	69	57,0
Adulto Mayor	43	36,0
Total	120	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Sin nivel instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	47	39,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	73	61,0
Superior universitaria	0	0,0
Superior no universitaria	0	0,0
Total	120	100,0
Ingreso económico familiar	n°	%
Menor de S/. 750.00	108	90,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	12	10,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	0	0,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vélchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano 10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS, ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE.2013

Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	120	100
Total	120	100,0

Tipo	n°	%
Vivienda unifamiliar	36	30,0
Vivienda multifamiliar	83	69,17
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0,0
Local no destinado para habitación humana Otros	1	0,83
	0	0,0
Total	120	100,0

Tenencia	n°	%
Material del piso	n°	%
Tierra	5	4,2
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílico o sin vinílico	33	27,0
Laminas asfálticas	80	67,0
Parquet	2	1,7
Total	120	100,0
Material del techo	n°	%
Madera, estera Adobe	0	0,0
	0	0,0
Estera y adobe	1	0,83
Material noble ladrillo y cemento	119	92,2

Eternit	0	0,0
Total	120	100,0

Material de las paredes	n°	%
Madera, estera	1	0,83
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	119	99,2
Total	120	100,0

Continúa.....

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS
UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO. 10 DE SETIEMBRE-
CHIMBOTE,
2013**

N° de dormitorios	n°	%
4 a más dormitorio	16	13,0
2 a 3 dormitorios	72	60,0
Independiente	32	27,0
Total	120	100

Abastecimiento de agua	n°	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	0	0,0
Total	120	100,0

Eliminación de excretas	n°	%
Aire libre	0	0,0
Acequia	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño publico	1	0,8
Baño propio	119	99,2
Otros	0	0,0
Total	120	100,0

Combustible para cocinar	n°	%
Gas, electricidad	120	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0

Tuza(coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	120	100,0
Energía eléctrica	n°	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0 120	0,0 120
Energía eléctrica permanente		
Total	120	100,0
Deposición de basura	n°	%
A campo abierto	1	0,83
Al rio	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra , quema ,carro recolector	119	99,2
Total	120	100,0

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS
UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE SETIEMBRE-
CHIMBOTE,
2013**

Frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa	n°	%
Diariamente	9	7,5
Todas las semanas pero no diariamente	95	79,2
Al menos 2 veces por semana	16	13,3
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	120	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n°	%
Carro recolector	119	99,2
Montículo o campo limpio	1	0,83
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS
ASENTAMIENTO HUMANO.10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE,
2013**

Fuma actualmente:	n°	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	2	1,7
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	118	98,3
TOTAL	120	100,0

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n°	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	12	10,0
No consumo	108	90,0
Total	120	100,0

N° de horas que duerme	n°	%
[06 a 08)	111	92,5
[08 a 10)	9	7,5
[10 a 12)	0	0,0
Total	120	100,0

Frecuencia con que se baña	n°	%
Diariamente	120	100
4 veces a la semana	0	0,0
No se baña	0	0,0
Total	120	100,0

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n°	%
Si	19	15,83
No	101	84,16
Total	120	100,0

Continúa.....

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS
ASENTAMIENTO HUMANO.10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE,
2013**

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n°	%
Caminar	11	9,2
Deporte	1	0,83
Gimnasia	1	0,83
No realiza	107	89,2
Total	120	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n°	%
Caminar	9	7,5
Gimnasia suave	2	1,6
Juegos con poco esfuerzo	1	0,8
Correr	0	0,0
Deporte	0	0,0
Ninguna	108	90,0
Total	120	100,0

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

Consumo										
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Frutas	71	59,16	47	39,16	2	2,0	0	0,0	0	0,0
Ccarne	105	87,5	15	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
huevos	49	41,0	68	56,6	3	2,5	0	0,0	0	0,0
Ppescado	105	87,5	15	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fideos	118	98,3	2	17,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pan,cereales	106	88,3	13	10,83	1	0,83	0	0,0	0	0,0
Verduras,hortalizas	33	27,5	76	63,3	11	9,16	0	0,0	0	0,0
Llegumbres	28	23,3	85	71,0	5	4,16	2	1,6	0	0,0
Eeembutidos	2	1,6	73	61,0	1	0,83	44	37,0	0	0,0
Lsácteos	76	63,3	43	36,0	0	0,0	0	0,0	1	0,83
Ddulces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	47,0	64	53,3
Riefrescos conazúcar	0	0,0	0	0,0	1	0,83	60	50,0	59	49,16
Frituras	0	0,0	4	3,3	32	27,0	68	57,0	6	5,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano 10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO. 10 DE SETIEMBRE CHIMBOTE, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n°	%
Hospital	7	6,0
Centro de salud	3	2,0
Puesto de salud	110	92,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	120	100,0

Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n°	%
Muy cerca de su casa	37	31,0
Regular	63	52,0
Lejos	7	6,0
Muy lejos de su casa	5	4,6

No sabe	8	7,0
Total	120	100,0

Tipo de seguro	n°	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	110	91,6
SANIDAD	10	08,3
Otros(ninguno)	0	0,0
Total	120	100,0

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n°	%
Muy largo	0	0,0
Largo	11	9,0
Regular	44	37,0
Corto	37	31,0
Muy corto	23	19,0
No sabe	5	4,0
TOTAL	120	100,0

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS COMERCIANTE DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS.

ASENTAMIENTO HUMANO. 10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE ,2013

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n°	%
Muybuena	20	17,0
Buena	59	49,0
Regular	34	28,0
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	7	6,0
Total	120	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n°	%
Si	120	100,0
No	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano 10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

**4.1.5. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN
APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO**

TABLA 5

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO
SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO, EN LOS COMERCIANTES
DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS ASENTAMIENTO HUMANO.
10 DE SETIEMBRE-
CHIMBOTE, 2013**

Recibe algún apoyo social natural:	n°	%
Familiares	0	0,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibió	120	100
Total	120	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n°	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0

No recibió	120	100
	120	100,0
Total		

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.6. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO.10 DE SETIEMBRE-CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social organizado:	n°	%
Pensión 65	0	0,0
Comedor popular	0	0,0
Vaso de leche	0	0,0
Otros	0	0,0
No recibió	120	100
TOTAL	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. aplicado a los comerciantes del mercado Pueblos Unidos en el Asentamiento Humano10 de Setiembre en Chimbote, Noviembre 2013.

4.2. Análisis de resultados:

En la tabla 1: Con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 73% (88) de los comerciantes encuestados son de sexo femenino y a la vez, el 57% (69) son adultos maduros, el 61% (73) tienen un grado de instrucción secundaria completa e incompleta, así mismo podemos mencionar que el 90% (108) tiene un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles.

Estos resultados se relacionan en el indicador de grado de instrucción a lo encontrado por Rosales, J. (44), en su investigación titulada “Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013”, cuyo resultado obtenido fue: El 68% tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta.

Estos resultados difieren a los resultados encontrados por Arroyo, M. (45), en su tesis “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adultos del A.H. Lomas del Sur Nuevo Chimbote, 2012”. Donde muestra en los factores biosocioculturales que el 77,7 % de los Adultos son de sexo femenino, el 56,2% son adultos maduros, 43,4 % tienen secundaria completa e incompleta, el 91 % tiene un ingreso menor de 750 soles,

Asimismo, estos resultados se relacionan en el indicador de grado de instrucción a lo encontrado por Quispe, Y. (46) en su investigación titulada: Determinantes de la salud en preescolares con caries dental. I. E.N° 1540.A.H.San Juan. Chimbote – Perú, 2012, en donde obtuvo el siguiente resultado: El 56% de las adultas maduros tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta.

De igual manera se aproxima a los encontrados por Valencia, D. (47), en su estudio “Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el A.H. 3 de Setiembre Casma 2011, donde su muestra estuvo conformada por 140 adultos, donde se destacó que el 68% son de sexo femenino.

Estos resultados se asemejan con los resultados de Luciano F, (48), quienes estudiaron sobre el estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona

adulta en el AA.HH Tres Estrellas Chimbote-2009. Encontrando en los factores biológicos con el 56.1% en la etapa adulto maduro, el 63.6% destaca el sexo femenino, en los factores culturales el 34.8% tiene secundaria completa e incompleta.

Asimismo, los resultados de la presente investigación se asemejan a los resultados encontrados por Méndez, N. (49) en su investigación “Determinantes de salud de los adultos (a) de la comunidad Chua alto sector “T” Huaraz, 2013”. Su muestra estuvo conformada por 169 adultos; maduros destacando que el 68 % (86) son de sexo femenino, teniendo el 82 % (142) ingreso económico menor de 750 nuevos soles.

También se asemejan con el estudio del Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI). Principales indicadores 2011-2012. (50), En Tacna en el estudio se encontró; adultos maduro representa 68, 3%, nivel de instrucción secundaria 87, 8%, nivel educativo.

De igual manera los resultados se asemejan con lo encontrado por Sánchez C. (51), Entorno socioeconómico y estilo de vida en adultas maduras de México- 2010. Concluyendo: De una población de 200 personas adultas, la mayoría fluctúa entre los 40 a 56 años, grado de instrucción primaria, ingreso económico de 500 pesos (equivale menos de 750 nuevos soles).

De igual manera estos resultados difieren en el indicador de grado de instrucción en la investigación realizada por Vega, Y. (52), titulada “Estilos de vida y factores biosocioculturales de las mujeres comerciantes adultas del mercado La Florida, Chimbote 2012”, cuyos resultados obtenidos fueron: El 33.33% de las entrevistadas tienen un grado de instrucción de secundaria completa.

Asimismo, estos resultados difieren en el indicador de edad en el estudio realizado por Cruzado, A. (53), en su investigación titulada: Estilo de vida y factores biosocioculturales de las madres de nivel primario de la institución educativa El Santa; Nuevo Chimbote – 2012, en donde encontró que el 56.1% de las encuestadas son adultas maduras.

Igualmente, podemos decir que estos resultados se aproximan en el indicador de ingreso económico, en el estudio realizado por Corpus, M.

(54), que investigó “Estilo de vida y factores socioculturales en la mujer adulta madura. Empresa conservera inversiones Estrella de David. Nuevo Chimbote, 2012”, cuyo resultado obtenido fue que el 45.4 % de las entrevistadas tienen un ingreso económico de 600 a 1 000 soles y el 35.45% tienen un ingreso económico de 100 a 599 soles.

Actualmente los psicólogos evolutivos estudian con atención el desarrollo de los adultos dividiendo la vida adulta en diversas etapas. Existen pocos criterios científicos para señalar el cambio de un periodo a otro, los límites que señalan el inicio y final de cada etapa son más arbitrarios que en la infancia. Para facilitar su estudio se divide la edad adulta en tres partes: la temprana o juventud, la edad media o madurez y la edad tardía. Sin embargo debemos tomar en cuenta que la vida de cada uno difiere tan drásticamente de las de los demás (55).

La palabra sexo descende del latín *dividir* originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos) (56).

El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: el sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos) (57). El grado de instrucción de una persona se puede conceptualizar como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionales o definitivamente incompletos (58).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, define al grado de instrucción como las etapas educativas del sistema educativo, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. El Ingreso económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (59).

El grado de instrucción que posee la mayoría de comerciantes, ejerce una gran influencia sobre la salud, debido a que por el nivel de instrucción que

tienen es bajo y es posible que no les llegue ninguna información sobre la importancia de los hábitos saludables para la conservación de la salud, es por ello que es muy probable que estén expuestas a contraer distintas enfermedades crónicas degenerativas que se pueden prevenir adoptando hábitos y estilos de vida saludables.

Seguidamente en relación al ingreso económico menor de 750 nuevos soles que tienen el mayor porcentaje de los comerciantes, podemos decir que estas personas están en una desventaja por el ingreso económico que ellos manejan esto se debe principalmente a que la mayoría es generador de sus propios ingresos y desarrolla actividades concentradas en el comercio, venta en mercado, tiendas de abarrote, trabajadores de agro y en menor medida amas de casa, estos resultados que nos estaría indicando que no existe una estabilidad económica y financiera, que pueden repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona y de gozar de buena salud .

El ingreso económico se usa como indicador indirecto de la clase social, aunque algunos autores consideran que no son un buen indicador del nivel socioeconómico, por la variabilidad que presentan en muchas ocupaciones que requieren un nivel de titulación similar. Es más común que se considere un indicador directo de riqueza material. El salario mínimo se denomina Remuneración de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) , siendo para el año 2010 una suma ascendente igual a S/.550 nuevos soles, lo cual no cubre los gastos de la canasta básica familiar, que según datos del INEI alcanza a S/. 2 112 nuevos soles (60).

El ingreso económico y el gasto de los hogares son elementos centrales para la evaluación y estudio de las condiciones de vida de las familias. Por lo que se considera vital que las personas tengan los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye a salud (61).

Los determinantes biosocioeconómicos si influyen de manera muy relevante en la salud de cada ser humano, y la vez determina el grado de salud que tienen las personas, debido a que estas variables son factores de riesgo que ponen en peligro la salud de persona.

Se encontró que el mayor porcentaje es de sexo femenino, y la edad que predomina es adulto maduro, resultado que nos estaría indicando que el

hecho de ser mujer por las características propias de edad reproductiva puede ser un periodo de riesgos para la salud, asociados por un lado, con el sexo, la reproducción, los estereotipos de género, el analfabetismo y las tradiciones vigentes de la sociedad.

En conclusión, a todo lo mencionado anteriormente, podemos recalcarlos determinantes biosocioeconómicos de la salud tienen una gran influencia en la salud de las personas, la consecuencia de tener un ingreso económico bajo no permite satisfacer todas sus necesidades básicas de las personas quedando expuestas a sufrir de diversas enfermedades, que perjudican enormemente su salud, y el tener solamente un grado de instrucción de secundaria completa e incompleto no garantiza que las personas tengan una adecuada salud, debido que no les faculta tener la óptima capacidad de tomar decisiones y adoptar conductas que favorezcan su salud, y el ser solamente comerciantes no les permite tener un desarrollo tanto personal como profesional.

En la tabla 2, con respecto a los determinantes de la salud relacionado con la vivienda, se puede observar que el 100% (120) tienen casa propia, el 69.17%(83) tiene vivienda multifamiliar; el 67 % (80) tienen piso asfaltadas, también el 99,2% (119) tiene techo, paredes de material noble ,de igual forma el 60,0%(72) de las viviendas tienen 2 a 3 miembros duermen en un habitación , a la vez el 100 % de las viviendas presentan conexión domiciliaria , en relación al gas para cocinar el 99.2% utiliza gas, el 99, 2%(119) cuentan con baño propio , el 100%(120) cuentan con energía eléctrica permanente, a la vez el 79% (95) refieren que la frecuencia con la que pasa el carro recolector de basura es todas las semanas pero no diariamente , el 99.2% (119) disponen su basura en el carro recolector y finalmente , el 99,2%(119) suelen eliminar su basura a través del carro recolector de basura.

Estos resultados son similares a los resultados encontrados por, Monasteri, N, y colb, (62), en sus tesis denominado “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, 2013.” Sobre el tipo de Vivienda, un 68,8% vive en una vivienda unifamiliar, 100% vivienda propia, 99,2% tienen piso asfaltado, 99,2% material noble, 95,6% paredes de ladrillo; 62% comparten habitación con 2 o 3 miembros, 99,6% se abastecen de agua por conexión domiciliaria, 99,6% con baño propio,

99,6% utilizan gas o electricidad para cocinar, 98,8% cuentan con energía eléctrica permanente, 100% eliminan la basura semanalmente pero no diariamente y el 100% eliminan en carro recolector de basura.

Así mismo estos resultados son similares a los resultados encontrados por, Escalante Y, (63). En su Tesis denominado “Prototipo de vivienda bioclimática rural sostenible en el distrito de Santa Lucia Puno-2011”. El 48,2% cuentan con vivienda unifamiliar El 77% tiene tipo de piso de tierra 60% cuentan con agua conexión domiciliaria, 94% refieren que pasa el carro recolector diariamente. Así mismo estos resultados difieren, 45% cuentan con material de paredes de adobe, En cuanto al material del techo 57,4% son de tejas y calaminas, un 33,2% refieren que cuentan con una habitación individual para dormir, solo 24,5% cuentan con energía eléctrica permanente.

Se encontró resultados similares por Garay, N. (64) en su estudio “Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Moro II. Tacna, 2013”, donde su muestra estuvo conformada por 148 adultas, donde se destacó que el 68.8% tiene vivienda multifamiliar, el 100 % cuenta con casa propia, el 99.2% tiene de material noble el techo, el 99% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, con respecto al abastecimiento de agua el 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 98.9% cuenta con gas para cocinar. En lo concerniente a la energía eléctrica el 100% cuenta con energía eléctrica permanente.

Resultados similares fueron encontrados por Camacho, A y colab, (65) en su investigación titulada “Investigación sobre familia como unidad económica de consumo en el barrio Caobos de Bogotá, localizado en la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá. 2003., donde su muestra estuvo conformada por 106 encuestas, destacó que el 98,8% utiliza gas como combustible para cocinar; el 100% de las viviendas cuenta con servicios de abastecimiento de agua domiciliaria y energía eléctrica permanente.

Asimismo, los resultado se asemejan a los encontrados por Pajuelos, A. (66) en su investigación titulada “Determinantes de la salud de los adultos en el sector “C” Huaraz - Distrito, 2013”, donde su muestra estuvo conformada

por 224 adultos; destacando que el 59% (133) son de sexo femenino y el 60% (134) posee una vivienda unifamiliar, el 100% (224) cuentan con abastecimiento de agua de conexión domiciliaria, el 99% (222) cuentan con baño propio, el 94% (211) utiliza gas para cocinar y el 100% (224) tiene energía eléctrica permanente.

Los resultados se asemejan a los resultados obtenidos por Cardona D, y colb. (67), en su estudio titulado: Condiciones socioeconómicas de hombres y mujeres adultos de Medellín-2005. Se obtuvo como resultado que el 56.3% de hombres y mujeres cuentan con vivienda propia, Los materiales en la vivienda los constituyen bloques o ladrillos en sus paredes 95.6%. El piso es de cemento 22.7%. El techo de las viviendas es de cemento 66.5%. La instalación de energía eléctrica se presentó en 98.7% y el agua en un 98.3% de viviendas. La recolección de basura se presentó en 98% de las viviendas de hombres como de mujeres.

Además, difieren de los resultados encontrados por Britto H. (68) en su investigación titulado “Determinantes de la salud de las mujeres que cursan el cuarto y quinto año de secundaria en la I.E Nuestra Señora de Fátima – Piura, 2013”; destacando que el 100% tiene vivienda propia, el 57,14 % tiene material de techo de ladrillo, cemento o calamina, el 53,01% tiene la habitación para dormir, el 84,96% tienen gas para cocinar en casa y el 53,38% eliminan su basura en carro recolector de basura.

Así mismo podemos decir que los resultados obtenidos en esta investigación, se aproximan en el indicador del lugar de eliminación de la basura, obtenido por Garza, V. y colab. (69), en su investigación titulada: “Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San Agustín Valdivia, valle de Juárez. Chihuahua, México; cuyos resultados obtenidos nos revelan que el 86.78% de las viviendas suele eliminar su basura a través del carro recolector de basura.

Asimismo los resultados obtenidos difieren con Conrado P y colab. (70), En su estudio sobre Conocimientos y actitud de la población en relación con el saneamiento básico ambiental en la Habana-2000. La muestra estuvo constituida por 200 personas. Al analizar los elementos que pueden influir en la comunidad para que aparezcan enfermedades, la presencia de vectores; el 94.1% la recogida de basura; el 89.5% desbordamientos de desagüe y sólo

el 85,4% refieren la calidad del agua. El 92,2% de la población explorada consideró que existe relación entre la basura y la salud y el 59,9% señalaron que el servicio de recogida en su comunidad es malo.

También difieren los resultados encontrados por Céspedes M, y colb. (71) en su investigación titulada “Leptospirosis: Una enfermedad zoonótica hiperendémica en la provincia de Coronel Portillo. Ucayali, Perú” 2004, con una muestra de 364 pobladores; destacando que el 227 (62,4%) fueron mujeres, la construcción estaba realizada de material noble (26,4%) y el 182 (50,0%) eliminan la basura en camión recolector.

Castro, U. (72), en su tesis doctoral de ciencias sociales denominado “Estructuras Regionales Emergentes y Desarrollo Turístico Sustentable, en la región Costa Sur de Nayarit, México 2001”. Donde muestra que un 52% cuentan con vivienda unifamiliar, 52,3% tienen vivienda propia, 34,2% con piso de tierra, 45% cuentan con material de techo cemento y ladrillo, 44,5% cuentan con material de paredes cemento y ladrillo, y así mismo estos resultados difieren, 44,2% refieren que cada persona utilizan habitaciones diferentes para dormir, 22,3 cuentan con abastecimiento de agua domiciliario, 21,8 % tiene energía eléctrica permanente.

La Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y la familia. Una vivienda es una edificación construida, adaptada y convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calleo a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras (73).

En los resultados obtenidos en la investigación realizada Ruiz, A. (74), por investigación a la persona adulta madura, Miramar, sector 3-Moche, se puede observar que el 70% (128) de las viviendas son de tipo multifamiliar y el 91% (161) son de tenencia propia, esto es posiblemente debido a que el centro poblado se encontraba con muchas zonas desocupadas, logrando invadir y establecerse legalmente sus viviendas, por lo cual facilita la unión familiar y desarrollo social.

Bueno, M (75), refiere que la vivienda es algo más que una simple necesidad básica. La vivienda nos da cobijo, nos protege de las agresiones del entorno y facilita la comunicación y la creación de un hogar donde compartir la vida con la familia y los seres queridos.

Siguiendo con los determinantes de la salud relacionados con la vivienda, podemos mencionar con respecto al número de habitaciones para dormir que tienen el mayor porcentaje de las viviendas, no se encuentran expuestas a ciertas enfermedades que les puede producir el hacinamiento, como son las infecciones respiratorias, alergias, enfermedades gastrointestinales entre otras, a la vez cuentan con un espacio en donde puedan descansar y tener privacidad para realizar otras actividades, mientras que por otro lado existe un porcentaje considerable de las viviendas que cuentan con 1 o 2 dormitorios para dormir, estando expuestas a contraer ciertas enfermedades que les pueda producir el hacinamiento.

El problema del hacinamiento causa serias consecuencias dentro de las cuales encontramos que personas viviendo en esta situación, son más propensas a contagios de enfermedades infecto contagiosas pero, además, limita considerablemente el desarrollo de las personas.

Seguidamente en relación a los servicios básicos que tienen las viviendas, se puede decir que estas personas tienen una mejor calidad de vida así como la satisfacción de sus necesidades básicas, no están expuestas a contraer ciertas enfermedades como diarreas, parasitosis, alergias, enfermedades de la piel, entre otras que se pueden contraer si es que no se cuenta con los servicios básicos (76).

La eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos podría reducir los riesgos para la salud y crear un entorno más agradable para la vista y la vida. La utilización de métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es desfavorable a la reproducción de insectos y roedores causantes de enfermedades. De otra parte, el inadecuado almacenamiento, recolección y disposición final de los desechos sólidos puede dar lugar a una serie de riesgos para la salud, en particular a enfermedades gastrointestinales y parasitarias.

Haramoto, E. (77), nos dice que las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Las

enfermedades diarreicas, parasitarias, la tuberculosis son algunos ejemplos de enfermedades que se asocian a malas condiciones de la vivienda. Una vivienda saludable es la concepción de la vivienda como agente de la salud de sus moradores. Implica un enfoque sociológico y técnico de enfrentamiento a los factores de riesgo y promueve una orientación para la ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo, uso y mantenimiento de la vivienda y su entorno, así como la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables, así mismo una vivienda saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud.

Al concluir la presente tabla de los determinantes del entorno físico se ha podido evidenciar que muchos de estos adultos maduros cuentan con una casa propia, con varias habitaciones y que son familias multifamiliares, razón por la cual ellos duermen de 2 a 3 personas por dormitorio, bien sabemos que hoy en día esto puede causar muchos problemas como enfermedades, infecto contagiosas, violaciones, y muchos problemas más que hoy en día se conoce por las noticias, periódicos y otros. Los investigados no se encuentran alejados de estos riesgos a su salud.

En la tabla 3 con respecto a los determinantes de los estilos de vida, podemos mencionar que el 98,3% (118) refiere que no fuma actualmente, pero he fumado antes, el 90% (108) consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 92,5% (111) duermen de 6 a 8 horas diarias, el 100% (120) refieren que se bañan diariamente, el 84,16% (101) no se realizan ningún examen médico periódicamente, el 89,2% (107) no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre, el 90% (108) no realiza ninguna actividad física durante más de 20 minutos, el 59,16% (71) consumen frutas diario, el 87,5% (105) consumen carne de 3 a más veces a la semana, el 98,3% (118) consume fideos diario, el 88,3% (106) consume pan, cereales diario, el 61% (73) consumen embutidos menos de 1 vez a la semana, el 49,16% casi nunca o nunca consumen refrescos con azúcar.

Asimismo, los resultados de la presente investigación son similares a los resultados encontrados por Fernández, C. (78) en su investigación titulada “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el asentamiento humano Pachitea - Piura, 2013”; destacando que el 98.08% no fuma actualmente pero si han fumado. El 92.57% de mujeres adultas duermen de 6 a 8 horas, el

85.49% en su tiempo libre no realiza actividad física, así mismo el 88.62% en las 2 últimas semanas no realiza ninguna actividad física.

Estos resultados son similares con los encontrados por Echeverría S y colb, (79) en su investigación titulada “Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios” México 2010. Su muestra estuvo conformada por 86 adultos, donde destacó que 100% se bañan y cambian ropa diariamente y el 90% duermen de 6 a 8 horas.

Además, son casi similares los resultados encontrados por Chuquihuanga M. (80) en su investigación titulada “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el A.A H.H San Isidro - Piura, 2013.”, donde su muestra estuvo conformada por 243 mujeres adultas; destacando que el 92.58% (183) duermen de 6 a 8 horas diarias, que se bañan diariamente contestaron un 100% (243), un 89,3% (151) manifestaron que no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre , y en las 2 últimas semanas no realizaron ninguna actividad física contestaron el 88% (174) de mujeres encuestadas.

Estos resultados se asemejan en algunos indicadores encontrados por Bersia, M. (81); en su investigación titulada: Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan a quagym en la ciudad de Rosario, cuyos resultados obtenidos fueron: el 98% de las entrevistadas no fuman, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

De igual manera, estos resultados se aproximan en algunos indicadores a los encontrados por Rojas, A. (82); en su investigación titulada: Prácticas de auto cuidado que realizan las mujeres Premenopáusicas del A.H. Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho, cuyos resultados obtenidos fueron: El 86% no realiza ninguna actividad física y el 70% de las entrevistadas no se realizan ningún chequeo médico periódicamente.

Así mismo estos resultados difieren con el autor Castro, Y. (83), en su estudio “Promoción de estilos de vida saludable área de Salud de Esparza Costa Rica abril 2012”. Muestra que el 32,2% se bañan 2 a 3 veces a la semana el 43,2% realizan actividades físicas en sus tiempos libres, el 37,4% consumen pescado 1 a 2 veces por semana, 54% de las personas consumen verduras con menos frecuencia de 1 a 2 veces por semana.

Según Ramos, L. (84), en su tesis doctoral “Hábitos, Comportamientos y Actitudes de los Adolescentes Emigrantes sobre nutrición Canadá, 2007”. Donde muestra que el 2,3 % consumen frutas con menos frecuencia, 42% consumen fideos 3 a más veces a la semana, el consumo de cereales el 45% de la población consumen de 4 a 5 veces a la semana.

La teorista de enfermería: Nola J Pender en el Modelo de Promoción de la Salud, se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos –perceptuales que son modificables por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (85).

Su objetivo es de integrar tanto a la enfermera como a la persona con respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional de enfermería debe ser el principal motivador las personas en cuanto a mantener su salud (85).

Estilo de vida es una variable para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. Es decir, se define por la conducta individual de cada individuo, su personalidad y los medios que utiliza para satisfacer sus necesidades básicas. El estilo de vida de una persona lo refleja su forma de vida y está determinado por todas esas variables mencionadas anteriormente. De este modo, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo. Esto dignifica al individuo dentro de la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (85).

El consumo de tabaco y alcohol son un tema de creciente interés en la población. La salud y la calidad de vida de muchas personas han sido afectadas por este tipo de prácticas adquiridas, en muchos casos, durante la juventud y mantenidas luego como hábitos característicos del estilo de vida. Las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco y alcohol, son de carácter crónico, irreversible, incapacitante y mortal. Posteriormente, por este consumo continuo, va a generar adicción, es decir va a buscar y a consumir de manera compulsiva, aun cuando conozca las consecuencias negativas para su salud (86).

Continuando con los determinantes de estilos de vida de los comerciantes, podemos decir que los hábitos de vida que tienen los entrevistados como son el no fumar y consumir bebidas alcohólicas ocasionalmente no perjudica la salud y dentro de sus beneficios que nos brinda podemos mencionar que nos permite tener una mejor conservación de la salud, un mayor rendimiento físico y un mejor estado emocional de la persona, a la vez produce un menor riesgo de contraer ciertas enfermedades como el cáncer, infarto del miocardio, entre otras enfermedades si tenemos un estilo de vida desordenado (87)

La falta de actividad física provoca un debilitamiento de los huesos, es decir, hace que los huesos pierden fuerzas, abriendo paso a enfermedades como la osteoporosis. Otra consecuencia más es que la falta de ejercicio físico provoca que el cuerpo pierda condición para realizar actividades, así ante cualquier movimiento que requiera esfuerzo físico como subir escaleras, caminar, levantar objetos, o correr, será la fatiga lo primero que experimentemos, ahora bien, lo que no vemos es que las arterias y las venas van acumulando algunas de las grasas que no utilizamos, el flujo sanguíneo será menor y por lo tanto el corazón trabaja doble, lo que trae como resultados los problemas de largo plazo para la persona (88).

Siguiendo con los determinantes de estilos de vida de los comerciantes de en relación a la alimentación podemos mencionar que tienen una alimentación no saludable tiene un alto riesgo de presentar enfermedades a largo plazo y crónicas degenerativas como el cáncer, hipertensión, diabetes y problemas cardiacos, a tener sistema inmunológico alto, tienen una mayor posibilidad de tener su peso dentro de los rangos normales evitando la obesidad, a la vez tienen una mejor condición física, por lo tanto tienen una mayor esperanza de vida.

Contreras, Y. (89), nos dice que una dieta balanceada ofrece como ventajas como son la mejora del estado general de la salud, el cual se ve reflejado en un buen aspecto físico, así mismo aumenta las defensas o anticuerpos del organismo, contribuyendo a evitar el contagio de enfermedades, favorece el crecimiento y la ejecución de los órganos, nos previene enfermedades relacionadas con el exceso o deficiente consumo de nutrientes. Cada comida debe procurar ser variada en cuanto a los alimentos que la componen, no

sólo porque la variación proporcionará todos los nutrientes necesarios, además resultará más agradable.

Continuando con los determinantes de estilos de vida en relación a actividad física, podemos mencionar que las entrevistadas se encuentran en una mayor probabilidad de desarrollar y mantener la obesidad, a la vez además se encontraran menos activas provocando el debilitamiento de los huesos, tienen un mayor riesgo de muerte y un mayor riesgo de sufrir muchas enfermedades crónicas - degenerativas y cardiovasculares como la enfermedad coronarias, ataques al corazón, la diabetes, hipertensión y el cáncer, así mismo tendrán mayor dificultad para conciliar el sueño.

La Organización Mundial de la Salud (90), define al sedentarismo como la falta de actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”, a la vez nos dice que la conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona: la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares; así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano puede hacer difícil, si no imposible empezar a moverse.

Asimismo, según la OMS (90), la actividad física regular ayuda a reducir el riesgo de muerte prematura, a la vez reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca o accidente cerebro vascular, que representan un tercio de la mortalidad, reduce hasta en un 50% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II o cáncer de colon, contribuye a prevenir la hipertensión arterial, que afecta a un quinto de la población adulta del mundo, contribuye a prevenir la aparición de la osteoporosis, disminuyendo hasta en un 50% el riesgo de sufrir una fractura de cadera, disminuye el riesgo de padecer dolores lumbares y de espalda, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad, la depresión, y los sentimientos de soledad, ayuda a controlar el peso disminuyendo el riesgo de obesidad hasta en un 50% y ayuda a desarrollar y mantener sanos los huesos, músculos y articulaciones.

El hecho de no practicar deporte de forma regular y moderada tiene graves consecuencias para la salud, como el aumento de la obesidad o la aparición de hipertensión, diabetes, daños en las articulaciones, colesterol y otras patologías derivadas del sedentarismo graves para la salud de las personas, asimismo aumentan las posibilidades de sufrir un aumento de la frecuencia cardíaca, un atrofiamiento de huesos y músculos y disminuciones de la resistencia física y del volumen sanguíneo. Está claro que la vida sedentaria es perjudicial y que debemos practicar ejercicio, pero hemos de hacerlo de forma regular (91).

El estilo de vida sedentario genera un desorden metabólico inevitable. Algunas de las condiciones que pueden desarrollarse por la falta de movimiento son: niveles anormales de lípidos y triglicéridos, aumento de colesterol malo o síndrome de fatiga crónica e hipertensión, esto se debe a que el sedentarismo genera un altísimo riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. La salud del corazón es notablemente afectada cuando se pasan más de seis horas al día sentado, ya que se afecta la circulación sanguínea y la presión arterial, aumentando las chances de infarto, trombosis, la formación de coágulos arteriales, y el aumento de la presión arterial (92).

Pero una dieta alta en carbohidratos está asociada a un riesgo alto de obesidad, ya que los carbohidratos contienen calorías, casi cuatro calorías por gramo; entonces consumir muchos carbohidratos diariamente aumenta el número de calorías que consumes; y cuando se consume más calorías de las que puede quemar diariamente, se gana peso. Esto es problemático porque el sobre peso está asociado con varios problemas de salud, como la diabetes y enfermedades del corazón (93).

La creación de hábitos alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona (94).

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación y la Organización Mundial de la Salud, efectuaron el informe

dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. El informe concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y enfermedades crónicas. Los organismos de Naciones Unidas subrayaron la necesidad de establecer nexos más fuertes entre los sectores de la salud y la agricultura, a escala mundial, regional y nacional, para combatir el incremento mundial de las enfermedades crónicas (95).

En conclusión, con respecto a los determinantes de estilos de vida que tienen estas personas podemos decir que el que estas personas son sedentarias ocasionándole ciertas enfermedades como la obesidad, sobrepeso, entre otras enfermedades cardiovasculares incluyendo la depresión y por último el no realizarse ningún examen médico periódicamente ocasiona a que no se detecten enfermedades en un etapa inicial, así como el de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno, conlleva a optar por la automedicación poniendo en riesgo su salud y tener una baja e inadecuada calidad de vida.

En la tabla 4, 5 y 6, relacionado a determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos mencionar que el 92%(110)se atendieron en los últimos 12 meses en un puesto de salud , de igual manera el 52%(63) consideran que el establecimiento de salud donde se atendieron está regular de su casa, el 91,6% (110) tienen como tipo de seguro al SIS _ MINSA, de la misma manera el 37% (44)de las entrevistados consideran que el tiempo de espera para que la atendieran fue regular, seguidamente el 49% (59) considera que la calidad de atención que recibieron fue buena y por último el 100% (120) consideran que si existe pandillaje cerca de su casa, el 100% (120) no recibió ningún tipo de apoyo social natural, ni tampoco recibió ningún apoyo social organizado y el 100% (120) de las entrevistados no han recibido ningún tipo de apoyo social organizado de ninguna institución.

Asimismo, estos resultados obtenidos se similares a los resultados obtenidos por Colchado, A. (96), en su investigación titulada: Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda en Vinzos. Distrito Santa- 2012”, cuyo resultados fueron que el 100% no recibió ningún apoyo social natural y el 100% no recibe ningún apoyo social organizado.

Los resultados son similares a los encontrados por Almontes, Y. (97), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud de la Mujer adulta en la Urbanización Isabel Barreto II Etapa Fonavi Paita – Piura”, 2013, donde destaco que el 94% de las mujeres adultas indican que no reciben apoyo de la organización y el 48.6% de las mujeres indican que la calidad de atención que reciben de su establecimiento es buena.

Los resultados se similares con el estudio de Solis, R y colab. (98), quienes estudiaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores, 90% tenían seguro de salud (SIS).

Por otro lado estos resultados difieren en el indicador de institución de salud en el que se atendió estos últimos 12 meses, en el estudio realizado por Uchazara, M. (99), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron que el 67.7% se atendió en un Puesto de Salud, el 50.6% considera que el lugar donde lo atendieron está lejos de su casa.

También difieren los resultados encontrados por Carrillo, K. (100), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta del barrio Leticia- Sullana, 2013”, donde destaco que el 74.8% se ha atendido en los 12 últimos meses en un hospital, así también se observa que el 72% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron regular de su casa, el 34.8% está asegurado en el SIS-MINSA.

Los resultados difieren de los resultados encontrados por Correa, B. (101), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013”. Donde se destacó que el 76.70% han recibido apoyo social natural por los familiares, el 98.30% no han recibido apoyo social organizado por ninguna entidad, el 65.91% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron regular, el 45.45% está asegurado en el SIS-MINSA, el 68.18% esperó regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud, igualmente el 65.91% considera regular la calidad de atención en la institución de salud.

De la misma manera, estos resultados difieren en los resultados obtenidos por Soria, C. (102), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto. Chimbote _ 2012, cuyo resultado obtenido fue que el 71% de las entrevistadas recibió algún apoyo social natural de sus familiares.

Asimismo, estos resultados difieren en los resultados obtenidos por Balta, G. (103), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas. Puesto de Salud “Nicolás garatea” – Nvo Chimbote, 2012, cuyo resultado obtenido fue que el 82.9% de las encuestadas si recibió apoyo social natural de sus familiares.

Del mismo modo, este resultado difiere con el resultado encontrado por Neyra, S. (104), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Unión. Chimbote -2012, cuyo resultado obtenido fue que el 81.25% recibieron apoyo social de un vaso de leche.

Estos resultados se difieren con los estudios realizados por Villavicencio, A. (105), en su tesis denominado “Determinantes De La Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013”. Donde muestra que el 67,3% (80) reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% (119) cuentan con apoyo social organizado seguridad social, el 84 % (100) son beneficiarias de vaso de leche, 89,9% (107) se atendieron en un Centro de Salud 62,2% (74) consideran que la distancia del Centro donde lo atendieron es regular, 100% (119) tienen SIS MINSA, 45,4% (54) afirmaron que el tiempo de espera es regular, 59,8% (71) refieren que la calidad de atención es buena, y 86,6% (103) refieren que no hay pandillaje cerca de su casa.

El tiempo de espera en un paciente es un indicador en el cual un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes; esto también se aplica a los usuarios que acuden a los servicios de salud. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención (106).

El Seguro Integral de Salud (SIS), tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas (106).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (106).

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (107).

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad (108).

El pandillaje se define como uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la niñez a la adolescencia y todos con un mismo objetivo en común: alentar a su equipo o en defensa de su barrio. Por lo general las pandillas están formadas por chicos de bajos recursos económicos o que tienen problemas familiares y también por falta de comunicación de padres e hijos (109).

El pandillaje se define como la unión de unas personas que forman un grupo social para hacer cosas que perjudican a la sociedad y también así mismo. Ejemplo barras bravas (por el equipo que prefieren), etc. Las causas son: el abandono moral de la persona, la violencia familiar, desintegración familiar, etc. Esto ha causado un gran problema en la sociedad actual con la ola de asaltos y está incrementando diariamente dejando a su paso a jóvenes que se dedican al pandillaje, el cual trae el consumo de drogas, muertes de personas inocentes etc., que día a día nos consume (110).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales. El pandillaje es uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud hoy en día. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la adolescencia hasta la juventud (111).

La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden

interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (112).

Con respecto a las redes de apoyo, que en un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interco-nectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad.

Más de la mitad de los adultos no reciben apoyo social natural; es decir, no reciben apoyo por parte de familia, vecinos o amigos. Lo que significa que estos adultos enfrentan sus problemas (familiares, económicos o sociales) solos, ya que no cuentan con personas de confianza para expresar sus sentimientos, viéndose en la obligación de reprimirlos, y afectando gravemente su salud mental, lo cual también puede predisponerlos a estar en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o de otro tipo.

Las redes de apoyo social natural tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (113).

La OMS nos dice que no se debe perder de vista que el sentido de un sistema de salud es garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal y la máxima efectividad posible con los recursos disponibles, el suministro gratuito de medicamentos por parte de los sistemas de salud (principalmente a la población más necesitada) es una garantía de bienestar y equidad, y su

implantación exige el diseño de políticas y mecanismos muy claros de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos (114).

Escalona, A. (115), menciona que la accesibilidad geográfica es entendida como la derivada de la localización espacial y la localización de unos servicios que están situados en los puntos fijos del espacio, la accesibilidad a las fuentes de satisfacción de necesidades, como son en este caso los servicios básicos de salud, constituye para las poblaciones una forma de “Renta real” o de lo que hoy se hace llamar calidad de vida.

También podemos decir con respecto a ello que la OMS visualiza los distintos actores que lo componen un sistema de salud el cual vendría hacer el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, el cual debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios, e integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos, las instalaciones sanitarias, y añade también que este sistema permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona.

Vargas, J y colab. (116), refieren que el aseguramiento no es garantía de acceso a los servicios de salud, además el acceso a los servicios de salud está lleno de barreras económicas, culturales, administrativas y políticas que impiden el goce efectivo del derecho a la salud, además favorece la pérdida de la calidad de la atención institucional y del acto médico como tal y el incremento de la morbi-mortalidad y el deterioro en la salud pública. La falta de acceso a los servicios de salud produce que los pacientes sufran la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la inoperancia de las entidades, asimismo genera el incremento en las complicaciones por falta de medicamentos y la automedicación adquiere relevancia.

Siguiendo con los determinantes de las redes sociales y comunitarias, en relación a la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud y a la vez se ve reflejada en ello la capacidad que tiene el personal para brindar

un atención de calidad, es que se puede decir que depende de ello la satisfacción que haya tenido al cliente al momento de la atención, debido a que fue regular es probable de que no se hayan cumplido todas las expectativas del usuario y no hayan quedado satisfechos, ocasionando que el usuario se queje por la atención recibida y que en otra oportunidad no acudan al mismo establecimiento de salud debido a la mala imagen que se lleva de la institución.(117).

A la vez la OMS (118) nos dice que el acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos y está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos estable.

Hamui, L. y colb, (119), manifiesta que el servicio de salud que se brinda en los institutos nacionales de salud grados de satisfacción en los usuarios que hay que medir y atender, pues dicha satisfacción es nuestra guía en la toma de decisiones para buscar una atención médica de calidad a partir de esto, identificar las áreas de oportunidad para mejorar el Sistema mismo, por tal razón, se torna ineludible la adecuación de los espacios y el trato directo con el usuario de los servicios de salud y sus familiares. El acondicionamiento de las salas de espera y la reducción del tiempo de espera, son algunos de los elementos más importantes que deben tomarse en cuenta con el objetivo de mejorar la calidad de atención.

Los determinantes de las redes sociales y comunitarias de las entrevistadas, se puede mencionar que debido a la existencia de pandillaje cerca de la comunidad se puede ver afectada la salud física y psicológica de las personas, debido a que sus habitantes vivan siempre en constante incertidumbre, miedo y preocupaciones por lo que le pueda suceder al salir

a la calle, a la vez estén expuestas a sufrir agresiones físicas, robos y asaltos de parte de los miembros de las pandillas.

La violencia de las pandillas tiene un impacto particularmente negativo en áreas de bajos ingresos y barrios locales. Las lesiones y traumas físicos son los efectos evidentes de la violencia para los involucrados. Sin embargo, hay efectos psicológicos. Las personas que están expuestas a la violencia relacionada con las pandillas frecuentemente pueden desarrollar trastorno de estrés postraumático. Este trastorno se caracteriza por un comportamiento desorganizado, ansiedad, pesadillas y paranoia, los cuales pueden experimentar depresión, la ira, la desconfianza, la alienación y temor.

En el apoyo social natural y organizado, se puede mencionar que si la persona no recibe ningún apoyo social natural estarán más expuestas a sufrir de un problema de estrés, a no tener una buena aptitud y capacidad de resolución y adaptación personal ante ciertos problemas que afecten gravemente su salud, así mismo se ven expuestas a que no se satisfagan todas sus necesidades y no se sientan protegidas, a la vez la falta de apoyo social da lugar a las personas y sus familiares a sentimientos de impotencia y falta de control.

El apoyo de la familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida. La consideración y respeto que se da en las relaciones sociales y la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar parece actuar como una protección contra los problemas de salud.

Con respecto al indicador de apoyo social, podemos decir que esos resultados obtenidos se deben a que existe un déficit en lo que es el apoyo a las comunidades, dado que se puede evidenciar que la forma de apoyo social que brindan las instituciones no es de manera equitativa para todas las comunidades que más lo necesitan, por lo tanto al no recibir este tipo de apoyo las personas corren el riesgo de estar vulnerables frente a la inseguridad alimentaria entre otras y a bajar su nivel nutricional

conjuntamente con su calidad de vida, y así mismo no se ven expuestas a relacionarse con personas que no desean.

En conclusión las redes sociales naturales y organizadas, son una serie de contactos personales que tiene la persona, y a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, a la vez son fuerzas preventivas que asisten a los individuos en casos de estrés, problemas físicos y emocionales, que traen beneficios emocionales y efectos en la conducta del individuo., a la vez son promotores de la salud, así como favorecen la recuperación de la salud, dado que las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen una mejor salud física y mental que aquellos que no lo tienen, en definitiva proporciona mayores niveles de calidad de vida ,y son accesibles para casi todos los individuos, en especial para aquellas personas con escasos recursos económicos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 5.1. Conclusiones:

- En los determinantes Biosocioeconomicos: La mayoría son mujeres adultas maduras tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles y tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta en relación a la vivienda , la gran mayoría cuenta vivienda multifamiliar ,el piso es láminas asfálticas , la mayoría tiene techo y paredes de material mole ladrillo y cemento .
- En los determinantes de los estilos de vida: La mayoría no realiza algún examen médico, no realizan ejercicio físico durante su tiempo libre. En cuanto a los alimentos la gran mayoría consume carnes, pan, cereales, verduras a diario.
- En los determinantes de las redes sociales: La totalidad considera que hay pandillaje cerca de su casa, no recibe apoyo social natural de sus familias ni apoyo social organizado, la mayoría se atendió en un puesto de salud, considera que el lugar donde se atendió es regular, cuenta con SIS -Minsa, considera que el tiempo que espero fue regular, la calidad es buena.

5.2. Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados obtenidos en relación a los determinantes de la salud biosocioeconomicos a las autoridades del Puesto de salud “Santa Ana” y a las autoridades del distrito de Chimbote, para que puedan formular estrategias e intervenciones que ayuden a mejorar la salud de las personas, debido a que si estos determinantes se ven afectados pueden condicionar a que las personas estén predispuestas a ciertas enfermedades que perjudiquen su salud.
- El abordaje de la promoción de la salud en el fomento de los estilos de vida debe tener sé en cuenta por el personal de salud que labora en el establecimiento que se encuentra al cuidado de la salud de la población investigada, a fin de fortalecer a las familias vulnerables y aplicar estrategias educativas a los miembros de la familia y la población completa.
- Realizar trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan mejorar la calidad de atención a la población, garantizando una mejor calidad de vida y disminuyendo la probabilidad de enfermar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Perú: OPS, 2005.
2. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13.16.
3. Tardy M. Copyright. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psicoweb.com/salud/concepto_salud_03.htm
4. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile:OPS; 2006.
5. Secretaría T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
6. Tarloy A. Social determinants of Health: the socio biological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
7. Lip Licham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
8. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
9. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

10. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.L
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación lugar, editorial; 2008
12. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática.[Página en internet]. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar; © 2011 [citado 15 Abril 2013]. Disponible en :<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/Libro.pdf>
14. Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO).Censo real del A.H. Belén. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote; 2012.
15. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú .Julio; 2007.
16. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
17. Organización Mundial de la Salud .Factores de riesgo que Determinan la calidad vida en la salud de las personas, Perú 2007.
18. Asociación de comerciantes del mercado Pueblos Unidos del Asentamiento 10 de Setiembre.16
19. Gonçalves M. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
20. Tovar L. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.

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

22. Valverde L. Determinantes de la Salud de los adultos del sector B, Huaraz, 2013.[Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.

23. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008.[Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012

24. Ávila J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013”. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

25. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009

26. Dalhigren, G. Levellingup (Part2) a discussion paperon Euro pan strategiesortack lingsocial inequities in health. Studies on social and economic determinants of popula tionhealthNo.3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.

27. Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.4ªed.Mexico:Ed.Interamericano– Mc. Graw -Hill; 2000.

28. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

29. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en

URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.

30. Canales F, [Manual en internet]. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
31. Juárez D. [Página internet]. Argentina: Curso en salud social comunitaria. [citado 25 Noviembre 2013]. <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/cursosalud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf>
32. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
33. Eusko J .Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskad y. San Sebastián 2004. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
34. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la Salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala;2000.[1 pantalla].Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
35. Eustat. J .Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014set10].Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqN
36. Ballares M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).Mexico; 2010.Disponible en:

37. Dávila E. Master en salud pública: Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001. [Citado 2011 Set 09].
38. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_73_6_1.pdf
39. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
40. Sánchez L. “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
41. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
42. Cristoper M. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
43. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla].Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

44. Rosales, Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
45. Arroyo, M. en su tesis “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de los adultos del A.H. Lomas del Sur-Nuevo Chimbote, [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.] – 2012.
46. Quispe Y. Determinantes de la salud en preescolares con caries dental. I. E N° 1540. A.H. San Juan. Chimbote – Perú, 2012. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote: 2014
47. Valencia, D. Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la persona adulta en el AA.HH. 3 de Setiembre Casma 2011 [informe de tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Casma: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
48. Luciano, F. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el AA.HH Tres Estrellas Chimbote, 2009.[tesis para optar el título de enfermería].Chimbote ,Perú: Universidad Católica los ÁngelesdeChimbote;2011.
49. Méndez Cruz N. Determinantes de Salud de los Adultos(a) de la comunidad Chua alto sector “T” Huaraz, 2013. [Informe de tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2011.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Terminología en Censo de Población y vivienda 2005. Perú: INEI; 2005.
51. Sánchez L. “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccio n%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccio%20n%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf).

52. Vega Y. Estilos de vida y factores biosocioculturales de las mujeres comerciantes adultas del mercado La Florida, Chimbote. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
53. Cruzado A. Estilo de vida y factores biosocioculturales de las Madres de nivel primario de la Institución educativa El Santa. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Nuevo Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012.
54. Corpus M. Estilo de vida y factores socioculturales en la mujer adulta madura. Empresa conservera inversiones estrella de David. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Nuevo Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Terminología en Censo de Población y vivienda 2005. Perú: INEI; 2005.
56. Haeberle E. Archivo de sexología. [Curso] USA: Coral Springs; 2003.
57. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
58. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.
59. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales básicos 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
60. Haramoto E. Conceptos básicos sobre vivienda y calidad. Instituto de la vivienda FAU– U. Chile; 2011. Disponible en: http://cursoinvi2011.files.wordpress.com/2011/03/haramoto_conceptos_basicos.pdf.

- 61.** Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). Servicios básicos para la salud. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia, Italia; 2000.
Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/basics.pdf>.
- 62.** Monasteri, N. En sus tesis denominado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura] 2013.
- 63.** Escalante Y. En su Tesis denominado “Prototipo de Vivienda Bioclimática Rural M Sostenible en el Distrito de Santa Lucia [tesis para optar el título de maestría] [universidad nacional de Puno]-2011”.
- 64.** Garay, N. Determinantes de la salud de la asociación el Moro II. Tacna, 2013. [Página de Internet]. Perú. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>.
- 65.** Camacho A, Goldswordthy M. Investigación sobre familia como unidad económica de consumo en el barrio Caobos de Bogotá, localizado en la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá. [Monografía de internet]. 2003.
Disponible <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/7337/1/124319.pdf>
- 66.** Pajuelos A. Determinantes de la Salud de los adultos en el Sector “C” Huaraz-Distrito, 2013. [Informe de tesis]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.
- 67.** Cardona D. Condiciones socioeconómicas de hombres y mujeres adultos de Medellín: Redalyc2005; 24(2):17-27.
- 68.** Britto B. Determinantes de la salud de las mujeres adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria en la i.e. Nuestra Señora de Fátima – Piura, 2013. [Informe de Tesis]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.

69. Garza V .Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San Agustín Valdivia, valle de Juárez. Chihuahua, México. [Tesis publicada]. México: San Agustín Valdivia, Valle de Juárez. 2004.
70. Conrado P, Concepción M, Puerto A, Prieto V. Conocimientos y actitud de la población en relación con el saneamiento básico ambiental. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000; 38(2):137-44.
71. Céspedes M, .Leptospirosis: Una enfermedad zoonótica hiperendémica en la provincia de Coronel Portillo. Ucayali, Perú. [Revista de Internet]. Rev. Perú. med. exp. Salud publica v.21 n.2 Lima abr./jun. 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342004000200002&lng=es&nrm=iso
72. Castro, U. En su Tesis Doctoral de Ciencias Sociales denominado “Estructuras Regionales Emergentes y Desarrollo Turístico Sustentable, en la región Costa Sur de Nayarit, [Tesis para optar el grado de doctorado]. [Universidad Nacional de México].2001.
73. Organización Mundial de la salud. Definición de sexo. Washington: OMS; 2007. Disponible en: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definicionesde-la-oms_22.html
74. Ruiz A. cuidados en la comunidad en A.H. Miramar sector 3- Moche. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Perú _ Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2003.
75. Bueno M. [página en internet]. Perú: Libro practico de la casa sana; © 2014 [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.holistika.com/salud/el-libropractico-de-la-casa-sana.asp>.
76. Calderón M. Viviendas saludables (saneamiento) Student at USAC on Feb 07; 2012.
77. Haramoto E. Conceptos básicos sobre vivienda y calidad. Instituto de la vivienda FAU– U. Chile; 2011. Disponible en: http://cursoinvi2011.files.wordpress.com/2011/03/haramoto_conceptos_basicos.

pdf.

- 78.** Fernández T. Determinantes de la salud de la mujer adulta en el asentamiento humano Pachitea - Piura, 2013. [Informe de para optar por el título de licenciada en enfermería].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 79.** Echeverría S. (78) en su investigación titulada “Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios” México 2010.
- 80.** Chuquihuanga J. Determinantes de la salud de la mujer adulta en el AA.HH San Isidro - Piura, 2013. [Informe de para optar por el título de licenciada en enfermería].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 81.** Bersia M. Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.2011.
- 82.** Rojas A. Prácticas de auto cuidado que realizan las mujeres Pre menopáusicas del A.H. Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Perú _ Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2003.
- 83.** Castro, Y. En su estudio “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza Costa Rica. [Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería] [Universidad Nacional de costa rica] 2012. Disponible en www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf
- 84.** Ramos, L. En su tesis doctoral “Hábitos, Comportamientos y Actitudes de los Adolescentes Emigrantes sobre nutrición.[tesis para optar el grado de doctorado]. [Universidad nacional de Canadá.2007.
- 85.** Nola J Pender. Moreno. Modelo de Promoción de la Salud. España: Ediciones Marrier Tomey Ann; 2003

86. Gottlieb B. "Social network and social support: a novel view of research, practice and policy implications", Health Education Quarterly, vol.12, N° Nueva York, Sage Publications /Society for Public Health Education; 1985.
87. Ortega R, Pujol A. Estilos de vida saludable: actividad física. Programa Roche de actualización en cardiología. Ediciones Ergón, S.A. Madrid; 1997.
88. Actividad física [página en internet]. Ginebra: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud – ONU; ©2013 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallas] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
89. Contreras Y. Perú: Alimentación y Nutrición balanceada. [página en internet]. [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://yeimar-contreras.blogspot.com/>
90. Organización Mundial de la Salud. [Portal de Información]. España: Sistemas de seguro de salud y acceso a medicamentos. [actualizado 07 Oct 2014; citado 05 Nov 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/3.3.html>
91. Fernández R. Redes sociales, apoyo y salud. *periferie*; 149(3):1-16; 2005.
92. Novel, G. Sistemas sociales de apoyo. In G. Novel, & L. Lluch (Eds.), *Enfermería "psicosocial" II* (pp. 81-90). Barcelona: Salvat.
93. Salud [página en internet]. Argentina: *How* en español; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 6 pantallas] Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/pasa-alguien-comedemasiadoscarbohidratos-info_112307/
94. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
95. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [boletín]

Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación; 2003.

- 96.** Colchado A. Determinantes de la salud de los adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012 [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2012.
- 97.** Almontes Y. Determinantes de la Salud de la Mujer adulta en la Urbanización Isabel Barreto II Etapa Fonavi Paita – Piura, 2013. [Informe de para optar por el título de licenciada en enfermería].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 98.** Solís R. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev.Perú. med.exp. Salud pública.2009; 26(2):7-12.
- 99.** Uchazara M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 100.** Carrillo K. Determinantes de la salud en la persona adulta del barrio LeticiaSullana, 2013. [Informe de para optar por el título de licenciada en enfermería].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 101.** Correa B. Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano 4 de Noviembre-Sullana; 2013. [Informe de para optar por el título de licenciada en enfermería].Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 102.** Soria C. Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto. Chimbote _ 2012 [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.
- 103.** Balta G. Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas. Puesto de

Salud “Nicolás garatea” – Nvo Chimbote, 2012. [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.

- 104** .Neyra S. Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Unión. Chimbote - 2012. [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.
- 105.** Villavicencio, A. En su tesis denominado “Determinantes De La Salud de los Adultos de Quenuayo c Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013”[tesis para optar el título de profesional de enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote. Huaraz: 2013.
- 106.** Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2013 Perú: Ministerio de Salud, 2013 [citado 2013 Nov. 27]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html
- 107.** Sixto E .Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26 (2): 7-12.
- 108.** Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
- 109** Ministerio de salud. El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC); Calidad de atención en establecimientos de salud, en Lima; 2002.
- 110.** Montero A. Calidad percibida por los pacientes externos en la consulta de atención farmacéutica del servicio de farmacia. Farm Hosp. 2006.
- 111.** Juárez M .Pandillaje en Lima: El pandillaje un problema a que se forma en la niñez. Lima, Perú; 2006Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/5861/el-pandillaje-un-problema-que-se-forma-en-la-ninez>.

- 112.** Prado, G. Las pandillas aumentan y son más violentas en Lima Párrafo: [Reporte de internet]. [Citado set. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde [.http://peru21.pe/noticia/278049/pandillas-aumentan-son-mas violentas Lima, 2003](http://peru21.pe/noticia/278049/pandillas-aumentan-son-mas-violentas-Lima,2003).
- 113.** ¿Qué es el apoyo social? [página en internet] España: Universidad de Cantabria; ©2010 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 4 pantallazos] Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/cienciaspsicosocialesi/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social/13.1.2-¿que-es-el-apoyo-social>
- 114.** Organización Mundial de la Salud. [Página en internet] México: Cobertura sanitaria universal [actualizado 22 Oct 2012; citado 05 Nov 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- 115.** Escalona, A. la accesibilidad geográfica de satisfacción de necesidades. España 2010.
- 116.** Vargas J. [Artículo en internet] Colombia: Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia [actualizado 16 Jul 2009; citado 05 Nov 2014].
- 117.** Bedregal P. Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza .Rev. méd. Chile [revista en la Internet].2009 Junio [citado2013Oct19]; 137(6): 753-758. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887200900060004&lng=.http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600004.
- 118.** Ministerio de salud. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de serviciosdesaludenLima2002. Ministerio de salud; 2002.
- 119.** Hamui L. [Artículo en internet]. México: Estudio de satisfacción con la atención médica. 2013. [actualizado 25 Feb 2013, citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>

ANEXOS:

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO
HUMANO 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Dirección:

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años)()

- Adulto Maduro (40 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

3. Grado de instrucción:

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

4. Ingreso económico

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

5. Ocupación del jefe de familia:

- Trabajo estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

DETERMINANTESDELENTORNOFISICO

6. Vivienda

5.1 Tipo:

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza, cabaña
- Local no destinado para habitación humana
- Otros

5.2 Tenencia

- Alquiler
- Cuidador/alojado
- Plan social

- Alquiler venta
- Propia

5.2 Material del piso:

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

5.4 Material del techo:

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

5.5 Material de las paredes:

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

5.6 Personas que duermen en una habitación

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Independiente

7. Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Red pública
- Conexión domicilio

8. Eliminación de excretas

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

9. Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (corona de maíz)
- Carca de vaca

10. Energía eléctrica

- Sin energía
- Lámpara
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

11. Disposición de basura

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

12. Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

13. Lugar de eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específicamente de recogido
- Vertedor por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ()
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ()

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a las emana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente

16. ¿Cuántas horas duerme?

- 6 a8 horas
- 8 a10 horas
- 10 a12 horas

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se baña

18. ¿Se realiza usted algún examen médico periódico en un establecimiento de salud?

Si

No

19. ¿En su tiempo libre, realiza alguna actividad física?

Camina

Deporte

Gimnasia

No realizó

20. ¿En las últimas semanas, que actividad física realizó durante más de 20 minutos

Caminar

Gimnasia suave

Juegos con poco esfuerzo

Correr

Deporte

Ninguno

DETERMINANTES ALIMENTARIOS

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

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

• Legumbres					
• Embutidos					
• Lácteos					
• Dulces					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibes algún apoyo social natural?

Familiares

Amigos

Vecinos

Compañeros espirituales

Compañeros de trabajo

No recibo

23. Recibes algún apoyo social organizado?

Organizaciones de ayuda al enfermo

Seguridad social

Empresa para la que trabaja

Instituciones de acogida

Organizaciones de voluntariado

No recibo

24. Apoyo de algunas organizaciones

Pensión 65

Comedor popular

Vaso de leche

Otros

25. ¿En qué institución se atendió en estos últimos 12 meses?

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

26. ¿Considera usted que el lugar donde lo atendieron está?

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

28. ¿El tiempo de espera para que lo atiendan en el establecimiento de salud, le pareció?

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

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

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

30. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa?

- Si
- No

Muchas gracias, por su colaboración!!

ANEXO 2

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú** desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 10 a 19 años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2).

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000

6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

Tabla 2

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	N(n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									

Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									

P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									

Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									

Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO 4



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS. ASENTAMIENTO HUMANO 10 DE
SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013**

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

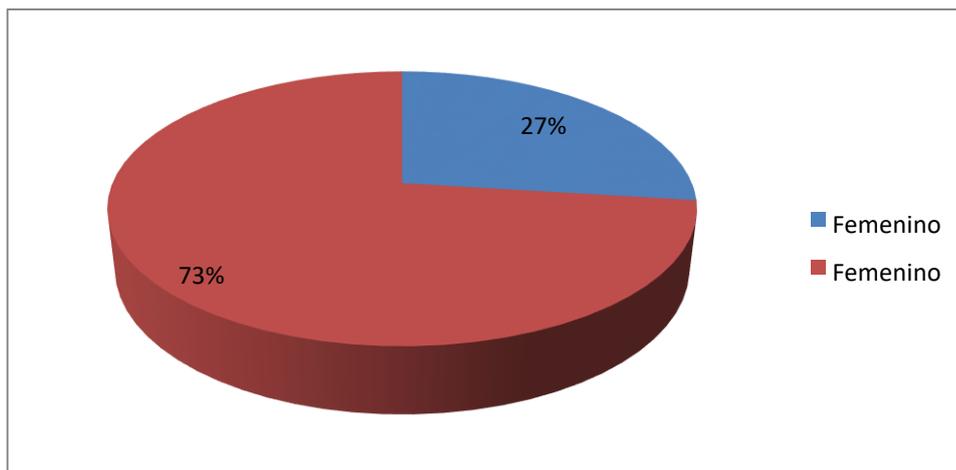
La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de
los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva
la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi
participación firmando el presente documento.

**FIRMA
ANEXO5**

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

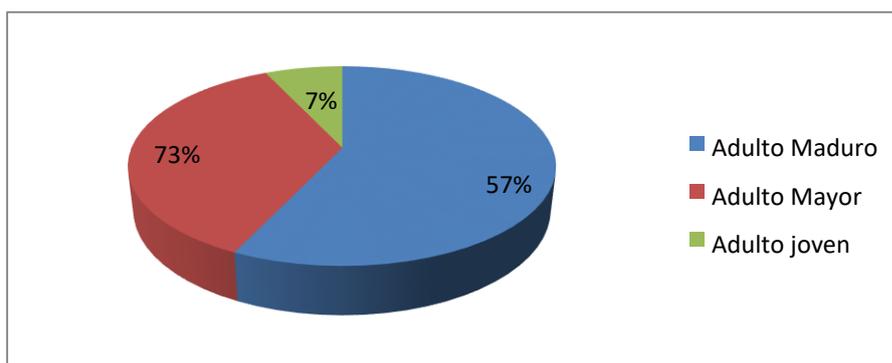
GRÁFICO 1

**SEGÚN SEXO DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS
UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013**



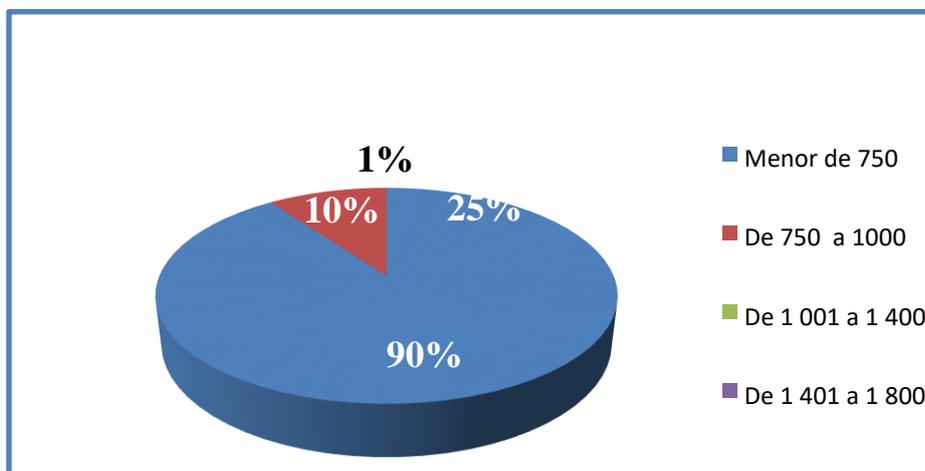
Fuente: Tabla 1

GRÁFICO2 SEGÚN EDAD DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013



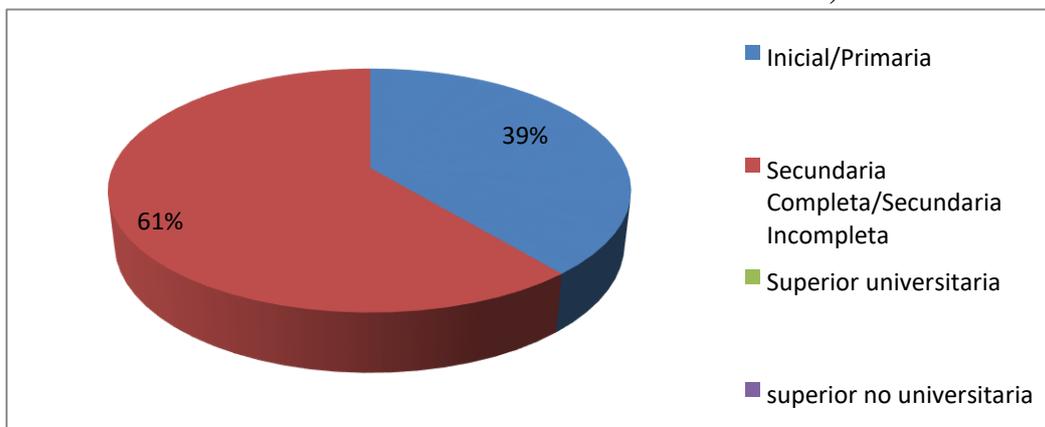
Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 3 SEGÚN INGRESO ECONOMICO DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRECHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 4 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRECHIMBOTE, 2013

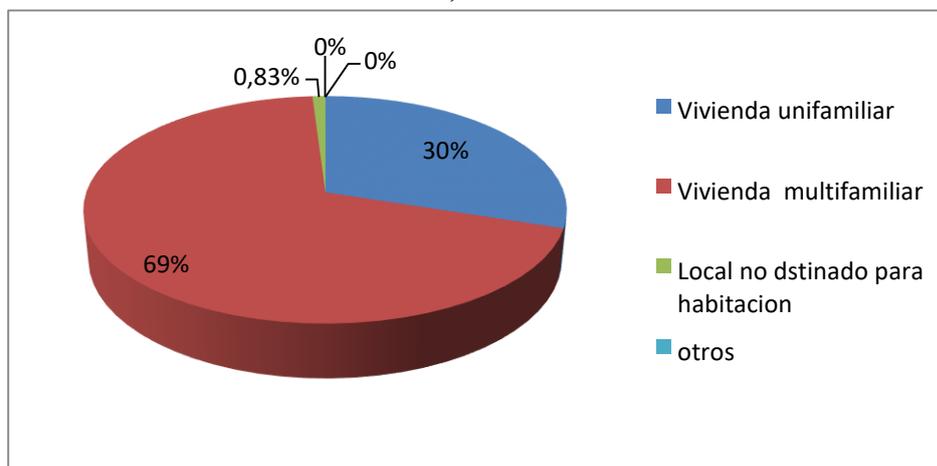


Fuente: Tabla 1

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

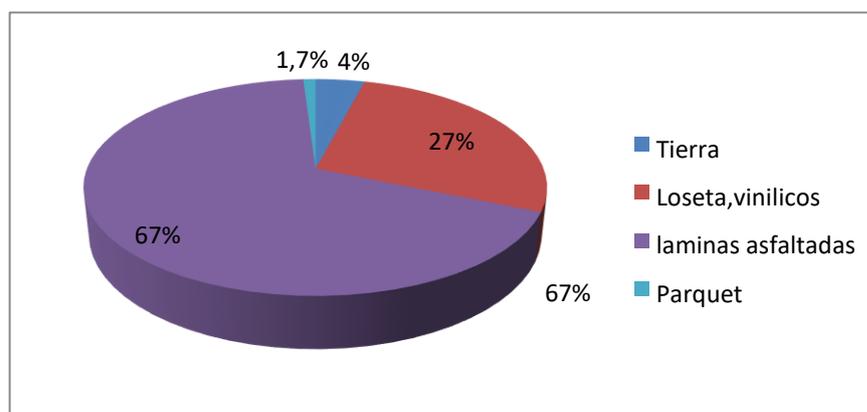
GRÁFICO 5

**SEGÚN TIPODE VIVIENDA DE LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE
SETIEMBRECHIMBOTE, 2013**



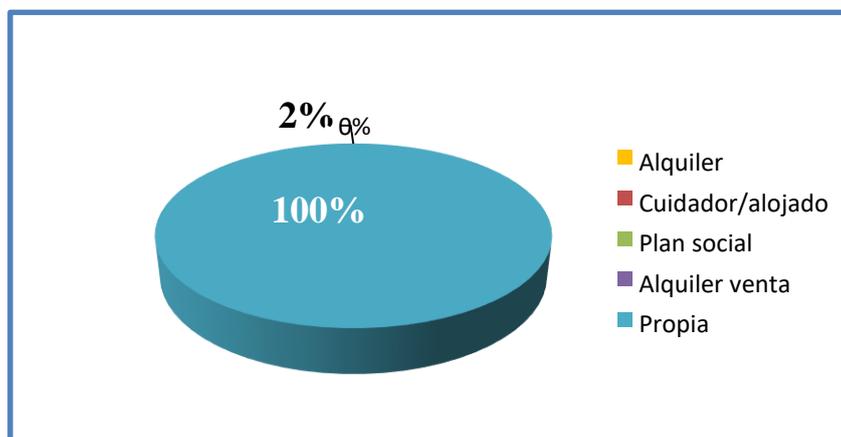
Fuente: Tabla 2

**GRÁFICO 6 SEGÚN TENENCIADE LAS VIVIENDAS DE LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOSA.H 10 DE
SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013**



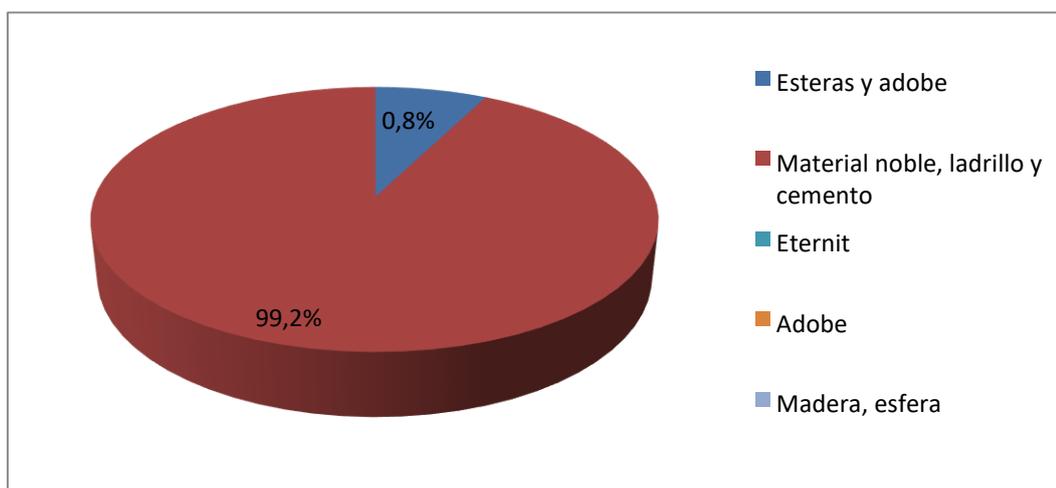
Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 7 SEGÚN MATERIAL DE PISO DE LAS VIVIENDAS DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

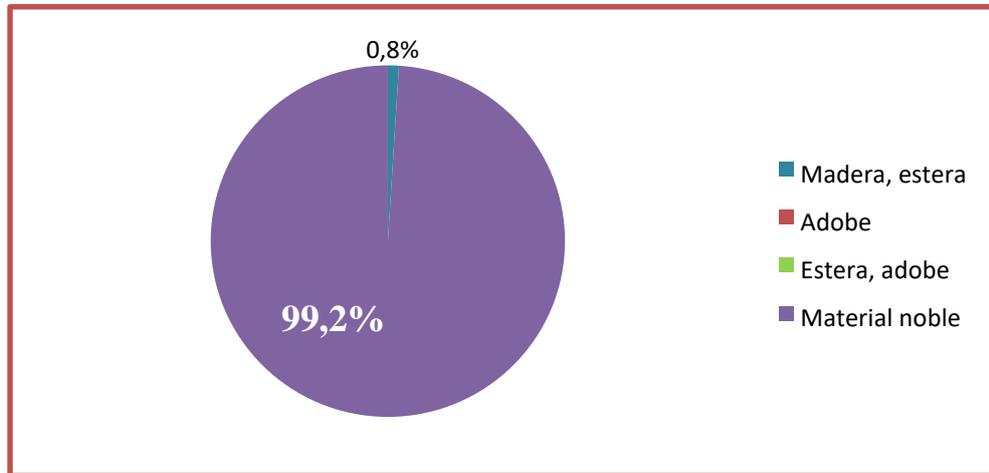
GRÁFICO 8 SEGÚN MATERIAL DE TECHO DE LAS VIVIENDAS DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

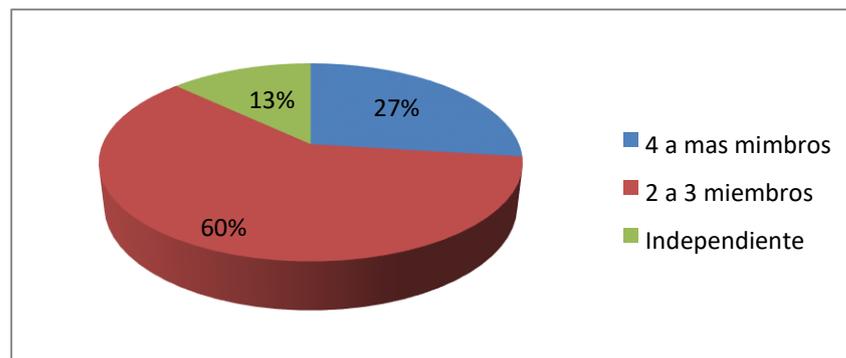
**GRÁFICO 9
SEGÚN MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS**

**COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10
DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 2

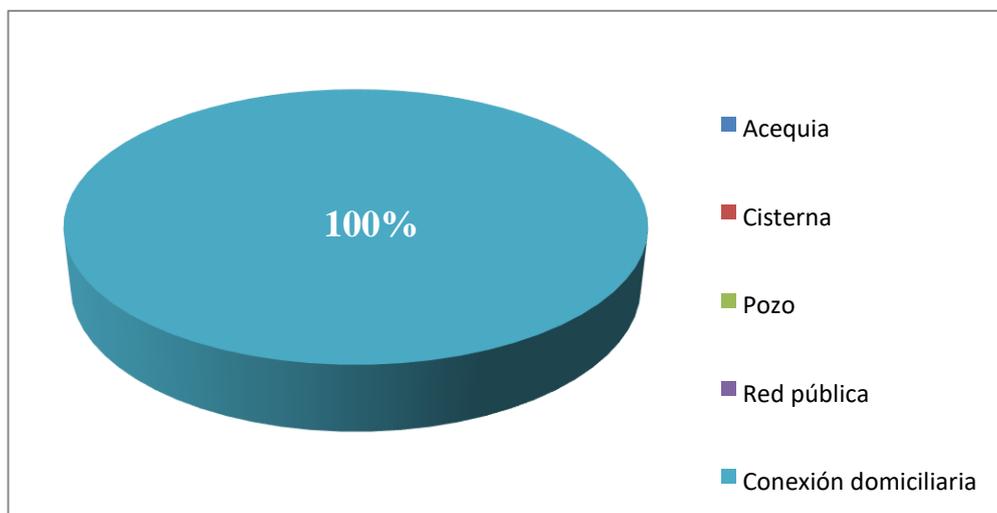
**GRÁFICO 10
SEGÚN N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN
DE LAS VIVIENDAS DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO
PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 2

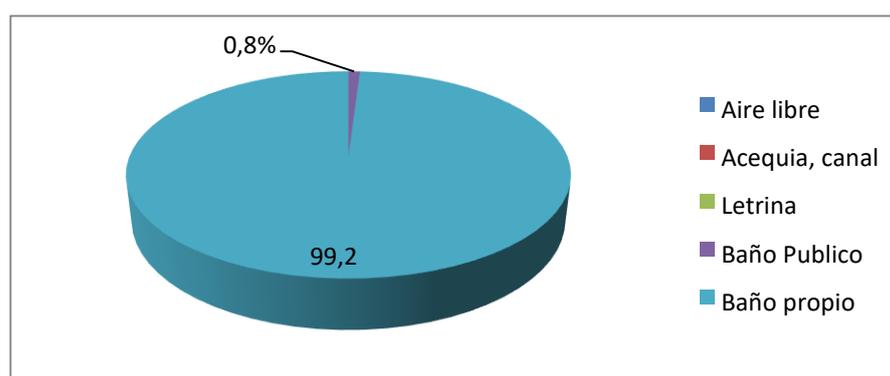
GRÁFICO 11

SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DE LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

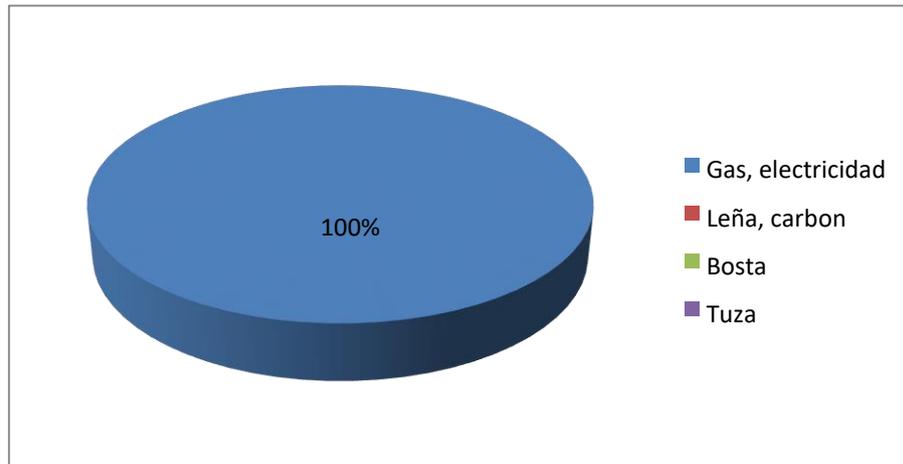
**GRÁFICO 12
SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla

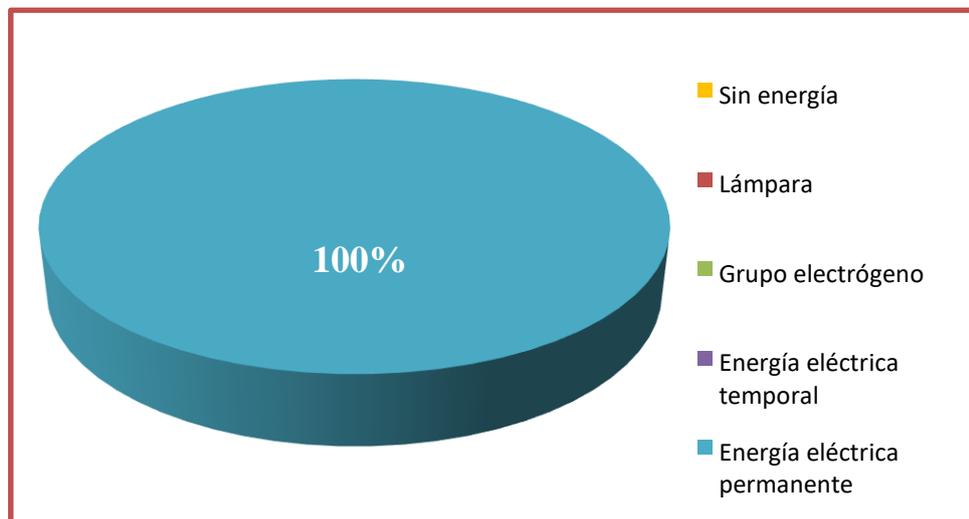
GRÁFICO 13 SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LOS COMERCIAN- TES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10

DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



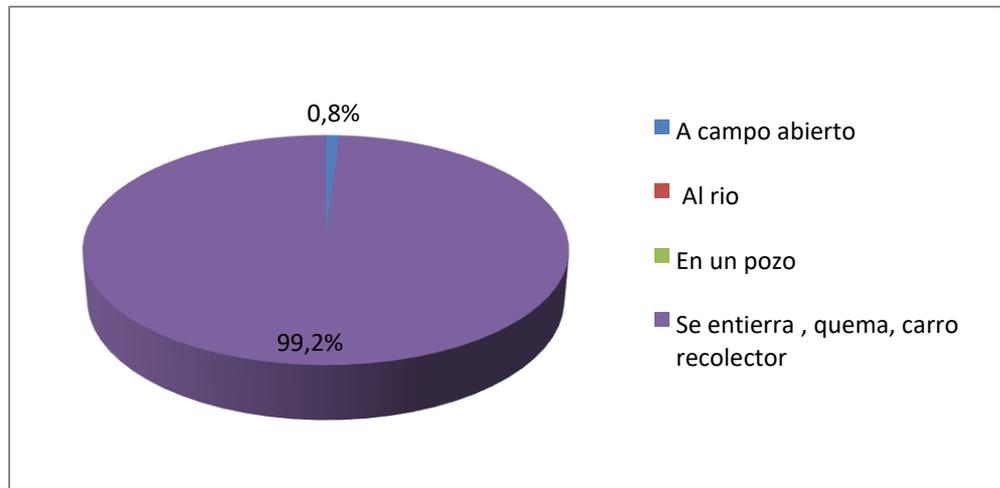
Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 14
SEGÚN ENERGIA ELECTRICA EN LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE
SETIEMBRECHIMBOTE, 2013



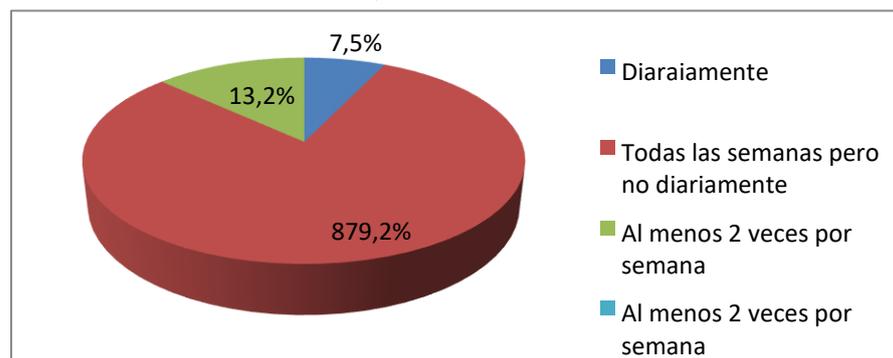
Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 15
SEGÚN DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10
DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

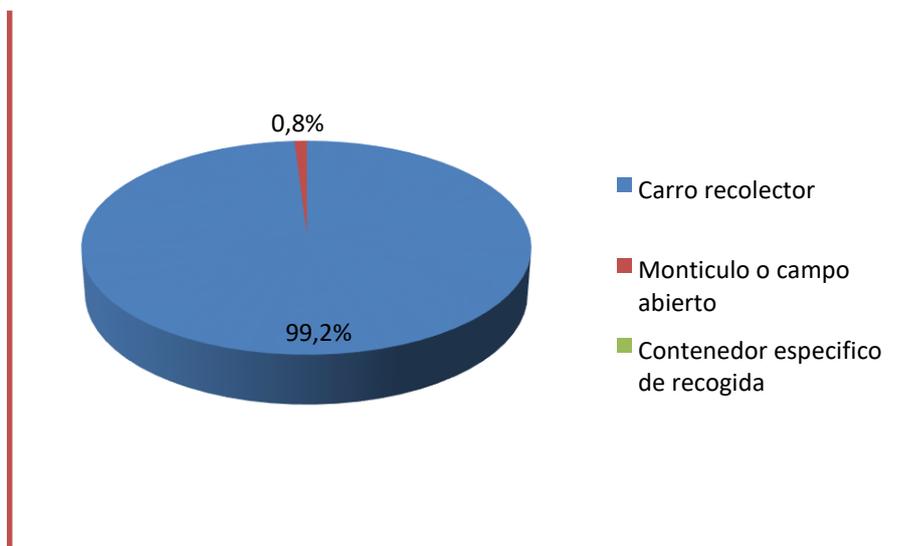
GRÁFICO 16
SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA
BASURA EN LA VIVIENDA DE LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE
SETIEMBRE CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 17 SEGÚN MEDIO COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA EN LA VIVIENDA DE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO

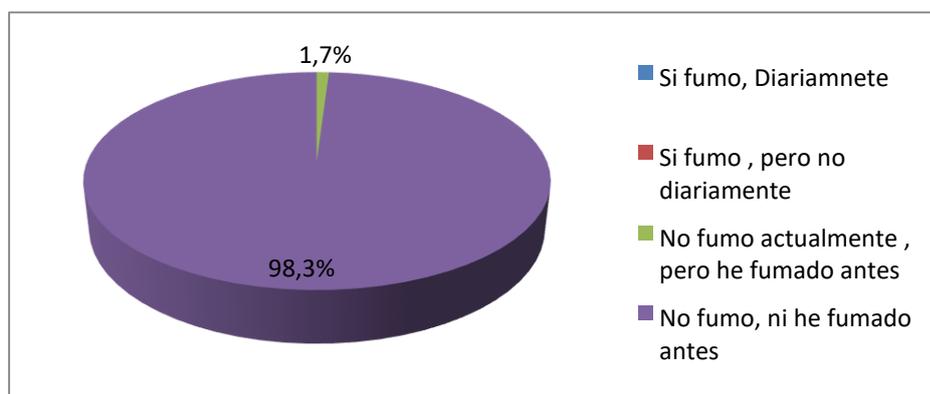
PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

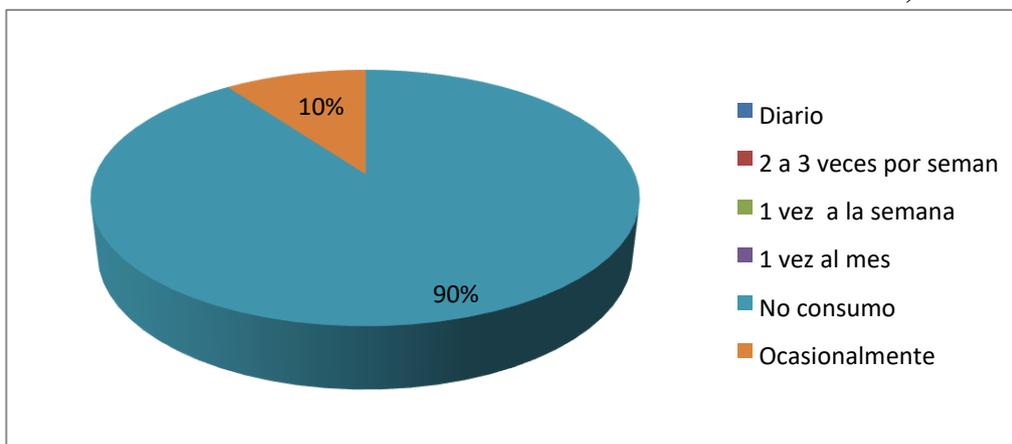
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18 SEGÚN FRECUENCIA CON QUE FUMAN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



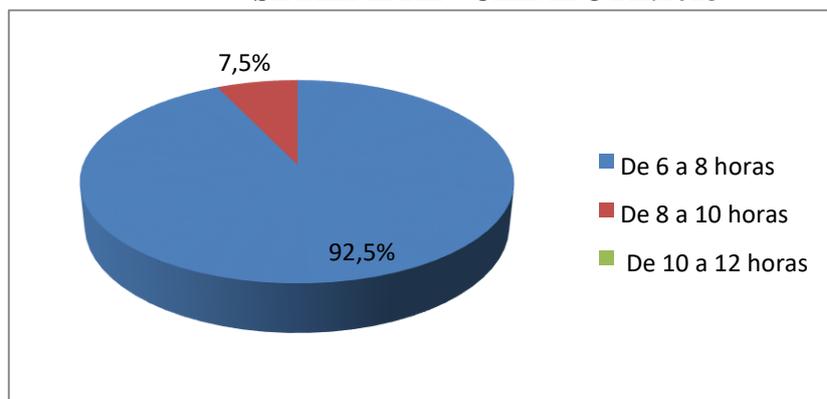
Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 19 SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 3

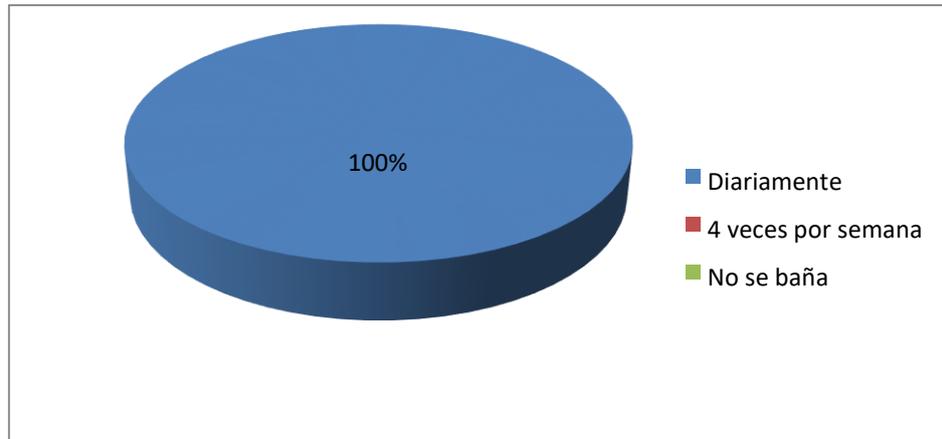
GRÁFICO 20 SEGUN N° DE HORAS QUE DUERMEN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE –CHIMBOTE.2013



Fuente: Tabla 3

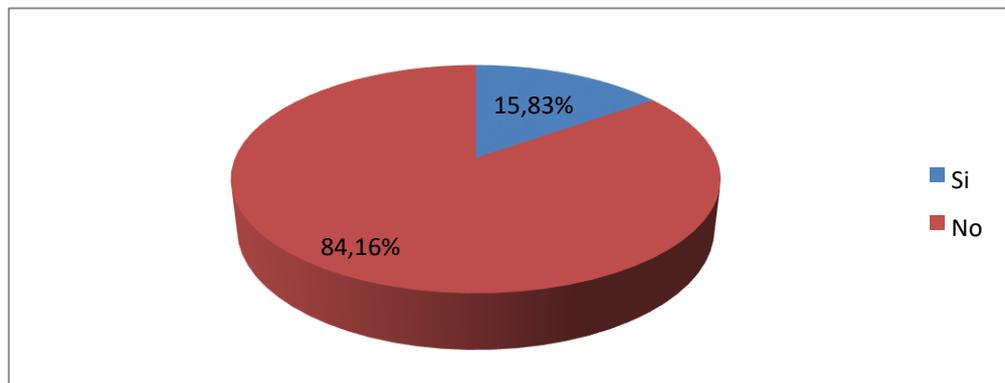
GRÁFICO 21 SEGUN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10

DE SETIEMBRE – CHIMBOTE.2013



Fuente: Tabla 3

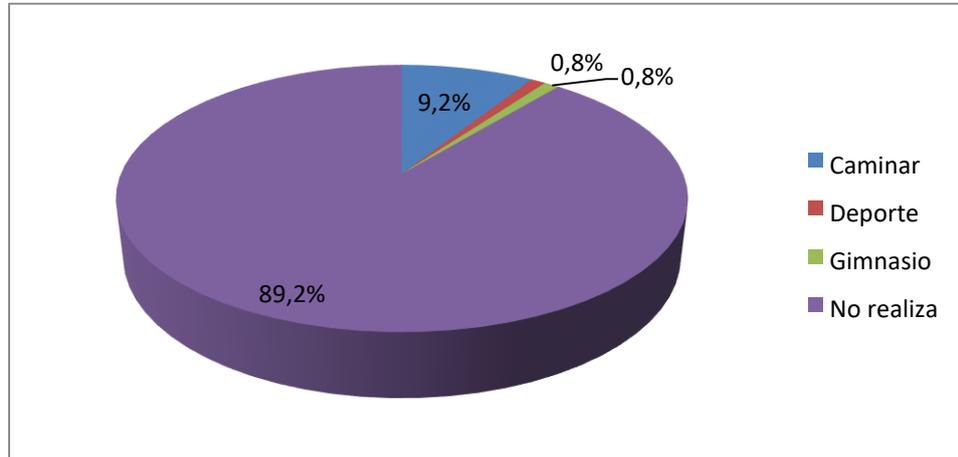
**GRÁFICO 22 SEGÚN SE REALIZARON ALGÚN EXÁMEN
MÉDICO
PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUDLOS
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10
DE SETIEMBRE – CHIMBOTE.2013**



Fuente: Tabla 3

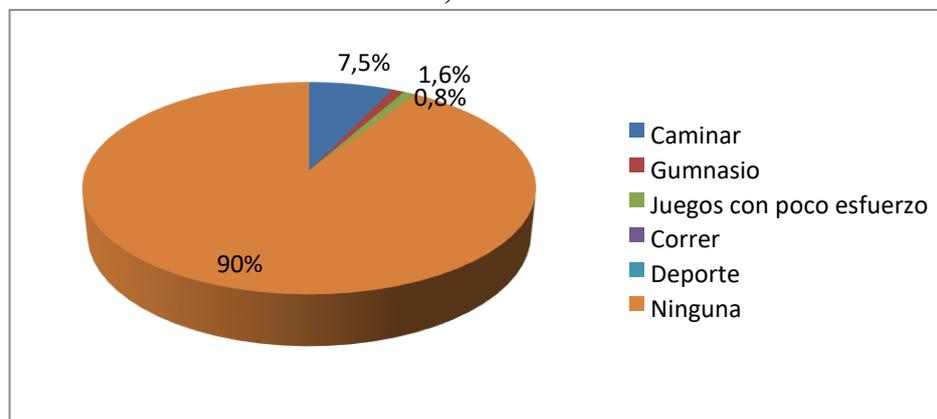
**GRÁFICO 23
SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICAQUE REALIZAN EN SU TIEMPO**

**LIBRE LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS
A.H 10 DE SETIEMBRE- CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 3

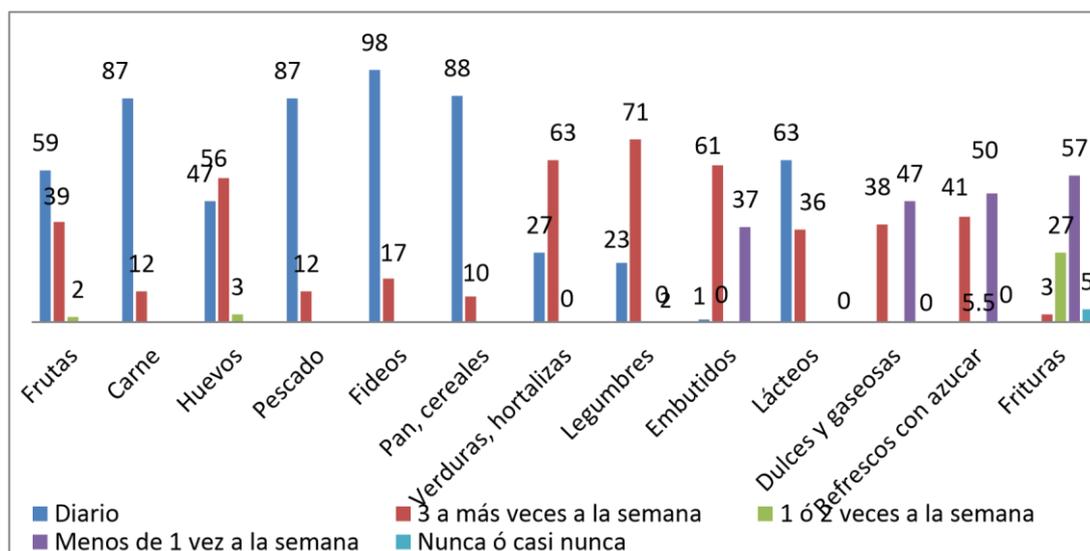
**GRÁFICO 24 SEGUN ACTIVIDAD FÍSICA QUE
REALIZARON DURANTE 20 MINUTOS EN LA SDOS
ÚLTIMAS SEMANAS LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE -
CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 25

**SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE,
2013**

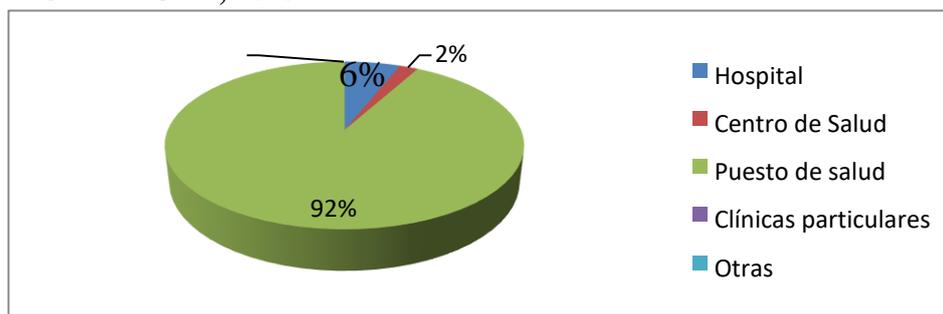


Fuente: Tabla 3

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 26

**SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LOS COMERCIANTES DEL
MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE -
CHIMBOTE, 2013**

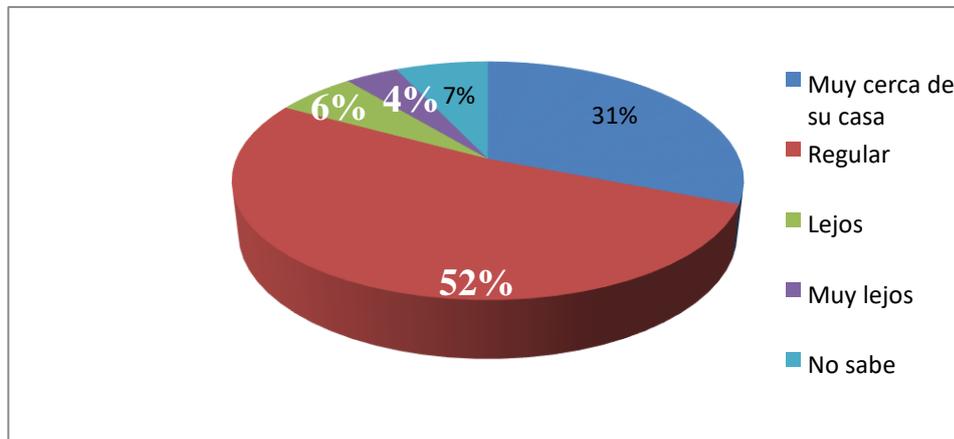


Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 27

SEGÚN CERCANÍA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIERON LOS

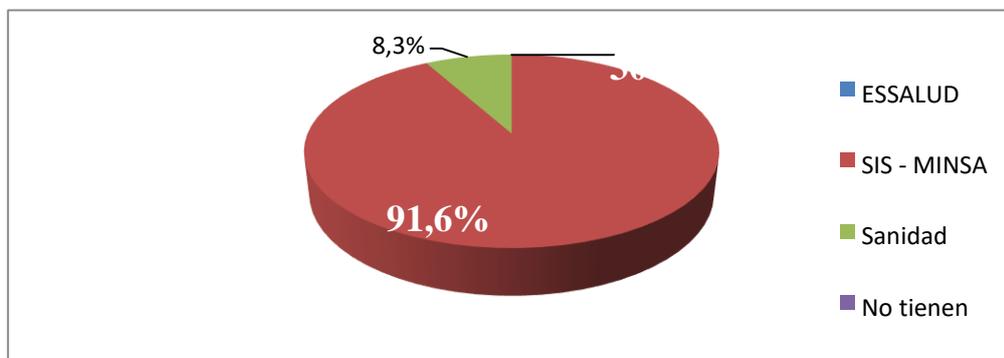
COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO N° 28

SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013

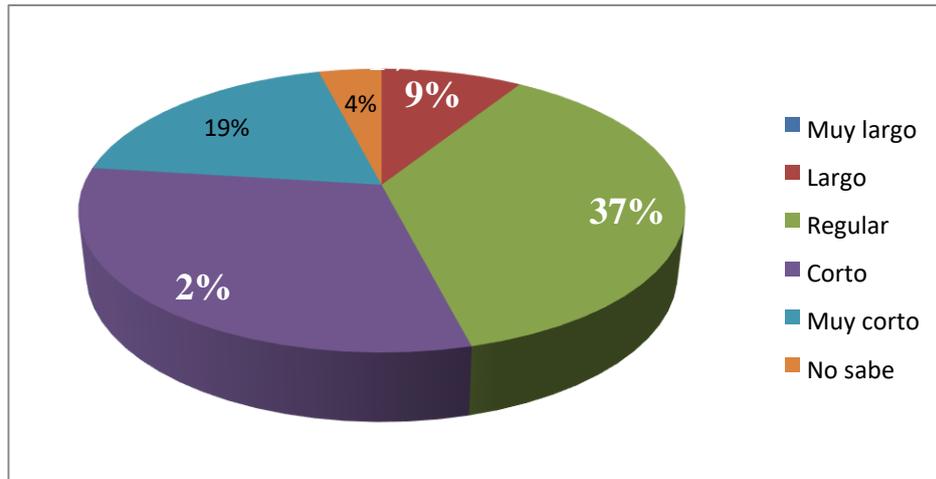


Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 29

SEGÚN TIEMPO QUE ESPERARON PARA QUE ATENDIERAN A LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10

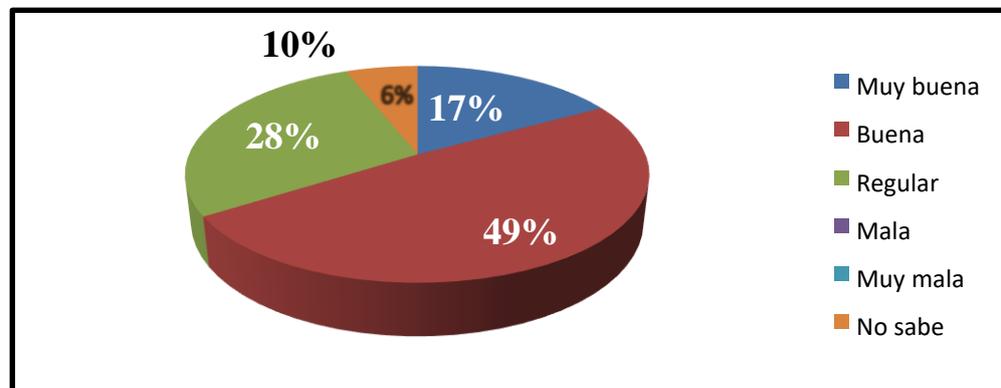
DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 30

SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013

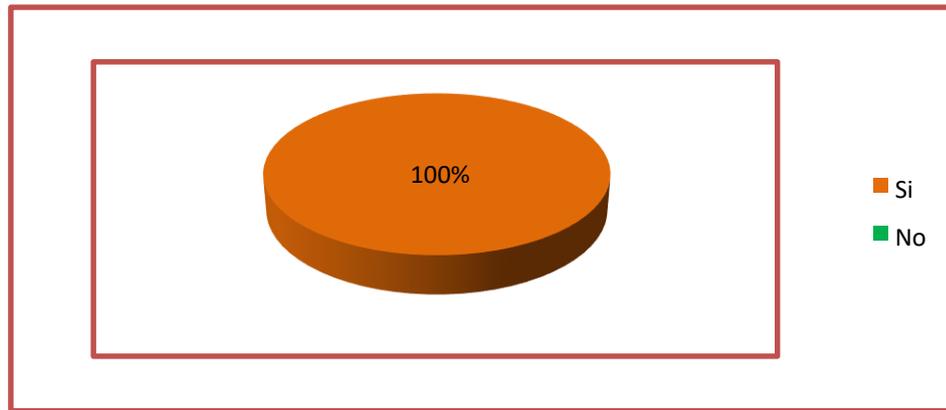


Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 31

SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE

SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013

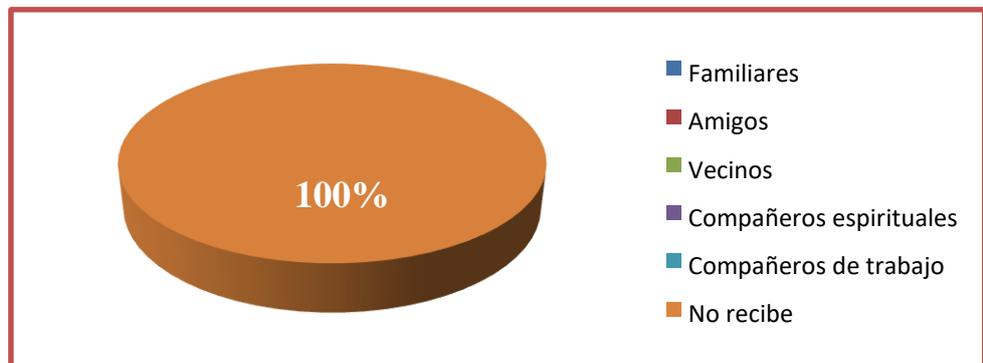


Fuente: Tabla 4

DETERMINANTES DE LAS REDES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

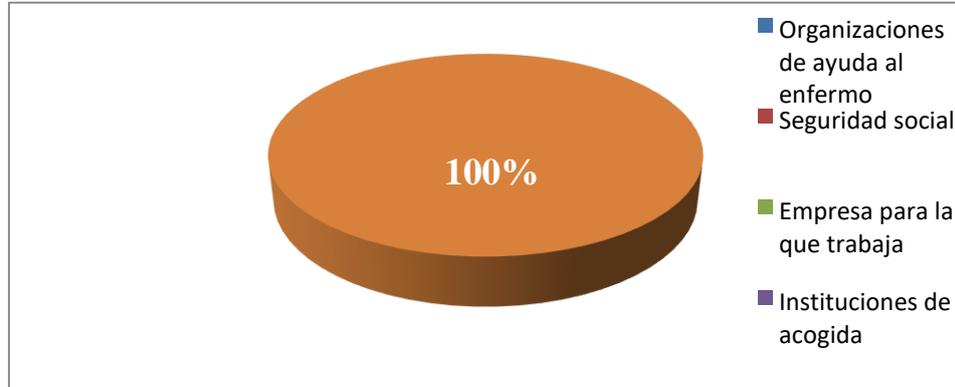
GRÁFICO 32

SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL QUE RECIBEN LOS COMERCIANTE DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO 33 SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBEN LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013

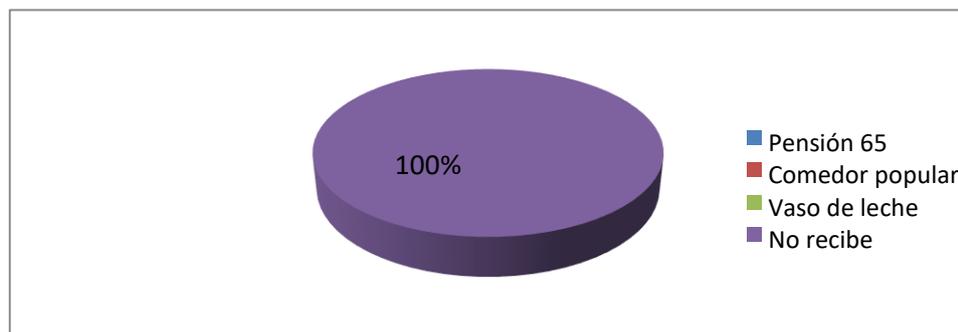


Fuente: Tabla 5

DETERMINANTES DE LAS REDES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBIÓ EL APOYO

GRÁFICO 34

SEGÚN ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBEN APOYO LOS COMERCIANTES DEL MERCADO PUEBLOS UNIDOS A.H 10 DE SETIEMBRE - CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 6