



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRÍAS-PIURA,
2013.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA

Br. NORLY MERLY PEÑA TOCTO

ASESORA

Dra. NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA – PERÚ

2015

FIRMA DEL JURADO

Ms. Sonia Leida Rubio Rubio
Presidente

Dra. Blanca Emeli Huaylla Plasencia
Secretaria

Ms Susana María Miranda Vines
Miembro

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias especiales: A Dios por brindarme la fortaleza, mis padres y hermanos por ser los mejores y estar incondicionalmente, en mejores momentos, gracias porque sin ellos no estaría aquí ni sería quien ahora soy.

Agradezco también a las Autoridades del Distrito de Frías, por haberme brindado su comprensión información apoyo con la valiosa.

A mis amigos de ULADECH CATOLICA, por estar siempre a mi lado, dándome consejos, alentándome a seguir con mis metas, con mis planes a futuro y sobre todo porque son parte de mi vida.

NORY MERLY

DEDICATORIA

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

Con mucho cariño a mis padres: Isabel y Gerardo, por su esfuerzo, por su amor y cariño, brindado en todas las etapas de mi vida, fieles consejeros que si no fuera por su sacrificio no estaríamos en estos momentos.

A mis docentes que estuvieron en el proceso dentro de lo cual fue mi carrera, porque cada uno de ellos aportó a formar parte de lo que soy, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional

NORY MERLY

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo identificar los Determinantes de la Salud en la Mujer Adulta Joven del Distrito de Frías-Piura, 2013. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 290 mujeres adulta joven. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: según los determinantes biosocioeconómicos, encontramos; menos de la mitad de la mujer adulta joven tienen grado de instrucción de inicial y primaria, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales, teniendo un trabajo eventual. En cuanto a la vivienda; la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, todas se abastecen de conexión domiciliaria, la mayoría utiliza la leña y el carbón para cocinar sus alimentos, como también entierra o quema su basura y/o carro recolector, mediante la eliminación en campo limpio o montículos. En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, como el consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad se realizaron un examen médico, asimismo realizaron actividad física como caminar. En cuanto a su dieta alimenticia todas consumen fideos diariamente. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad recibió apoyo social natural, la mayoría no recibió apoyo social organizado, menos de la mitad no se atendió en los 12 últimos meses, así mismo menos de la mitad tiene seguro del SIS-MINSA.

Palabras claves: determinantes de la salud, mujer adulta joven.

ABSTRACT

The research aimed to identify the determinants of health in young adult woman District Cold-Piura, 2013. It was a descriptive quantitative. The sample consisted of 290 young adult women. The data collection instrument was a questionnaire on health determinants. Concluding: according to biosocioeconómicos determinants found; less than half of young adult women have educational levels of initial and primary income less than 750 soles a month, having a temporary job. As for housing; most have a house, you own, all are supplied with household connections, most use firewood and charcoal for cooking their food, as well as buried or burned their garbage and / or collector car, by eliminating field or in clean mounds. As it regards the Determinants of Lifestyle; most have never used snuff regularly, such as drinking occasionally, more than half were conducted medical examination also performed physical activity such as walking. As for his diet they eat noodles every day. According to the determinants of social and community networks, more than half received natural social support, most received no organized social support, less than half was not attended in the last 12 months, and also less than half have insurance SYSTEM MINSAs.

Keywords: determinants of health, young adult woman.

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	lii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
II. REVISION DE LITERATURA....	
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	17
3.2. Diseño de la investigación.....	17
3.3. Universo y Muestra.....	17
3.4. Definición y Operacionalización de variables.....	27
3.5. Técnicas e instrumentos.....	27
3.6. Procedimientos de recolección de datos	29
3.7. Análisis y procedimiento de los datos	29
3.8. Consideraciones éticas.....	29
IV. RESULTADOS.....	30
4.1. Resultados.....	30
4.2. Análisis de resultados.....	56
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
5.1. Conclusiones.....	83
5.2. Recomendaciones.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87
ANEXO.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
Grado de Instrucción en la mujer adulta joven del Distrito de frías – Piura, 2013.....	30
TABLA 2	
Ingreso económico familiar en la mujer adulta joven del Frías - Piura, 2013.....	34
TABLA 3	
Ocupación en la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura, 2013.....	36
TABLA 4	
Tipo de vivienda en la mujer adulta joven del distrito de de Frías – Piura, 2013.....	37
TABLA 5	
Tenencia en la vivienda en la mujer adulta joven del distrito de Frías - Piura, 2013.....	
TABLA 6	
Material del piso de la vivienda en la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	
TABLA 7	
Material del techo de la vivienda en la mujer adulta joven Distrito de frías – Piura, 2013.....	

ÍNDICE DE GRAFICOS

		Pág.
GRAFICO 1	Grado de instrucción en la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	32
GRAFICO 2	Ingreso económico familiar en la mujer adulta joven Del distrito de Frias – Piura, 2013.....	32
GRAFICO 3	Ocupación en la mujer adulta joven del distrito De Frías – Piura, 2013.....	33
GRAFICO 4	Tipo de vivienda en la mujer adulta joven del distrito de Frias – Piura, 2013.....	36
GRAFICO 5	Tenencia en la vivienda en la mujer adulta joven del Distrito de Frias – Piura, 2013.....	36
GRAFICO 6	Material del piso de la vivienda en la mujer adulta joven Del distrito Frías – Piura, 2013.....	37
GRAFICO 7	Material del techo de la vivienda en la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	37
GRAFICO 8	Material de paredes de la vivienda en la mujer adulta joven Del distrito Frías – Piura, 2013.....	38
GRAFICO 9	Número de personas que duermen en una habitación de la vivienda en la mujer adulta joven del Distrito de Frias – Piura, 2013.....	38

GRAFICO 10	Abastecimiento de agua de la vivienda en la mujer adulta joven del distrito de Frias – Piura, 2013.....	39
GRAFICO 11	Eliminación de excretas de las vivienda en la mujer adulta Joven del distrito de Frias – Piura, 2013.....	39
GRAFICO 12	Combustible para cocinar de la vivienda en la mujer adulta Joven del distrito de Frias – Piura, 2013.....	40
GRAFICO 13	Energía eléctrica de la vivienda en la mujer adulta joven Del distrito Frias – Piura, 2013.....	40
GRAFICO 14	Disposición de basura de la vivienda en la mujer adulta Joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	41
GRAFICO 15	Frecuencia que pasan recogiendo la basura en la vivienda en la mujer adulta joven del distrito de Frias – Piura, 2013.....	41
GRAFICO 16	Eliminación de basura de la vivienda en la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura, 2013.....	42
GRAFICO 17	Fuma actualmente la mujer adulta joven del distrito Frias – Piura, 2013.....	45
GRAFICO 18	Frecuencia que ingiere bebidas alcohólicas la mujer adulta joven Distrito de Frias – Piura, 2013.....	45
GRAFICO 19	Número de Horas que duerme la mujer adulta joven del Distrito de Frias – Piura, 2013.....	46
GRAFICO 20	Frecuencia con la que se baña la mujer adulta joven del distrito Frías – Piura, 2013.....	46
GRAFICO 21	Examen médico periodo de la mujer adulta joven Distrito de Frias – Piura, 2013.....	47

GRAFICO 22	Actividad física en la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	40
GRAFICO 23	En las dos últimas semanas que actividad física realizan durante más de 20 minutos la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura, 2013.....	49
GRAFICO 24	Frecuencia que consume los alimentos la mujer adulta joven Distrito de Frías – Piura, 2013.....	36
GRAFICO 25	Recibe apoyo social natural la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	52
GRAFICO 26	Recibe apoyo social organizado la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura, 2013.....	52
GRAFICO 28	Recién apoyo de algunas de estas organizaciones la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	53
GRAFICO 29	Consideración de distancia donde se atendió la mujer adulta Joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	53
GRAFICO 30	Tipo de seguro que tiene la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura, 2013.....	54
GRAFICO 31	Tiempo que espero para atenderse la mujer adulta joven Distrito de Frías – Piura, 2013.....	54
GRAFICO 32	Calidad de atención que recibió la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.....	55
GRAFICO 33	Existe pandillaje cerca de la casa de la mujer adulta joven del distrito de Frías – Piura,2013.....	55

I. INTRODUCCIÓN

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómica a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (1).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (2).

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, esta 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 no estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de la salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (3).

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 (4).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia 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 (4).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones, y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (5).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (6).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla” que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (7).

La comisión Mundial de Determinantes sociales de la salud de la Organización, Mundial de la Salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad y reconoce a la

promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (7).

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 (7).

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 (8).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (9).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente (10).

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 (10).

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 ha ido desarrollando e incluyendo conjunto de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales.

Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (11).

Los determinantes la salud están unánimemente reconocida 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 (12).

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 (13).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (13).

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).

A esta realidad no escapa el Distrito de Frías de la provincia de Ayabaca, Departamento de Piura creado el 21 de junio de 1825. Su capital, Frías, está ubicada a 1,673 msnm en la parte baja Sur Occidental de los Altos de Frías, sobre un extenso valle orientado en plano inclinado hacia el Sur Oeste, en la margen derecha de la quebrada de Sitán (14).

Este distrito de Frías limita al Norte: Distritos de Sapillica y Lagunas, Sur: Distritos de Santo Domingo (Morropón) y Chulucanas, Este: Provincia de Piura y distrito de Tambogrande (Piura) y al Oeste: Distrito de Pacaipampa (Ayabaca). Cuenta con 01 centro de salud, 03 colegios, 01 local comunal, 01 instituto tecnológico, 01 Programa no escolarizado de Educación Inicial (PRONEI), 01 organización de vaso de leche, 02 empresas de transporte, 01 comedor popular y cuenta con parques construidos.

Entre su población encontramos diferentes ocupaciones: estudiantes, profesionales, comerciantes, amas de casa, obreros, campesinos, entre otros. Cuenta con los servicios de luz, agua y desagüe. (14)

Las enfermedades que más predominan en este distrito son las Infecciones Respiratorias Agudas en niños, Enfermedades Diarreicas Agudas y en adultos mayores la diabetes y Hipertensión Arterial (14)

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

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en la mujer adulta joven del Distrito de Frías -Piura, 2013?

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

- Identificar los determinantes de salud en la mujer adulta joven del Distrito de Frías -Piura, 2013
- Para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:
- Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (grado de Instrucción, Ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental)
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física).

- 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.

La Justificación de la presente investigación fue: Esta Investigación fue necesaria en el campo de la salud ya que permitió 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 ellos contribuyen con la prevención y control de los problemas sanitarios. 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 permitió 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 ayudó 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 promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Además es conveniente para las autoridades regionales de la Dirección de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

Esta investigación fue necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir

los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

II. REVISION DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Gonçalves M, et al (15), 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.

Gonçalves (15), destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

Tovar C, García C. (16), 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 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.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Rodríguez Q. (17), 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.

Melgarejo E, et al (18), 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.

A nivel local:

Gallosa P. More D. (19) en su estudio titulado "ASIS del centro de salud Villa Primavera" se encontró que el 25.1 % de mujeres tienen secundaria incompleta; el 63.8 % cuentan con red pública de desagüe dentro de la vivienda, el 51.8 % utiliza gas para cocinar. Así mismo con respecto al servicio recibido en consulta C.S "villa primavera 2011" el 47 % refiere que el nivel atención fue regular, el 47 % manifiesta que el tiempo de espera fue de 30 min a 1 hora.

Cárdenas L, et al (20), Análisis de la situación de salud en el centro de salud Villa Primavera - Sullana, Piura. 2011. Los resultados fueron que el 25 % de mujeres tienen secundaria incompleta mientras los hombres tienen el 25,8 % en relación que las mujeres; también que el 63,8 % de la población tienen red pública de desagüe

dentro de la vivienda y solo el 17% la población tiene pozo ciego o negro/ letrina; así mismo el 82,4% son viviendas con alumbrado eléctrico; finalmente el 51,8% de la población usa como combustible para cocinar el gas seguido del uso de carbón con un 31,7%. Con respecto al nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida en el establecimiento de salud se obtuvo que es bueno con un 25 % no escapando del nivel malo que estuvo en un 22 %.

Neira C, Quiroga S. (21), en su tesis titulada “Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010. Enfrenta bajos niveles de acceso a los servicios básicos, así como una pésima infraestructura de la vivienda. Según el método de la “Línea de pobreza”, nos arroja que el 56% de la población encuestada se encuentra en condición de extrema pobreza, el 35% es pobre y el 9% está en situación de no pobre; es de indicar que el 43% de las viviendas presentan paredes de adobe, techo de calamina y no tienen piso, asimismo el 7% de las viviendas tienen las siguientes características: Paredes de quincha o de esteras, techo de caña o de esteras y no tienen piso. En cuanto al abastecimiento de “Agua” tenemos que el 92% de la población se abastece de agua a través de camión o cisterna, el 2% con pilón público, el 4% a través de pozo. En lo que respecta al servicio de “Energía”, el 4.5% de los encuestados cuenta con Energía Eléctrica, el 18% usa lámpara o mechero, el 6% usa petróleo o gas, 44.5% usa vela y el 21% usa generadores eléctricos; y por último, el 50% de los encuestados no posee Artefactos eléctricos, el 3% posee máquina de coser, el 11% solo tiene televisor, el 4% posee solo plancha, el 17% posee televisor y radio. Lo que nos da un panorama poco alentador para dicho centro poblado, dado que la pobreza está presente y con cifras alarmantes.

2. 2 Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (22).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (23)

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (24).

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

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la

situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (24).

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.

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 (24).

a) Determinantes estructurales

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

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

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 solo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (25).

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 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 (25).

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

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las

acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (26)

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (27, 28).

Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es una sola casilla (29, 30).

3.2. Universo Muestral

Muestra

El tamaño de muestra fue de 290 personas adulta joven y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

Cada adulto que formó parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Persona adulta que vive más de 3 años en la zona.
- Persona adulta que acepta participar en el estudio.
- Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Persona Adulta Madura que tenga algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (31)

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 (31).

Definición Operacional

Escala de razón

- Adulto Joven (18 años a 29 años, 11 meses y 29 días.)
- Adulto Maduro (de 30 a 59 años, 11 meses y 29 días.)
- Adulto Mayor (60 a más años)

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (32)

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 (33).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel
- Inicial/ Primaria
- Secundaria incompleta/ Secundaria completa
- Superior no universitaria incompleta/Superior no universitaria completa
- Superior universitaria incompleta/Superior universitario 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 (34).

Definición operacional

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 18011 a mas

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (35).

Definición operacional

Escala nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (35).

Definición operacional

Escala nominal

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta choza, cabaña

- Local no destinada para habitación humana
- Otros

Tenencia

- alquilar
- cuidado /alojado
- plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso

- Tierra
- Entablado
- Losetas, vinílicos
- Laminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

- madera, estera
- adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit

Material de las paredes

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros

- 2 a 3 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 (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Energía Eléctrica

- Sin energía
- Lámpara (no eléctrica)
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (37).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente
- No consumo

Número de horas que duermen

- 6 a 8 horas
- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

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. (39).

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) (40).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Clínicas particulares
- Otras

Lugar de atención que fue atendido:

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

Qué tipo de seguro tiene usted:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- OTROS

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular

- Mala
- Muy mala
- No sabe

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

- Sí
- No

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche

- Otros

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 de instrumento: (41)

Instrumento

El instrumento será elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes sociales de la salud en el adolescente. Elaborado por la investigadora de línea de la escuela profesional de Enfermería ULADECH Católica, Ms. Enf. Vilchez Reyes Adriana y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo); del entorno físico (tipo vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura).
- Los determinantes de los estilos de vida: Fumar, frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza en su tiempo libre, en las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos y alimentos.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud, lugar de atención, tipo de seguro, tiempo de espera, calidad de atención, pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Control de Calidad de los datos:

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. (ANEXOS 3 y 4)

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 (42).

3.5. Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

Para la recolección de datos del estudio de investigación se consideraron los

Siguientes aspectos:

- Se informó y pidió consentimiento de la persona adulta de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serían estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adolescentes su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación de los dos instrumentos.
- Se procedió a aplicar los instrumentos a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario para llevar a cabo las respectivas entrevistas.
- Los instrumentos fueron aplicados 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/software versión 18.0, se presentaron los datos en tablas simples luego se elaboraron sus respectivos gráficos.

3.6 Consideraciones Éticas

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (42):

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándole a la persona adulta que la investigación sería anónima y que la información obtenida sería solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se informó a la persona adulta los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente.

Consentimiento

Solo se trabajó con la persona adulta que aceptó voluntariamente participar en el presente trabajo. (ANEXO 05).

V. RESULTADOS

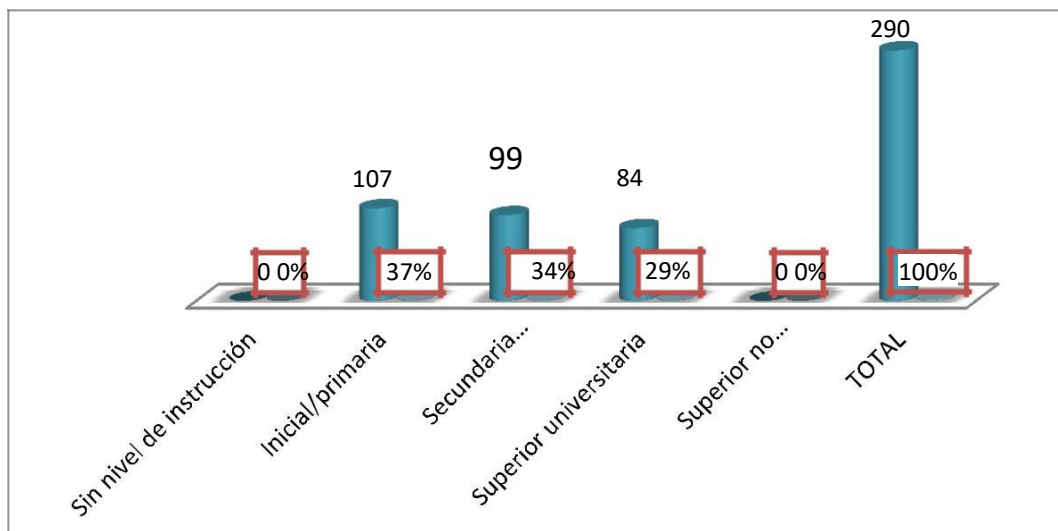
4.1 Resultados

TABLA N°01:
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS
EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013

Grado de instrucción	N°	%
Sin nivel e instrucción	0	0%
Inicial/Primaria	107	37%
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	99	34%
Superior universitaria	84	29%
Superior no universitaria	0	0%
Total	290	100%
Ingreso económico (Soles)	N°	%
Menor de 750	180	62%
De 751 a 1000	41	14%
De 1001 a 1400	0	0%
De 1401 a 1800	0	0%
De 1801 a más	0	0%
Total	69	24%
Ocupación	N°	%
Trabajador estable	26	9%
Eventual	141	49%
Sin ocupación	72	25%
Jubilado	0	0%
Estudiante	51	18%
Total	290	100%

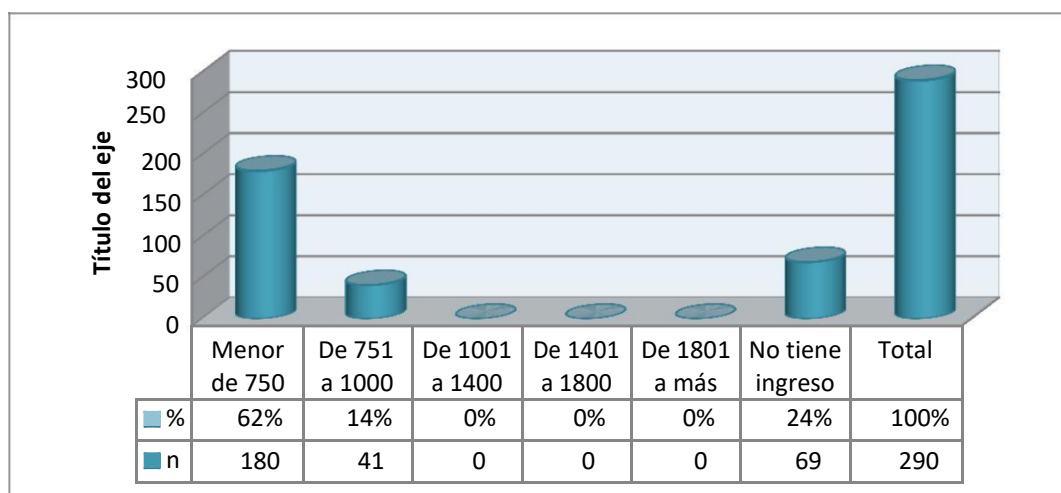
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 01:
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA MUJER ADULTA
JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



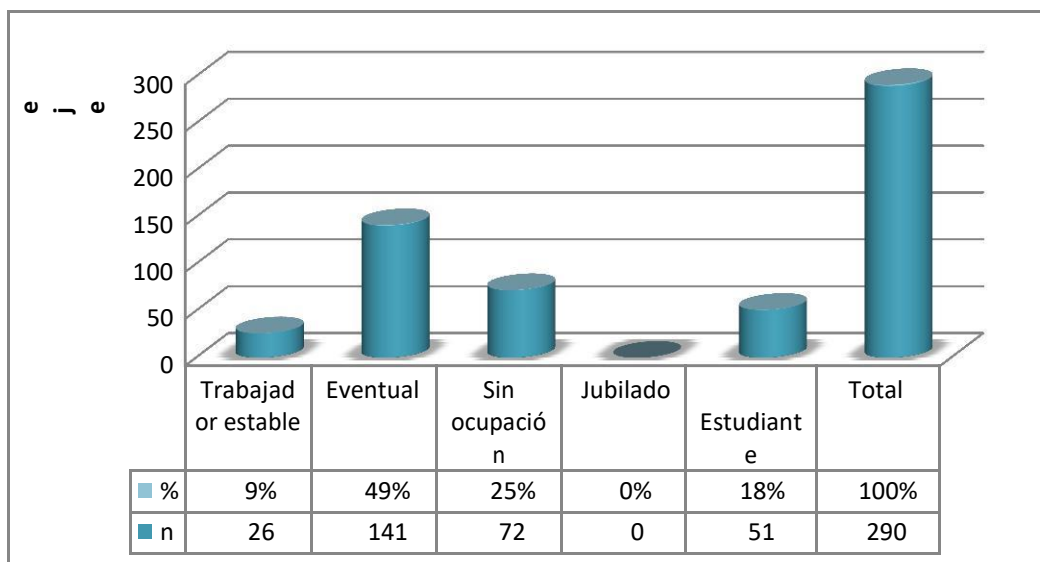
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vélchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 02:
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vélchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 03:
OCUPACIÓN EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

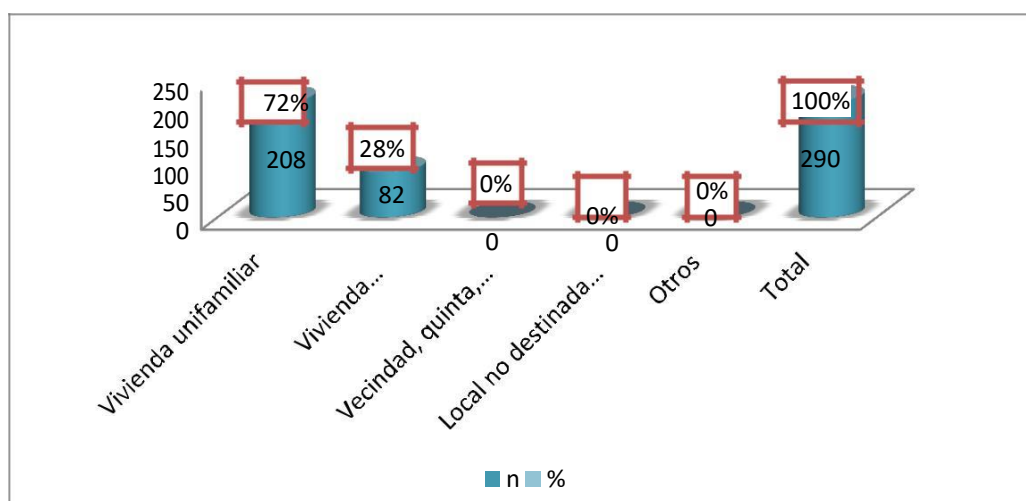
TABLA N° 02:
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON
LA VIVIENDA EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS
-PIURA, 2013

Tipo	N°	%
Vivienda unifamiliar	208	72%
Vivienda multifamiliar	82	28%
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0%
Local no destinada para habitación humana	0	0%
Otros	0	0%
Total	209	100%
Tenencia	N°	%
Alquiler	0	0%
Cuidador/alojado	0	0%
Plan social (dan casa para vivir)	0	0%
Alquiler venta	0	0%
Propia	290	100%
Total	290	100%
Material del piso	N°	%
Tierra	164	57%
Entablado	126	43%
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0%
Láminas asfálticas	0	0%
Parquet	0	0%
Total	290	100%
Material del techo	N°	%
Madera, esfera	62	21%
Adobe	0	0%
Estera y adobe	0	0%
Material noble, ladrillo y cemento	0	0%
Eternit	193	67%
Total	35	12%
Material de las paredes	N°	%
Madera, estera	0	0%
Adobe	233	80%
Estera y adobe	0	0%
Material noble ladrillo y cemento	57	20%
Total	290	100%
N° de personas que duermen en una habitación	N°	%
4 a más miembros	0	0%
2 a 3 miembros	95	33%
Independiente	195	67%
Total	290	100%
Abastecimiento de agua	N°	%
Acequia	0	0%
Cisterna	0	0%
Pozo	0	0%
Red pública	0	0%
Conexión domiciliaria	290	100%

Total	290	100%
Eliminación de excretas		
	N°	%
Aire libre	0	0%
Acequia, canal	0	0%
Letrina	30	10%
Baño público	0	0%
Baño propio	260	90%
Otros	0	0%
Total	290	100%
Combustible para cocinar		
	N°	%
Gas, Electricidad	115	40%
Leña, carbón	175	60%
Bosta	0	0%
Tuza (coronta de maíz)	0	0%
Carca de vaca	0	0%
Total	290	100%
Energía eléctrica		
	N°	%
Sin energía	0	0%
Lámpara (no eléctrica)	0	0%
Grupo electrógeno	0	0%
Energía eléctrica temporal	0	0%
Energía eléctrica permanente	290	100%
Vela	0	0%
Total	290	100%
Disposición de basura		
	N°	%
A campo abierto	0	0%
Al río	0	0%
En un pozo	0	0%
Se entierra, quema, carro recolector	290	100%
Total	290	100%
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa		
	N°	%
Diariamente	0	0%
Todas las semana pero no diariamente	290	100%
Al menos 2 veces por semana	0	0%
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0%
Total		
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:		
	N°	%
Carro recolecto	0	0%
Montículo o campo limpio	290	100%
Contenedor específico de recogida	0	0%
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0%
Otros	0	0%
Total	290	100%

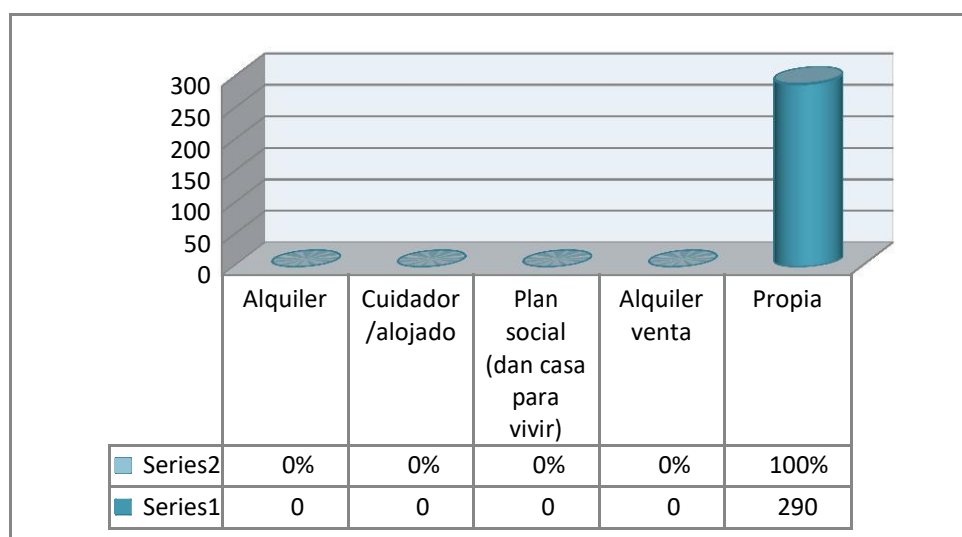
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 04:
TIPO DE VIVIENDA EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



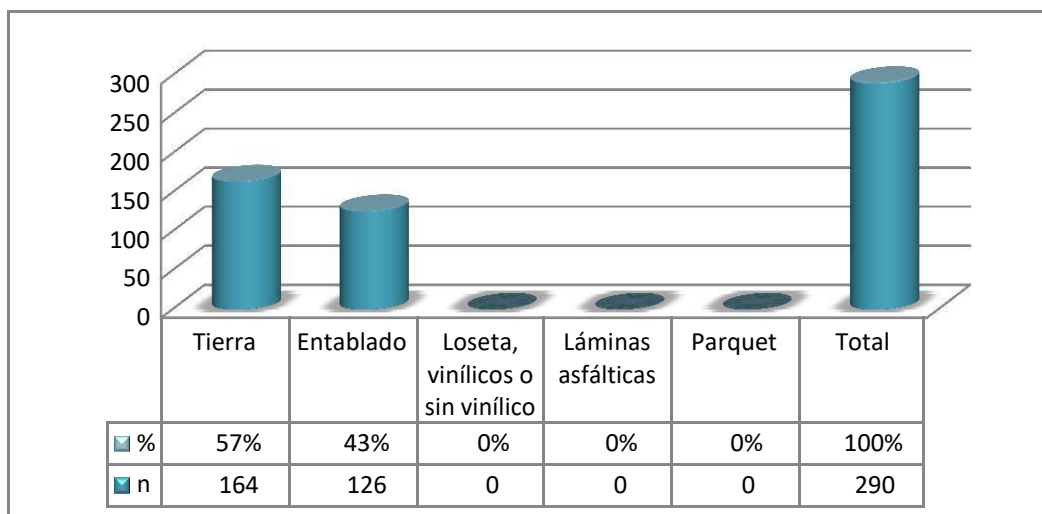
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 05:
TENENCIA EN LA VIVIENDA EN LA MUJER ADULTA
JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



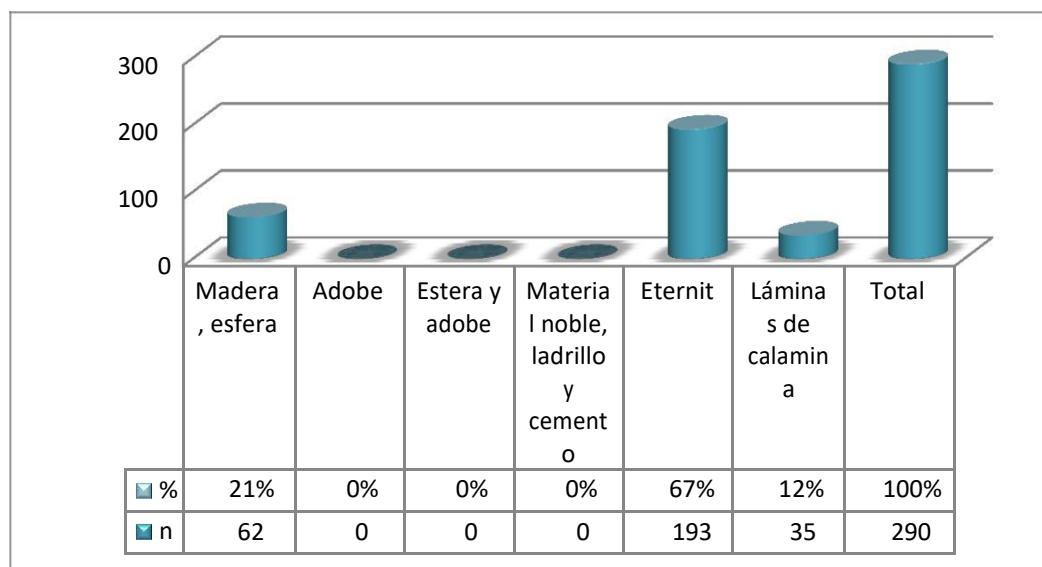
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 06:
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



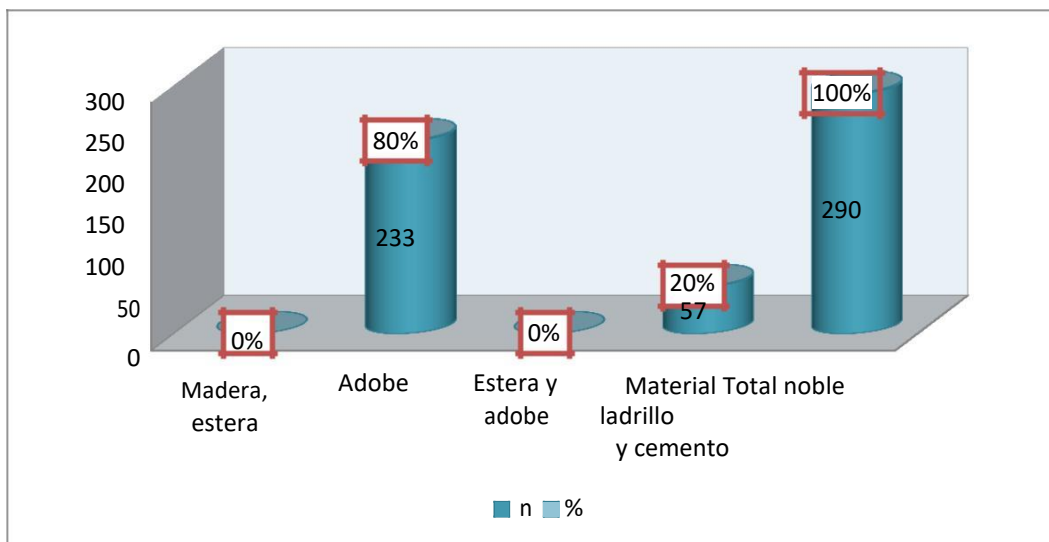
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 07:
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



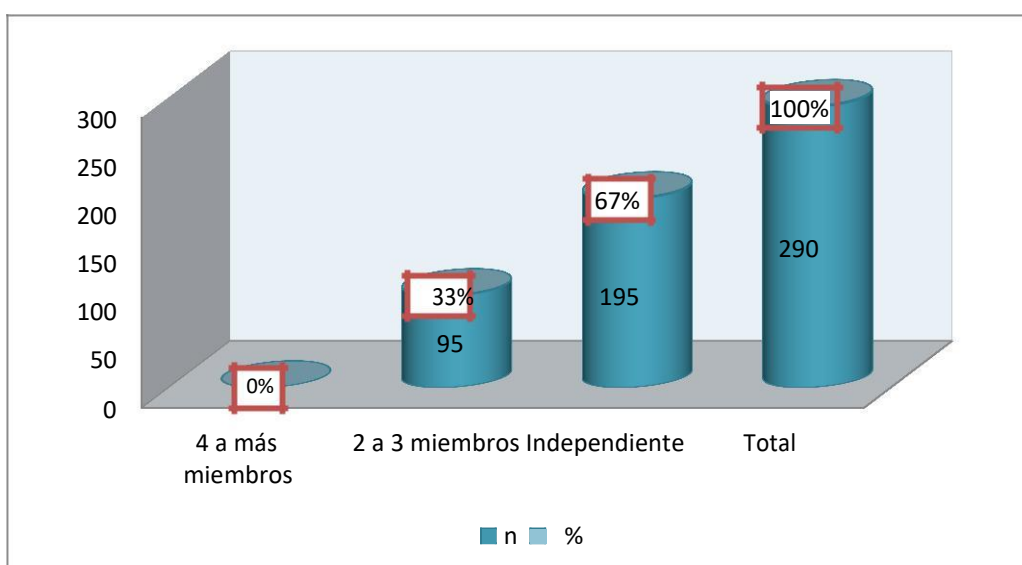
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 08:
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



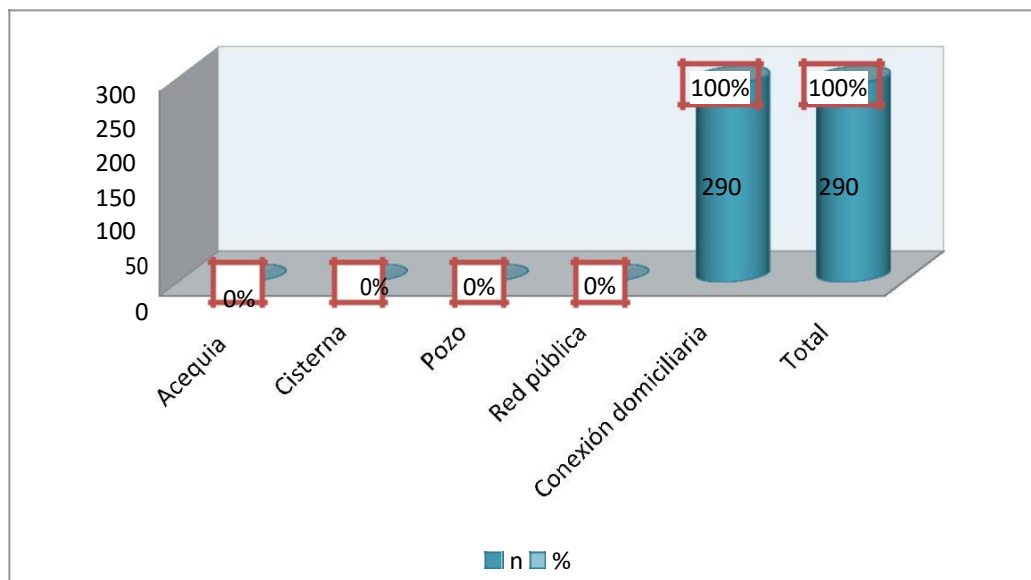
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 09:
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA
HABITACIÓN DE LA VIVIENDA EN LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



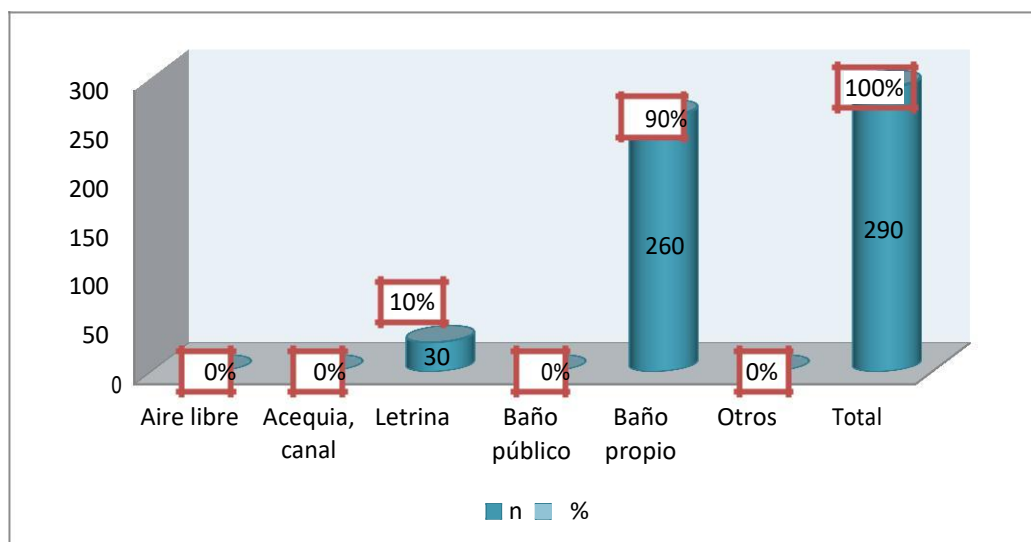
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 10:
ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



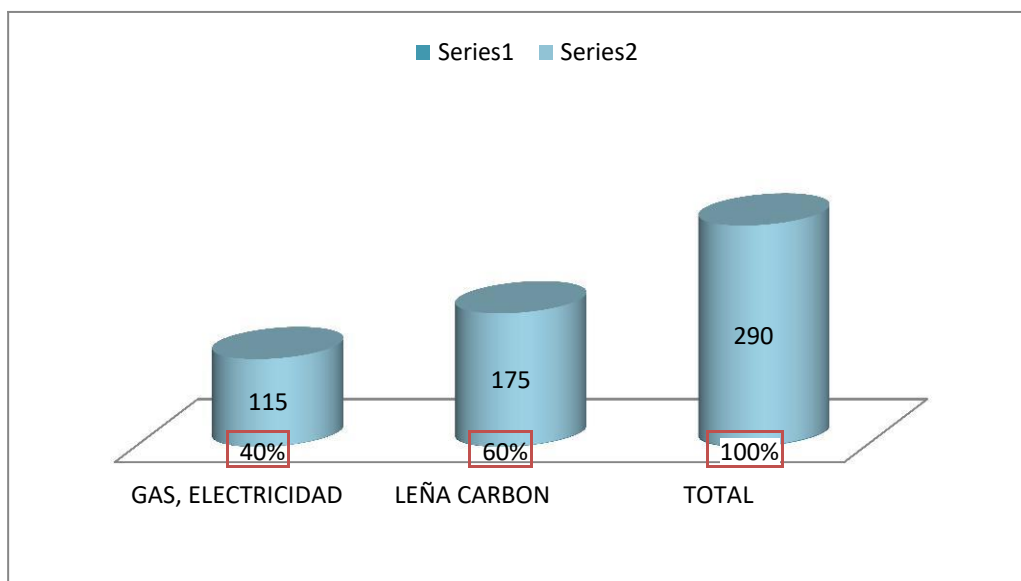
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 11:
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LA VIVIENDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



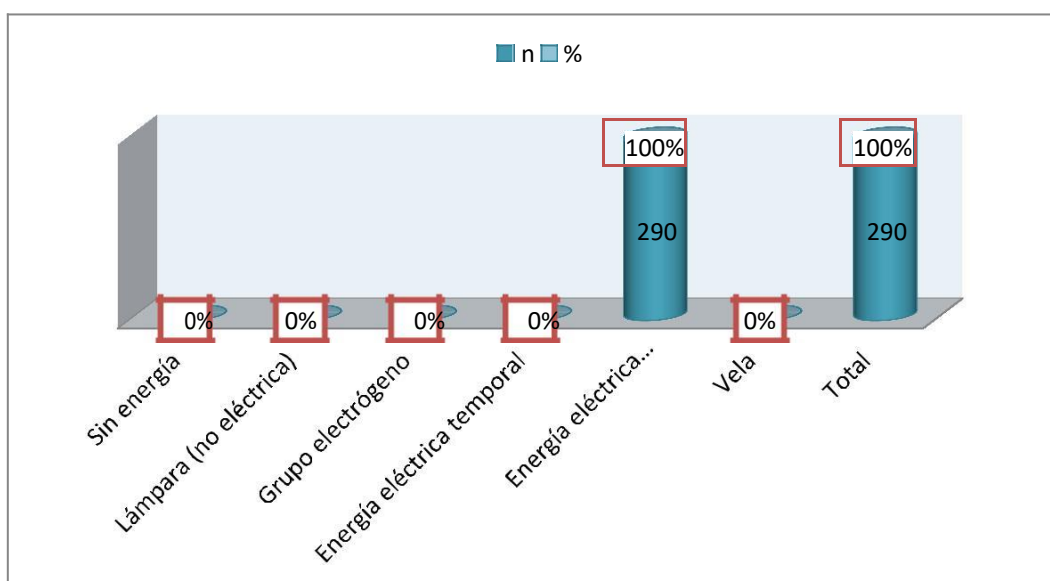
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 12:
COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LA VIVIENDA EN
LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



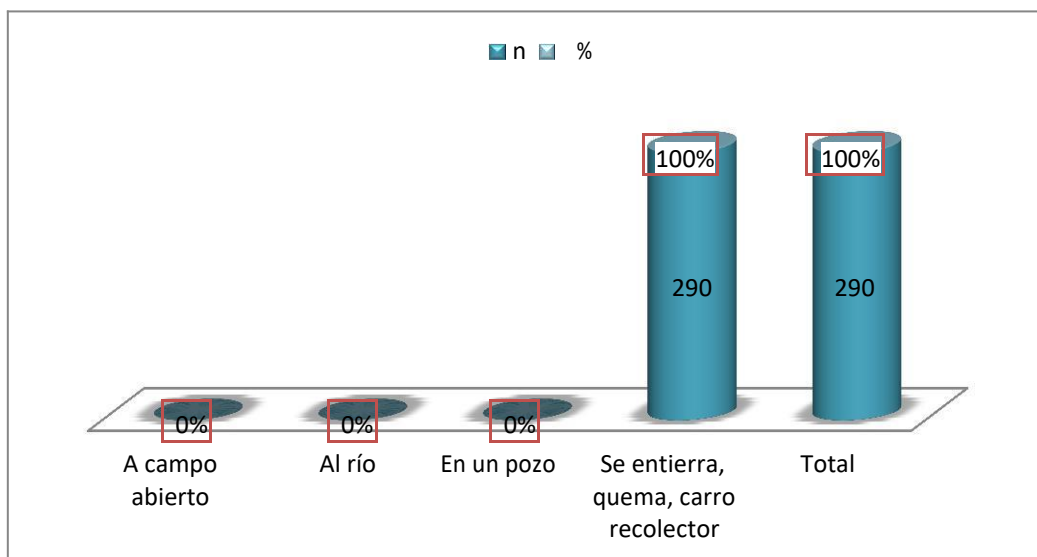
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 13:
ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA VIVIENDA EN LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



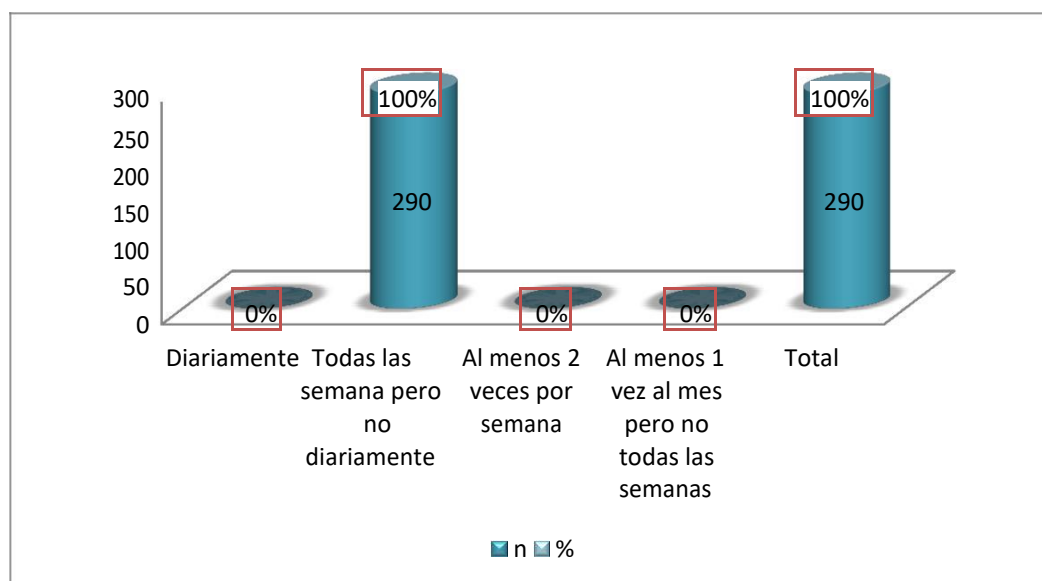
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 14:
DISPOSICIÓN DE BASURA DE LA VIVIENDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



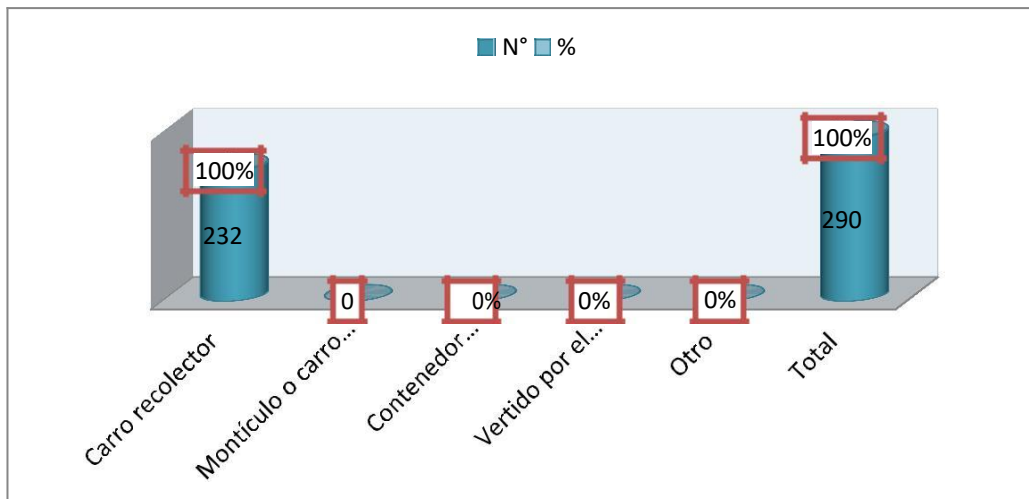
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 15:
FRECUENCIA QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA
EN LA VIVIENDA DE LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE
FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 16:
ELIMINACIÓN DE BASURA DE LA VIVIENDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

**TABLA N° 03:
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA
MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013**

Fuma actualmente:	N°	%
Si fumo, diariamente	0	%
Si fumo, pero no diariamente	0	0%
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	0	0%
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	290	100%
Total	290	100%
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N°	%
Diario	0	0%
Dos a tres veces por semana	0	0%
Una vez a la semana	0	0%
Una vez al mes	0	0%
Ocasionalmente	290	100%
No consumo	0	0%
Total	290	100%
N° de horas que duerme	N°	%
[06 a 08)	290	100%
[08 a 10)	0	0%
[10 a 12)	0	0%
Total	290	100%
Frecuencia con que se baña	N°	%
Diariamente	0	0%
4 veces a la semana	290	100%
No se baña	0	0%
Total	290	100%
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud		
Si	157	54%
No	133	46%
Total	290	100%
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N°	%
Caminar	164	57
Deporte	0	0%
Gimnasia	0	0%
No realizo	126	43%
Total	290	100%
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N°	%
Caminar	148	51%
Gimnasia suave	0	0%
Juegos con poco esfuerzo	0	0%
Correr	0	0%
Deporte	0	0%
Ninguna	142	49%
Total	290	100%

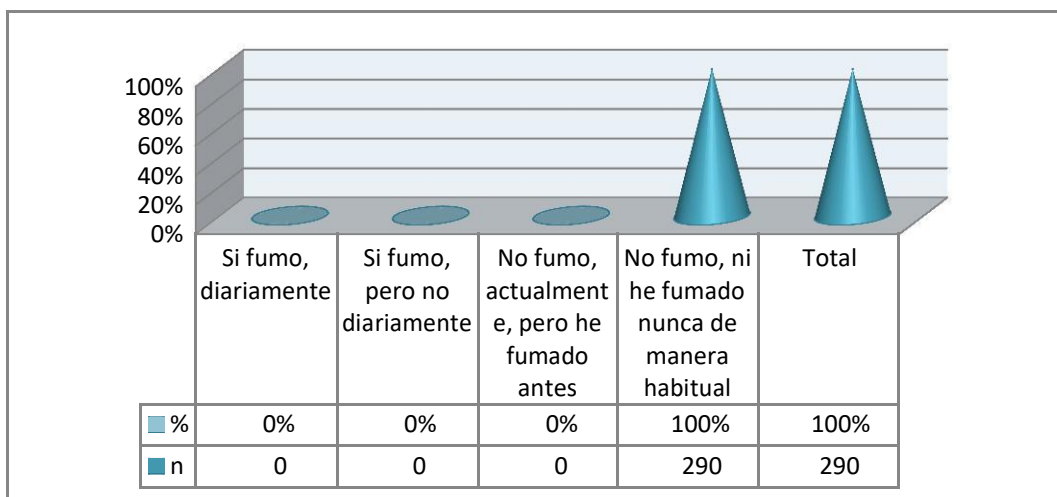
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

TABLA N° 03:
ALIMENTACIÓN EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE
FRIAS -PIURA, 2013

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana	
	N°	%	N°	%	N°	%
Frutas	290	100%				
Carne	290	100%				
Huevos	231	80%	59	20%		
Pescado			242	83%	48	17%
Fideos	290	100%				
Pan, cereales	290	100%				
Verduras, hortalizas			259	89%	31	11%
Legumbres	290	100%				
Embutidos , enlatados					290	100%
Lácteos	40	14%	250	86%		
Dulces , gaseosas					290	100%
Refrescos con azúcar					290	100%
Frituras					290	100%
Total						

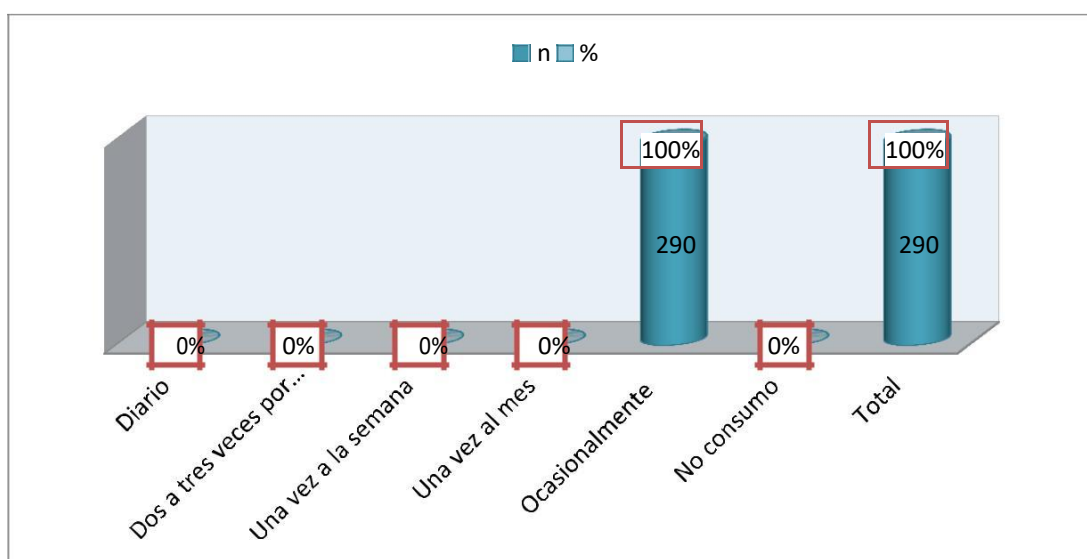
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven elaborado por Vílchez, aplicada en la mujer adulta joven del Distrito de Frías – Piura, 2013.

GRÁFICO N° 17:
FUMA ACTUALMENTE LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

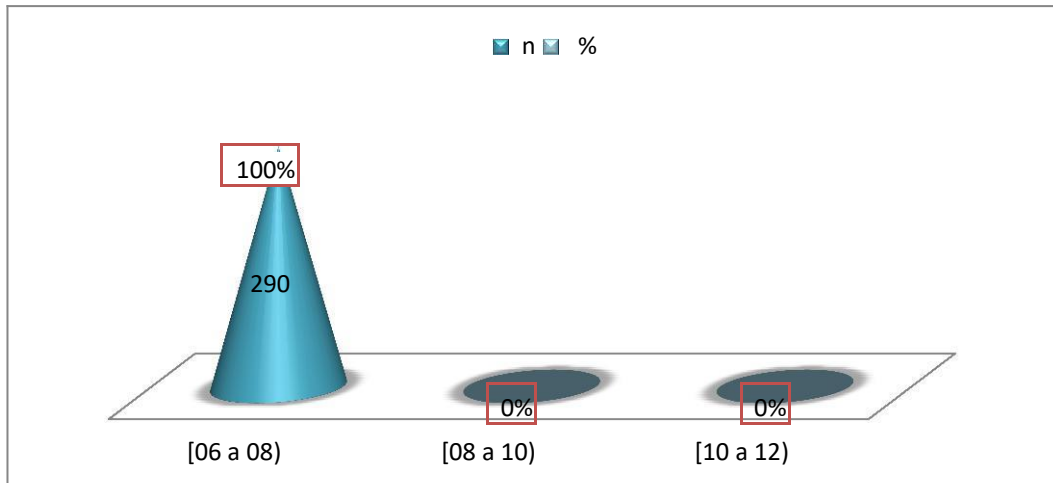
GRÁFICO N° 18:
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 19:

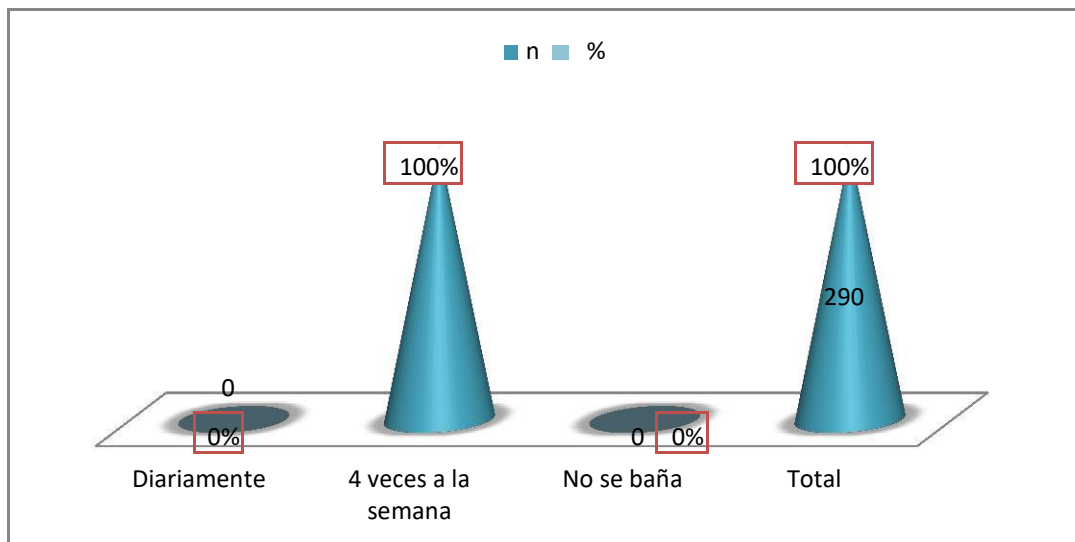
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

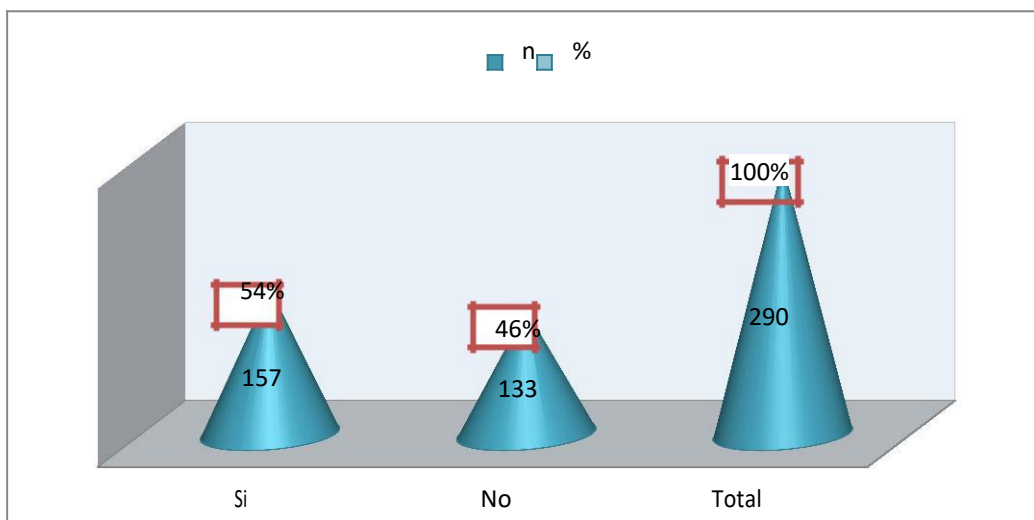
GRÁFICO N° 20:

FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



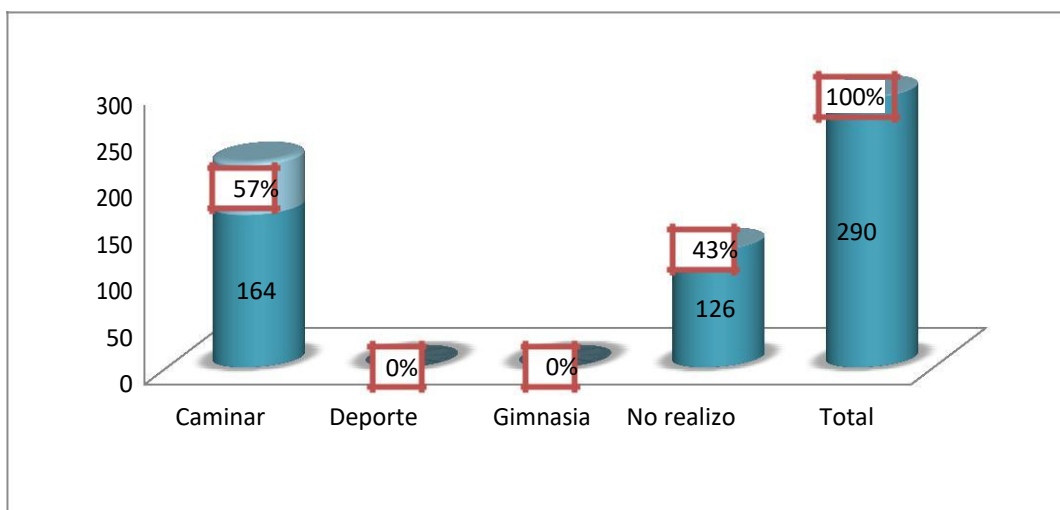
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 21:
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DE LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



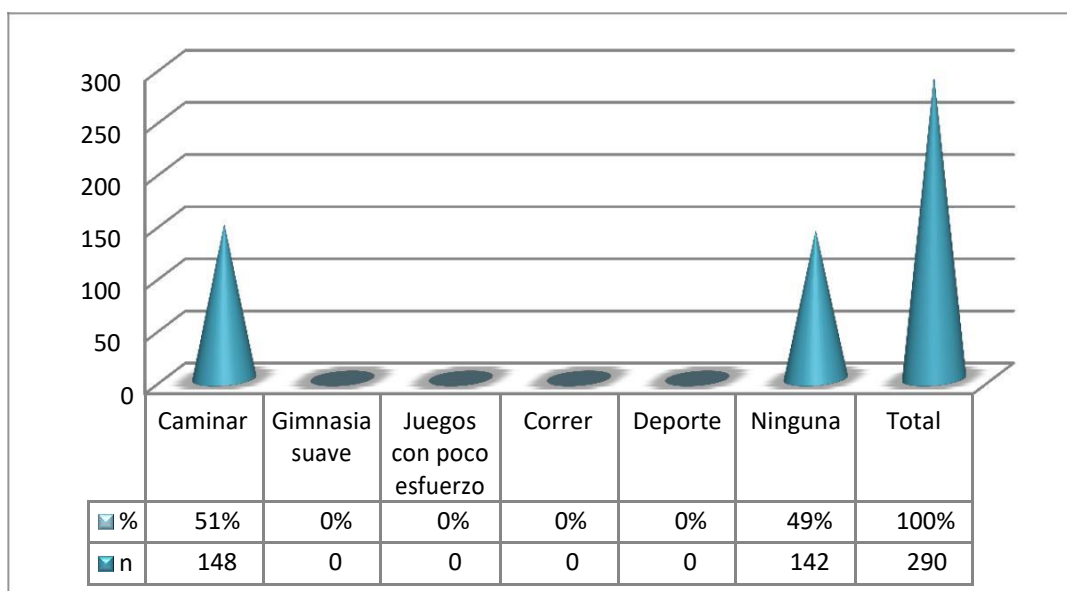
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 22:
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



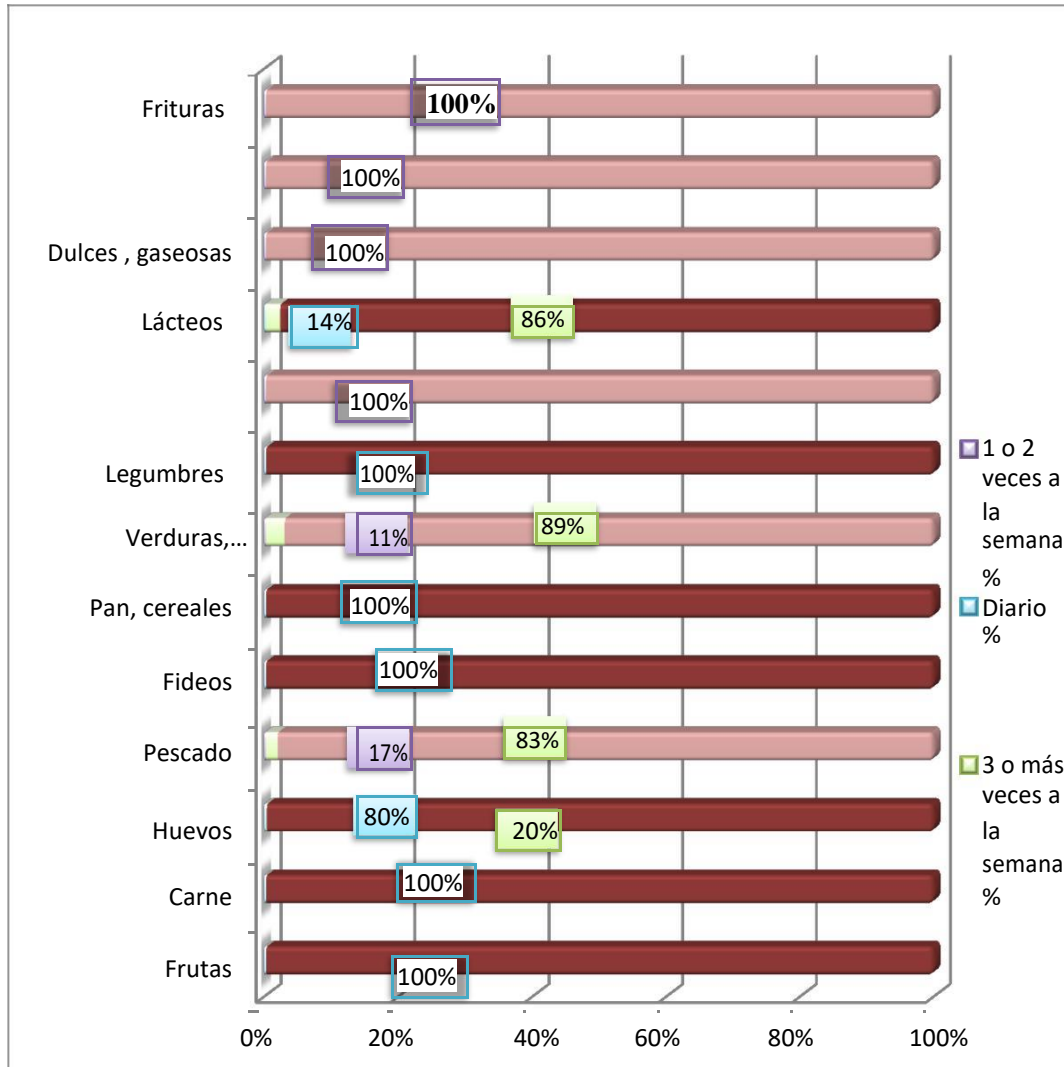
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 23:
EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZAN
DURANTE MAS DE 20 MINUTOS LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 24:
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA MUJER ADULTA
JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

TABLA N° 04:

**DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS:
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS Y SU
IMPACTO EN LA SALUD EN LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013.**

Recibe algún apoyo social natural:	N°	%
Familiares	169	58%
Amigos	0	0%
Vecinos	0	0%
Compañeros espirituales	0	0%
Compañeros de trabajo	0	0%
No recibo	121	42%
Total	290	100%

Recibe algún apoyo social organizado:	N°	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	3	1%
Seguridad social	6	2%
Empresa para la que trabaja	7	2%
Instituciones de acogida	40	14%
Organizaciones de voluntariado	0	0%
No recibo	234	81%
Total	290	100%

Reciben apoyo de algunas de organizaciones	N°	%	N°	%	N°	%
	SI		NO		TOTAL	
Pensión 65	0	0%	290	100%	290	100%
Comedor popular	201	69%	89	31%	290	100%
Vaso de leche	206	71%	84	29%	290	100%
Otros	193	67%	97	33%	290	100%
No tiene apoyo	6	2%	284	98%	290	100%

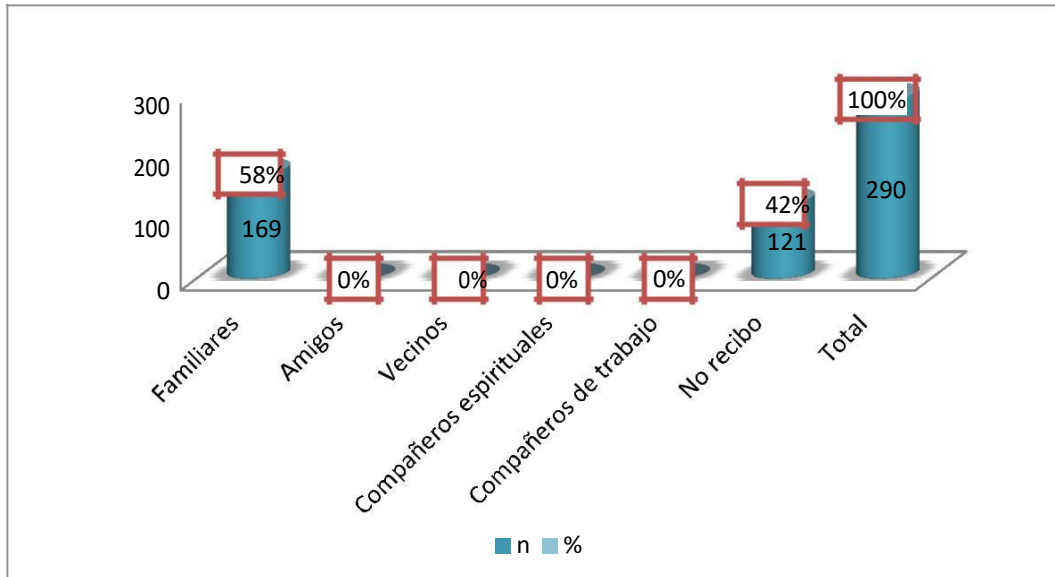
Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N°	%
Hospital	0	0%
Centro de salud	37	13%
Puesto de salud	35	12%
Clínicas particulares	20	7%
Otras	38	13%
No se atendió	160	55%
Total	290	100%

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N°	%
Muy cerca de su casa	0	0%
Regular	104	36%
Lejos	54	19%
Muy lejos de su casa	9	3%
No sabe	0	0%
No se atendió	123	42%
Total	290	100%
Tipo de seguro	N°	%
ESSALUD	0	0%
SIS – MINSA	70	24%
SANIDAD	0	0%
Otros	68	23%
No tiene	152	52%
Total	290	100%
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N°	%
Muy largo	0	0%
Largo	15	5%
Regular	123	42%
Corto	0	0%
Muy corto	0	0%
No sabe	0	0%
No se atendió	152	52%
Total	290	100%
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N°	%
Muy buena	0	0%
Buena	115	40%
Regular	33	11%
Mala	0	0%
Muy mala	0	0%
No sabe	0	0%
No se atendió	142	49%
Total	290	100%
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N°	%
Si	0	0%
No	290	100%
Total	290	100%

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 25:

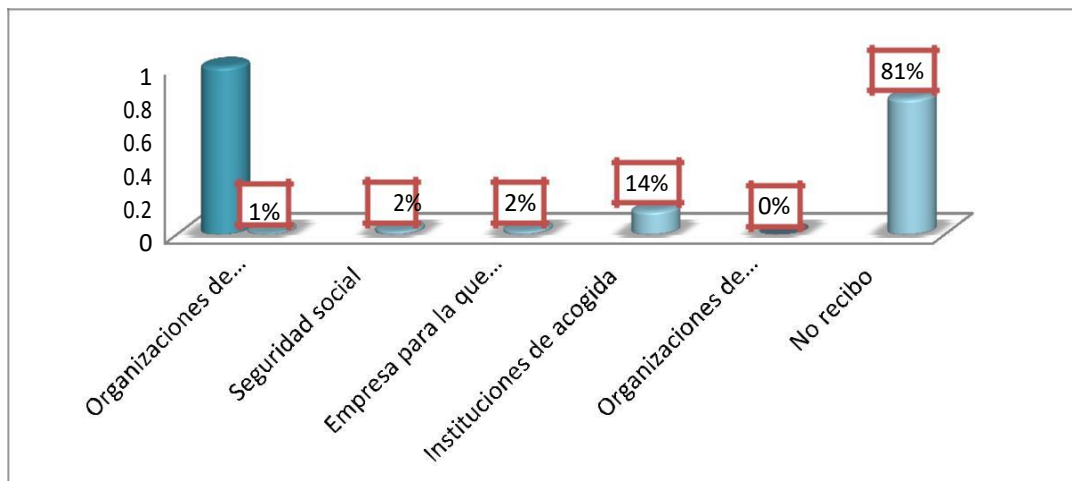
**RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA MUJER ADULTA JOVEN
DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013.**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 26:

**RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA MUJER ADULTA JOVEN
DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013.**



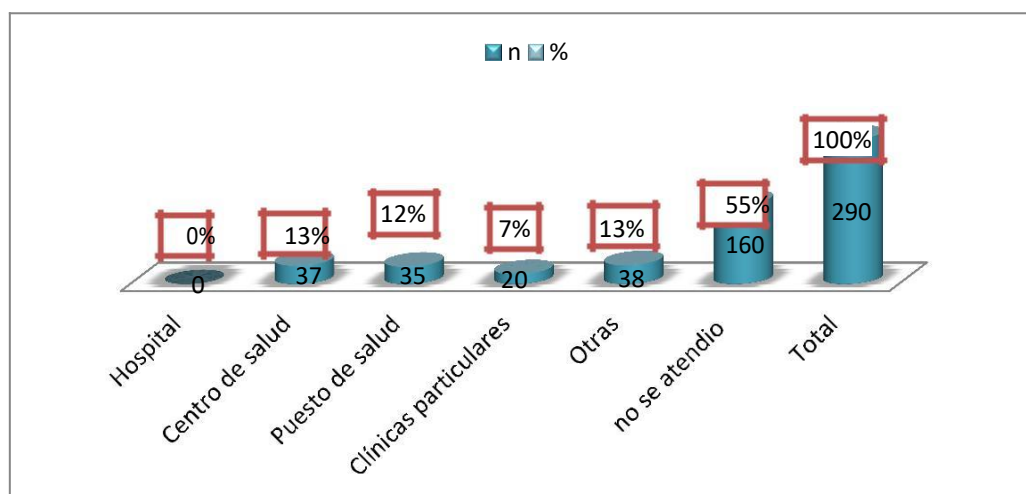
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 27:
RECIBEN APOYO DE ALGUNAS DE ESTAS ORGANIZACIONES LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013.



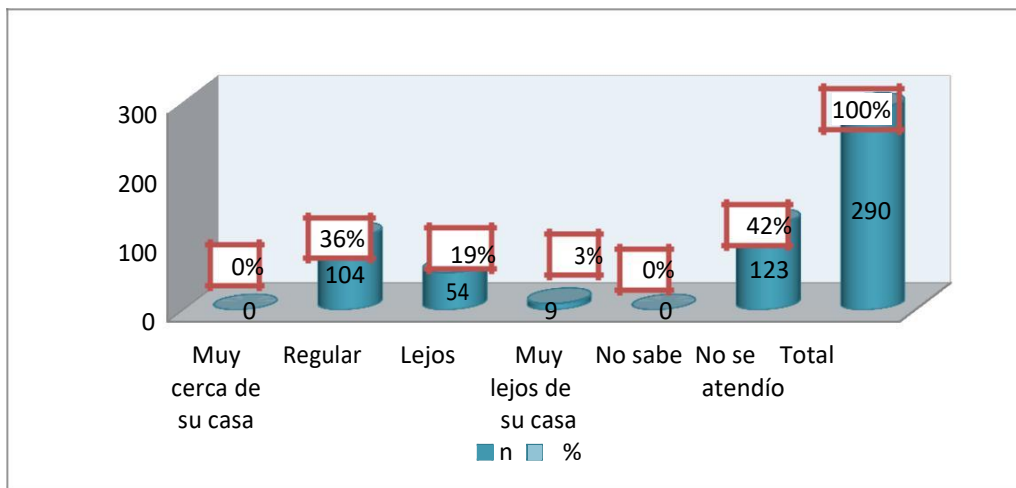
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vélchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 28:
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA MUJER ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



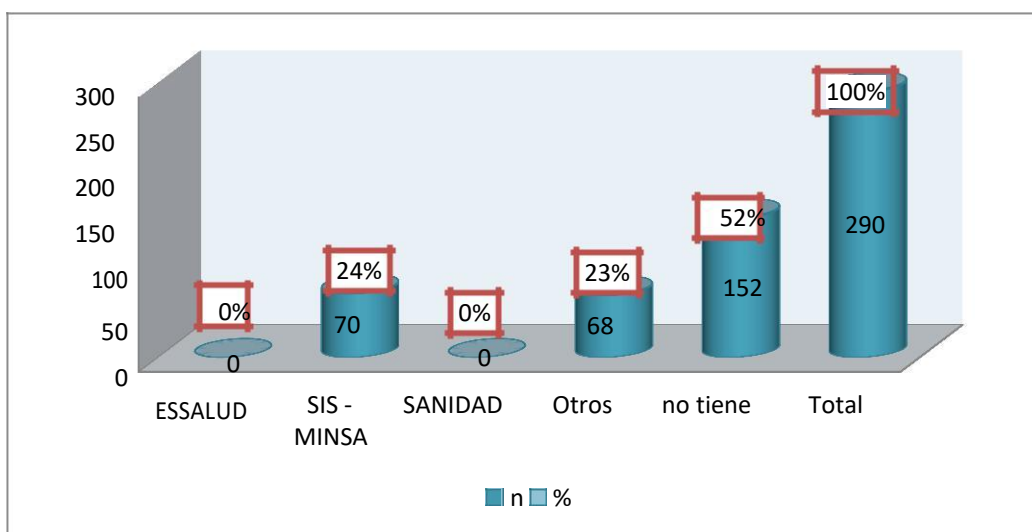
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vélchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 29:
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA MUJER
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



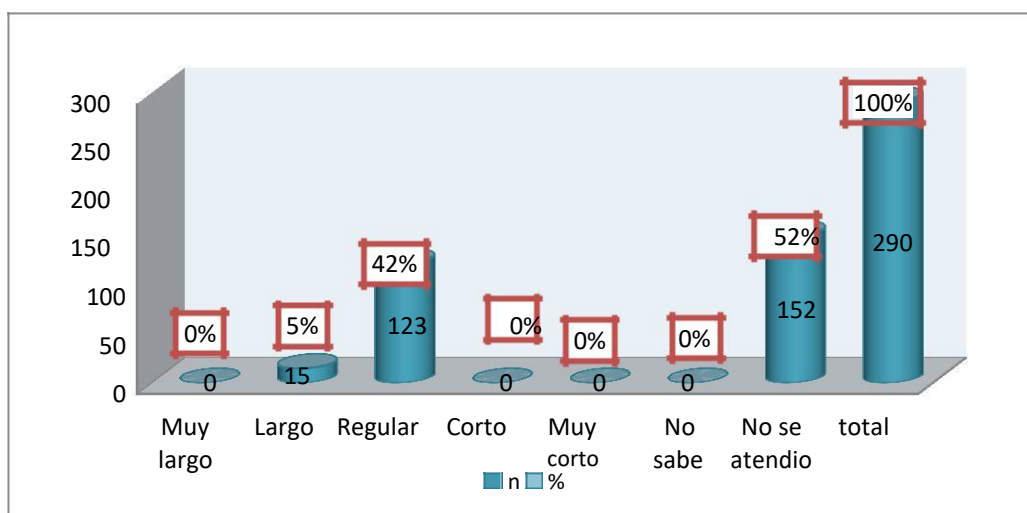
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 30:
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA MUJER ADULTA JOVEN DEL
DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



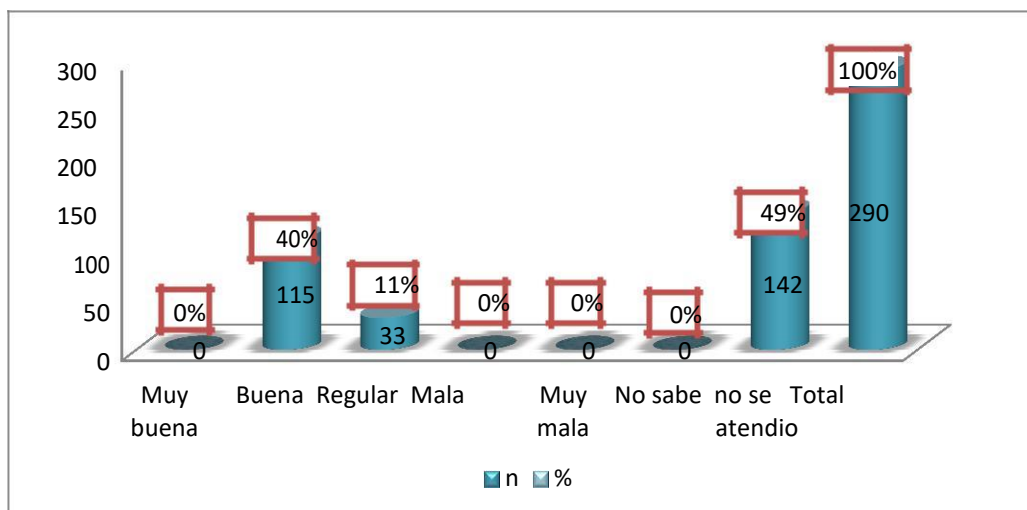
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 31:
TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA MUJER ADULTA JOVEN
DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



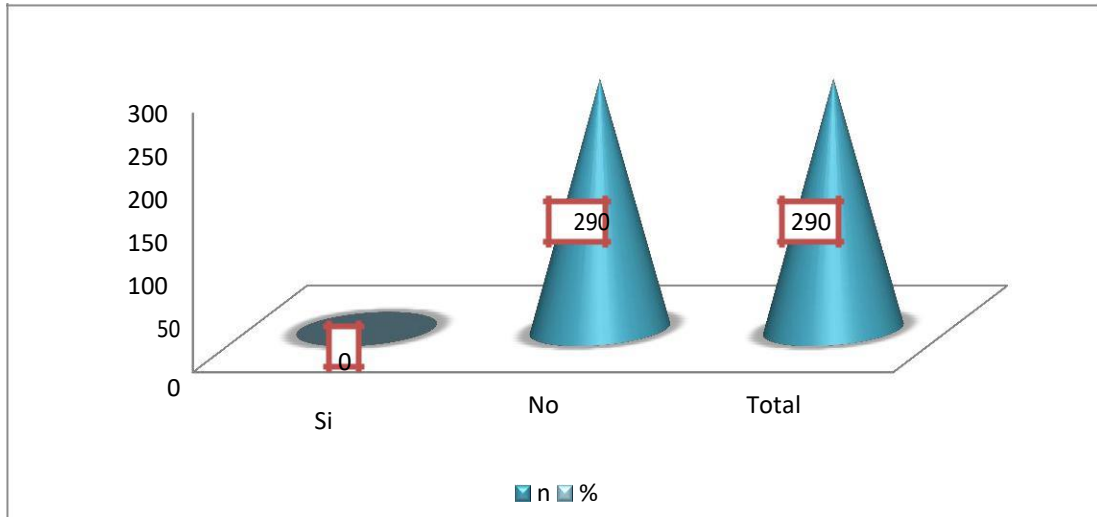
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 32:
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA MUJER ADULTA JOVEN
DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

GRÁFICO N° 33:
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA MUJER ADULTA
JOVEN DEL DISTRITO DE FRIAS -PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la mujer adulta joven, elaborado por Vílchez, aplicada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013.

4.2. Análisis de resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de los determinantes de la salud de la mujer adulta joven del Distrito de Frías- Piura, 2013.

En la tabla N° 01: con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que en la mujer adulta joven del Distrito de Frías-Piura, 2013, Sobre el grado de instrucción de la mujer adulta joven se observa que el 37% tienen nivel de Inicial / primaria; el 62% de la mujer adulta joven tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; el 49% de la mujer adulta joven, tienen una ocupación eventual.

Estos resultados difieren con los encontrados por Rodríguez, I (43), en su estudio Determinantes de la Salud en la Población Adulta de Canarias, Canarias 2011, donde su muestro estuvo conformada por 6331 adultos jóvenes; se destacó que el 29.05% tienen nivel secundario; el 16% de la población tiene ingresos económicos de 600 a 1000 nuevos soles, el 62% de la población tiene tenencia de trabajo.

Los resultados obtenidos por Inés P. Mendoza (A). (45) son similares, donde indican que según las características sociodemográficas reflejan que en su mayoría madres encuestadas oscilan con edades entre los 21 y 30 años (63.1%), presentado un grado de instrucción mayormente de secundaria incompleta (35,2%); en la situación laboral, ingreso mensual de s/251 – s/500 (50,8%), con una tenencia de trabajo eventual.

Además difieren a los resultados encontrados por Hadad Arrascue, Natalie (46), en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 13% tienen nivel secundario, el 83.3% de la población tiene ingresos económicos de 600 a 1000 nuevos soles, el 76.6% de la población tiene tenencia de trabajo.

Los resultados de la presente investigación son similares con lo encontrado por Cobeñas L. (47), en su estudio de determinantes de la salud de la mujer adulta joven. Manuel Arévalo II Etapa. La Esperanza, 2012. el 40% de la población tienen nivel secundario; el 43.3% de la población tienen tenencia de trabajo eventual excepto el 60% de la población tiene ingresos de 600 a 1000 nuevos soles.

En el campo de enfermería Florencia Nightingale, fue una de las precursoras en intervenir sobre los Determinantes Sociales de la Salud, ya que mejoró la salud de muchas personas cuidando el medio físico donde se encontraban, con limpieza, ventilación, aire. Y también fue pionera en el estudio epidemiológico sobre la población, informando acerca de las condiciones sanitarias en zonas rurales y utilizando la estadística para ver el resultado de las intervenciones. Finalmente, Nightingale destacó la importancia de la promoción (45).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (45).

La salud es un concepto amplio condicionado por numerosos factores: biológicos, sociales, culturales, económicos, etc. Las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad, la discriminación, la falta de higiene en los primeros años de vida, la mala calidad de la vivienda y la escasa cualificación laboral constituyen factores determinantes de gran parte de las desigualdades sociales que existen entre países y dentro de ellos mismos. (48)

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (45).

La Comisión Mundial de Determinantes de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (49).

De manera que los determinantes 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 (49).

Es así que, la salud ambiental abarca múltiples aspectos, además de la disposición del aspecto netamente sanitario, se recalcan los aspectos de comportamiento y conducta humana que aun que no parezca, si están íntimamente relacionados con la salud (50).

Para lograr un desarrollo sostenible es necesario un ambiente saludable, lo cual se alcanzará abordando el tema de una manera multidisciplinaria y con participación de todos como sociedad (50).

El grado de instrucción es una variable que tiene una influencia muy grande en el estado de salud percibido de la población. La población más instruida (con estudios secundarios o universitarios) tiene mejor salud que la población con nivel de instrucción bajo (con estudios primarios o sin estudios) (51)

El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto periodo de tiempo (51).

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 provisional o definitivamente incompletos (51).

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 (52).

En el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal (53)

El Ingresos 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 (53).

Se define ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de abajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares (54).

La Ocupación es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (55).

El trabajo es un conjunto de actividades realizadas, es el esfuerzo (físico o mental) realizado por las personas, con el objetivo de alcanzar una meta, la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas (56).

Los resultados encontrados en el Distrito de Frías, al analizar la variable grado de instrucción se observó que menos de la mitad tienen nivel de Inicial / primaria los cuales manifiestan no haber concluido sus estudios por idiosincrasia de los padres, bajo recursos económico en el hogar, déficit de acceso geográfico de ir a la escuela y es por eso que hoy en día presentan escasas oportunidades laborales, no pueden ejercer alguna su profesión por tal motivo se han visto obligados a buscar trabajos eventuales que le ayudaran a mantener la economía en sus hogares.

Asimismo puede condicionar a tener menor probabilidad de acceder a un posicionamiento social que le permita acceder con equidad a los servicios de salud, también puede ser motivos de índole vocacional y sociocultural.

Estos resultados reflejan el impacto de la educación ya que constituye uno de los mecanismos para la superación de la pobreza.

Al realizar el análisis del ingreso económico se encontró que la mayoría de la mujer adulta joven tienen un ingreso económico menor de 750 soles nuevos soles la cual es debido al grado de instrucción porque aquellas tienen menos oportunidades de tener un trabajo más pagado porque no tienen un nivel de estudios mejor y es por eso que el ingreso económico, permite el acceso a la mayor parte de los bienes materiales y culturales que permiten el desarrollo humano; y con el salario se adquieren alimentos, vivienda, educación entre otros, lo que posibilita un crecimiento equilibrado de las familias y su descendencia.

Los ingresos económicos se pueden relacionar tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo, así como también las capacidades productivas. Los ingresos sirven además como motor para la futura inversión y crecimiento ya que, aparte de servir para mejorar las condiciones de vida,

pueden ser utilizados en parte para mantener y acrecentar la dinámica productiva de la persona.

En relación al ingreso la mayoría menor de 750 soles, predominando en ocupación el trabajo eventual, esto se debe principalmente a que la mayoría genera sus ingresos laborando para las empresas agrícolas como la siembra y cosecha de sus productos, resultados que nos estaría indicando que existe inestabilidad laboral con la consiguiente desigualdad económica por altos índices de analfabetismo, aspectos que pueden repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona.

En la tabla N° 02: sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en la mujer adulta joven del Distrito de Frías Piura - 2013, en cuanto al tipo de vivienda, se observa que el 72% es vivienda unifamiliar; en la tenencia de vivienda, el 100% de la mujer adulta joven vivienda es propia, asimismo se observa que el 57% el material del piso de su vivienda es de tierra, el 67 %, tienen material de techo de plancha de calamina o eternit; el 80% .tienen material de paredes de Adobe; el 67% indican que cada miembro de su vivienda duerme en una habitación, se observa que el 100% de la mujer adulta joven que se abastecen de agua por conexión domiciliaria.

También se observa que el 90% utilizan baño propio para la eliminación de excretas; el 60 % utilizan la leña, carbón como combustible para cocinar; electricidad. Al igual se observa que el 100% tienen energía eléctrica permanente. Se observa que el 100% de la mujer adulta joven en la disposición de basura la entierran, quema o pasa el carro recolector de basura, donde se observa que el 100% indican que el carro recolector de basura pasa todas las semanas pero no todos los días. Se observa que el 100% indican que suelen en campo abierto específico.

Los resultados encontrados por Hadad Arrascue, Natalie (46), difieren, en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre joven, Lima 2010; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 100% de la población tiene vivienda propia, el 73.3% tienen material de piso de cemento, el 43.3% tiene material de techo de concreto, el 56,7% tiene material de paredes de cemento, el 36.6% tiene 1 habitación para dormir, el 96.6%

tiene agua entubada en casa, el 83.4% tienen gas para cocinar en casa, el 92.5% tienen energía eléctrica en casa, el 76.6% refiere que recogen su basura diariamente y el 93% elimina su basura en carro recolector de basura.

Los resultados son similares a lo investigado por Barrios A. (57), quien investigó Mejoramiento de viviendas en la mujer adulta joven en comunidades rurales en Paraguay-2003. Donde concluye que la mayoría de las viviendas es propia. En cuanto al material, paredes el 65% es de abobe, el 49 % cuenta con piso de tierra. El servicio de energía eléctrica, llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua. Un 65 % de la población, tiene letrina en sus baños el resto cuenta con pozo ciego, algunos baños modernos. En lo que respecta a las cocinas más del 50 % de las cocinas no tienen fogón en alto, un 30 % lo tiene y un 20 % tiene cocina a gas, pero no la utiliza. El 72% de los pobladores queman sus desperdicios, el 24% entierran, y el 4% los utilizan para abono.

Los resultados difieren a lo investigado por Alzate E, Vélez M, López Y. (58), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011. Se encontró que el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia, el 25,0% son arrendadas, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. EL material del piso y paredes es liso impermeable con el 100,00%, el 100,00% cuenta con techo de Eternit. El 93,1% de viviendas tiene cobertura de energía. El 69,0% cuentan con acueducto veredal. El 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,6% en el total de las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,6%, el 11,7% quema, el 11,7% bota al campo abierto

Las viviendas son de bloque de cemento y techo de zinc, predominantemente. De acuerdo a datos del INEC, hay un 21% de hacinamiento. La recolección de basura está a cargo del Municipio de Quito, que lo hace una vez a la semana, y en las cabeceras cantonales. Estos menores pertenecen a grupos vulnerables, con poco acceso a agua potable y saneamiento (27% de familias tiene agua potable y 24% alcantarillado en el área rural) (59).

Es así que, la salud ambiental abarca múltiples aspectos, además de la disposición del aspecto netamente sanitario, se recalcan los aspectos de comportamiento y conducta humana que aunque no parezca, si están íntimamente relacionados con la salud.

Para lograr un desarrollo sostenible es necesario un ambiente saludable, lo cual se alcanzará abordando el tema de una manera multidisciplinaria y con participación de todos como sociedad. (60)

Una vivienda es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras (61).

La vivienda es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan (61).

La vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud (61).

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (62).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben

proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (62).

Una habitación es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (62).

El abastecimiento de agua. Está referida a la forma de abastecimiento y procedencia del agua que utilizan los miembros del hogar en la vivienda, ya sea para beber, cocinar o realizar su aseo personal o de la vivienda (63).

Red pública de agua potable dentro de la vivienda, cuando existe conexión de agua potable dentro de la vivienda, para los fines domésticos y la higiene personal, así como para beber y cocinar (63)

Red pública de desagüe dentro de la vivienda, cuando la conexión del servicio higiénico está dentro de la vivienda, permite eliminar las excretas y aguas residuales y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios (63).

Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (64).

La salud puede verse comprometida cuando agentes externos como bacterias, virus, parásitos o tóxicos contaminan el agua potable, ya sea en la fuente misma, por infiltración del agua de escorrentía contaminada, o en el interior del sistema de distribución. (65).

Es así que, la salud ambiental abarca múltiples aspectos, además de la disposición del aspecto netamente sanitario, se recalcan los aspectos de comportamiento y conducta humana que aunque no parezca, si están íntimamente relacionados con la salud.

Para lograr un desarrollo sostenible es necesario un ambiente saludable, lo cual se alcanzará abordando el tema de una manera multidisciplinaria y con participación de todos como sociedad. (61)

La Energía o combustible utilizado para cocinar. Está referida al tipo de energía o combustible más utilizado en el hogar para preparar sus alimentos (62).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2002(World Health Report 2002), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía. (66).

El humo de los biomateriales contiene cantidades significativas de varios contaminantes para la salud como monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos, y en mayor grado óxidos de nitrógeno. (67).

Residuos sólidos. Los residuos sólidos son todas aquellas sustancias o productos en estado sólido que ya no se necesita, pero que pueden ser reaprovechados (68).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos. Los productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, los cuales contienen ingredientes potencialmente peligrosos, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (69).

En el año 2000, se promulgó la Ley 27314, Ley General de Residuos Sólidos, para reducir los impactos nocivos que los residuos generan en la salud y el ambiente. La gestión de los residuos sólidos en el país tiene como finalidad su manejo integral y sostenible, mediante la articulación, integración y compatibilización de las políticas, planes, programas, estrategias y acciones de quienes intervienen en la gestión y el manejo de los residuos sólidos, aplicando los lineamientos de política que se establecen en la Ley (70).

Los resultados encontrados en el Distrito de Frías, al analizar la variable de vivienda, se halló que la mayoría cuenta con vivienda unifamiliar, todas con tenencia propia, más de la mitad con material del piso de tierra, la mayoría con material del techo de plancha de calamina, asimismo el material de paredes de adobe y presentan un habitación por persona, estos resultados signifiquen un enfoque de riesgo para la población, ello puede deberse al hecho de que muchas familias no cuenten con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda segura, lo cual está en riesgo accidentes a la población, peligro de pérdidas de la vidas o vivienda, esto se relaciona a un determinante de la calidad de vida precaria en la vivienda, también puede estar asociado a factores culturales, sociales, políticas, etc.

Se encontró que todas las mujeres adultas joven, cuenta con abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, asimismo cuentan con baño propio. Estos resultados nos estarían indicando que el primer obstáculo es la desigualdad, el no llegar ayuda, a los pueblos donde más lo necesitan y es por eso que la mujeres por no tener los medios económicos o porque estén ubicadas en una zona rural marginal, de esta forma las personas no disfrutan de fuentes de agua seguras, y deben enfrentar por sí mismos la disposición de sus residuales.

Esta referencia nos ilustra que la población puede estar en riesgos como enfermedades gastrointestinales, respiratorias, infecciosas, parasitarias e, incluso, de carácter emocional que pueden estar fuertemente asociadas a causas que tienen que ver con las condiciones de la vivienda: su iluminación y ventilación, la disponibilidad de espacio, la calidad de los materiales y la construcción, el acceso a servicios básicos, las condiciones del entorno inmediato, su capacidad de proteger de

los elementos del ambiente y de la incidencia de animales transmisores de microorganismos perniciosos.

En cuanto a la variable combustible para cocinar, la mayoría utiliza leña o carbón para cocinar. Estos resultados nos estarían indicando que el factor económico no les permite obtener combustibles más saludables, o por razones culturales que incluyen creencias, costumbres y falta de ingreso económico. La inhalación de humo en el interior de las viviendas pueden generar un riesgo para la salud de población en contraer enfermedades respiratorias como enfermedad intersticial, asimismo como neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Es probable que las mujeres expuestas al humo interior sufran enfermedades pulmonares.

Según la variable energía eléctrica un porcentaje significativo cuenta con energía eléctrica permanente tanto para las viviendas y el servicio de alumbrado público es en zonas donde hay concentración de población.

Al analizar la variable de disposición de basura, se encontró que el total de mujer adulta joven, lo entierra, quema, y carro recolector, asimismo la frecuencia con que pasan recogiendo la basura es de todas las semanas pero no diariamente y todas las mujeres jóvenes, suelen eliminar en campo limpio, para luego esperar que el carro recolector lo recoja, esto trae como consecuencia un foco infeccioso, trae consigo la presencia de insectos y roedores, lo cual puede traer consigo la exposición a enfermedades tanto para los niños como adultos.

En la tabla N° 03: sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en la mujer adulta joven del Distrito de Frías, 2013, se observa que el 100% indican que nunca han fumado de manera habitual, y también el 100% indican que ocasionalmente ingieren bebidas alcohólicas el 100% también indican que duermen de 6 a 8 horas, asimismo el 100% mencionan que se bañan 4 veces a la semana, se observa que el 54 % indican que si se realizan examen médicos periódicos, se observa que el 57% indican que en su tiempo libre caminan, también el 51% de la mujer adulta joven indican que en las últimas semanas durante más de 20 minutos han caminado.

Se observa que el 100% de las mujeres adulta joven, consumen fruta a diario, el 100 % indica que consumo carnes a diario, el 80% mencionan consumir huevos 1 a 2 veces a la semana, el 83% indican comer pescado tres o más veces a la semana, y el 100% menciona comer fideos de forma diaria, el 100 % indica que consume a diario el pan y cereales , el 89% indican consumir verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana, el 100 % indican comer legumbres de forma diaria, el 100% menciona q nunca o casi nunca consumen embutidos, enlatados, el 86% indica consumir lácteos de tres o más veces a la semana, el 100 % consume dulces, gaseosas nunca o casi nunca, el 100 % indican consumir refrescos con azúcar en forma de nunca o casi nunca, el , 100 % indica consumir frituras nunca o casi nunca .

Los resultados encontrados por Moy López, N (70), son casi similares en su estudio relacionados con Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud de la mujer joven que influyen en el estado integral de salud de la comunidad Antorchista Ubicada al Nororiente del Municipio de Colimade la salud de la Madre, Colima 2005; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 52.5% no fuman, el 45% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, de las mujeres encuestas se encontró que el 25,0% lo hacen ocasionalmente, el 5,0% una vez por semana. El consumo de tabaco por un lado afecta la economía de las familias que perciben un bajo salario y por otro, no solo su salud sino que también la de sus hijos, quienes están por aprendiendo de sus padres estas prácticas poco saludables.

Referente al consumo de bebidas embriagantes se encontró que la mayoría de los encuestados lo hacen una vez por semana, el 35,06% ocasionalmente, el 10,0% sólo en fiestas y el 5,56% diariamente. Estos últimos fueron considerados por sus familiares como personas alcohólicas (71).

Los resultados obtenidos en el presente estudio son casi similares con Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (72), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población mujer joven urbana en Medellín –

Colombia 2011. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es severo en el 9,6%, moderado en el 7,6% y

leve en el 8,3%. El 17,2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57,3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar. Conclusiones: fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida.

La teoría de Enfermería de 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. (73).

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno (74).

De acuerdo a lo anterior, se plantea que el Estilo de Vida abarca todos los ámbitos del ser humano. Por esto, diferentes autores intentan construir el concepto de estilos de vida saludables, llegando a la conclusión de que estos están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud. Otro aspecto importante que se ha abordado son los factores que influyen en el Estilo de Vida, entre ellos se encuentran los sociales. Estos, actúan de diversa forma entre géneros, ya que la mujer se asocia con labores hogareñas, mientras que el hombre se asocia con roles netamente laborales que lo predisponen a llevar un Estilo de Vida caracterizado por comportamientos riesgosos para su salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol y el cigarrillo (75).

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (76).

Consumo de tabaco y alcohol. Los diferentes cambios sociales que se han presentado en las últimas décadas, se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las cuales han afectado la vida de las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud (75).

El cumplimiento de la Ley Antitabaco, aprobada el año 2010 por el Congreso de la República, reducirá en gran medida las más de 55 enfermedades que ocasiona la exposición del humo de tabaco en la salud de las personas (17 son algunos tipos de cáncer) y tendrá un impacto positivo en la disminución de muertes que superan aproximadamente las diez mil al año, informó el Ministerio de Salud tras saludar la importante y trascendental decisión del legislativo. Disponer de ambientes 100% libres de humo de tabaco, conforme lo establece la Ley N°29517 hace que en el Perú se fortalezca el cuidado de la salud de las personas que viven o trabajan en los espacios cerrados y más aún a los niños, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias y población en general (77).

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso. Durante su combustión se originan más de 4 mil productos tóxicos diferentes. Entre ellos destacan por su peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse, los alquitranes (distintos tipos de cáncer), nicotina (produce dependencia), monóxido de carbono (enfermedades cardiovasculares), irritantes como los fenoles, amoniacos, ácido cianhídrico (enfermedades respiratorias como bronquitis crónica y enfisema pulmonar) (78).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (79)

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. (80).

Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (81).

Un examen médico periódico es un examen, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa (82).

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (83).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (84).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (85).

Un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (85).

De la misma manera, diferentes estudios epidemiológicos han demostrado efectos protectores de la actividad física de magnitud variable. Concretamente, la actividad física disminuye el riesgo de importantes enfermedades crónicas, como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus no insulina dependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión; reduciendo también el riesgo de muerte prematura (85).

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe

cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (86).

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 (87).

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 (88).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldó a la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y Adolescentes aprobada, recientemente, por el Congreso de la República, esta regula los contenidos publicitarios relacionados con alimentos y bebidas no alcohólicas para reducir las enfermedades vinculadas con el sobrepeso y obesidad, también males crónicos como la diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiacos, insuficiencia renal, entre otros. También fomenta la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular para lograr estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir estas enfermedades (89).

Los seres humanos requieren de alimentos que aportan nutrientes a través de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida (90).

Las proteínas son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas

principalmente. Son componentes irremplazables dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo (90).

Los carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos (90).

Los lípidos se encuentran en las grasas y los aceites, los cuales proporcionan energía en gran cantidad, se deben consumir mesuradamente ya que son difíciles de digerir, son una fuente de reserva energética, siendo importantes en la regulación de la absorción de las vitaminas liposolubles (90).

En la investigación realizada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías, en relación a los Determinantes de los estilos de vida se encontró que todas de la población encuestada no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasional, lo que puede ser atribuido a la difusión de publicidad que promocionan bebidas alcohólicas que incitan el consumo de alcohol es menor que en localidades urbanas, los medios de comunicación son menos accesibles como en el medio urbano, también estos hallazgos se deban a que el consumo de alcohol y tabaco está relacionado con prácticas culturales y sociales.

Por otro lado este hallazgo se deba probablemente a factores culturales como presencia de fiestas patronales, eventos culturales y religiosos, en donde el consumo de bebidas alcohólicas aumenta y los adultos son vulnerables al consumo de tabaco que pueden llevar a riesgos la salud.

En la variable sobre el número de horas que duerme la mujer adulta joven, se mostró que todas ellas, duermen de 6 a 8 horas, esto se debe a las responsabilidades de cada una de ellas como la crianza de sus hijos, trabajo en sus parcelas y alimentación. También se debe a la costumbre que adopta desde temprana edad.

Asimismo se evidencia que todas las mujeres adultas joven, realizan su baño e higiene, con una frecuencia de 4 veces a la semana, dato que se asemeja, a la costumbre de cada una de ellas, y al clima del lugar donde viven.

En cuanto al examen médico periódico, se evidencia que más de la mitad de la mujer adulta joven, si se realizó un examen médico periódico, esto se debe a que cuenta con el Seguro Integral de Salud, dando la facilidad de ir a un establecimiento de salud. Su importancia del examen médico es efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera el chequeo médico se convierte en una herramienta esencial para la detección precoz de enfermedades en poblaciones aparentemente sanas. Su implementación podría reforzar la medicina preventiva principalmente en lo que se refiere a la prevención secundaria, lo que se puede traducir en una mejoría en la calidad de vida de la población.

Asimismo más de la mitad, realiza actividad física durante más de 20 minutos, esto lo hace mediante su quehacer diario, en ir a sus parcelas, crianza de animales.

En cuanto a su dieta alimenticia todas consumen fideos diariamente, como también el consumo de pan y cereales, la mayoría ingiere verduras, hortalizas y pescado 3 o más veces a la semana, asimismo en su totalidad consumen legumbres diariamente, sin embargo todas ingieren embutidos, enlatados, dulces, gaseosas, refrescos con azúcar y frituras 1 o 2 veces a la semana.

Asimismo, se observa el consumo menos de la mitad de la población de comida chatarra, esto se debe a que a esos lugares no llega ese tipo de alimentación, lo cual al consumirlo trae consigo muchas enfermedades todos estos alimentos son perjudiciales para la salud si se abusa de su consumo, lo cual al ver estos resultados, nos damos cuenta que la mayoría de la población está saludable.

En la tabla N°04: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, se observa que el 58% de la mujer adulta joven del Distrito de Frías, indican que reciben apoyo de sus familiares, también se observa que el 81% menciona que no recibe apoyo social organizado; el 69% de las encuestadas indican que reciben apoyo de organizaciones como comedor popular.

Se observa que el 55%, manifiestan que en los últimos 12 meses no se atendieron en una institución de salud, el 36% indica que el lugar donde fue atendida está a regular distancia de su casa, asimismo el 52%, indica no tener seguro, el 42% menciona que el tiempo que espero para que la atiendan en el establecimiento de salud es regular, el 40%, menciona que la calidad de atención que reciben de su establecimiento es buena, el 100% hace referencia, que cerca de sus casas no existe el pandillaje.

Los resultados encontrados por Moy López, N (70), difieren en su estudio relacionados con Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista Ubicada al Nororiente del Municipio de Colimade la salud de la Madre, Colima 2005; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 93.4% se atienden en hospitales, el 73.3% están afiliados al SIS y el 39.25 manifiesta haber recibido una atención de calidad.

Los resultados del estudio son similares con Solis R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodriguez R, et al. (91), 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 jóvenes, 48% de ellos no tenían seguro de salud, los participantes sin seguro o coberturados por el seguro público (SIS) tuvieron menor nivel educativo y de vida ($p < 0,001$). El sistema público atiende al 62.1%, incluyendo encuestados con seguro social. La percepción de un estado de salud óptimo se asoció con la afiliación a un seguro privado y una edad menor de 35 años. Conclusiones: Los sistemas de seguro de salud cubren diferentes segmentos socio-económicos, los asegurados de sistemas privados presentan mejores condiciones de vida.

Estos resultados difieren con el realizado Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. (92). En su investigación sobre Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008, encuesta a población joven. Donde se observa que el 56,7% de los peruanos reportaron haber tenido alguna enfermedad o accidente, de estos solo el 32,1% acudió a un establecimiento de salud. Según ámbito geográfico los residentes de la sierra reportaron mayor enfermedad 61,8%; sin embargo acudieron en menor proporción a buscar atención en un establecimiento de salud 28,9%.

El apoyo social natural como: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales, son redes de apoyo 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. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad (93).

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 (93)

La Salud Pública es una ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia con los esfuerzos de la comunidad, engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación (94).

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Asimismo, han de estar

en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc. (95).

Desde la Salud Pública conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad (96).

Además en determinados periodos del ciclo vital como la ancianidad, la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad (96).

En el desarrollo comunitario se reconocen las causas sociales, económicas y ambientales de la mala salud y se combina la participación de los usuarios con la de los proveedores oficiales de los servicios para mejorar la salud y reducir las faltas de equidad. Las comunidades pueden constituirse geográficamente como vecindarios o por intereses de grupos de usuarios (97).

El gasto en salud ha sido reconocido como un generador de pobreza, ya que los problemas de salud afectan a millones de personas que no pueden acceder a la asistencia médica, y los gastos generados por asistencia médica afectan significativamente a los hogares. Es por ello que la exclusión de la seguridad social tiene un importante impacto sobre la pobreza y el desarrollo del individuo y su familia (97).

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), Es Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Por un lado la población pobre, no cubierta por EsSalud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos:

los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en EsSalud, y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social, que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (97).

Perú 2000”, 25 donde encontraron una asociación entre el tiempo de espera para la atención y Satisfacción del usuario; según los resultados la población que esperó menos de 15 minutos para ser atendida tuvo 2 veces más probabilidades de estar satisfecha en relación con la que esperó más de 60 minutos. En Andalucía (2006) se concluyó que el 45% de los usuarios de los centros de salud andaluces no está satisfecho con el tiempo que deben esperar para ser atendidos en la consulta

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84.7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (98).

La accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado- y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas (99).

La accesibilidad a los servicios públicos, ya sea por la distancia física a ellos; por el egreso monetario que implica poder utilizarlos o por el desconocimiento

necesario sobre su existencia y uso, principalmente, no son equitativos para todos, creándose en consecuencia verdaderos recortes territoriales desiguales (99).

El Seguro Integral de Salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (100).

Perú 2000”, 25 donde encontraron una asociación entre el tiempo de espera para la atención y Satisfacción del usuario; según los resultados la población que esperó menos de 15 minutos para ser atendida tuvo 2 veces más probabilidades de estar satisfecha en relación con la que esperó más de 60 minutos. En Andalucía (2006) se concluyó que el 45% de los usuarios de los centros de salud andaluces no está satisfecho con el tiempo que deben esperar para ser atendidos en la consulta.

Para promover la accesibilidad se hace uso de ciertas facilidades que ayudan a salvar los obstáculos o barreras de accesibilidad del entorno, consiguiendo que estas personas realicen la misma acción que pudiera llevar a cabo una persona sin ningún tipo de discapacidad. Estas facilidades son llamadas ayudas técnicas.

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 (101).

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 (101) 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 (102).

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 sobretodo, 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 (103).

En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas. Para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Estos son Oportunidad, Eficacia, Integralidad, Accesibilidad, Seguridad, Respeto al usuario, Información completa, Trabajo en equipo, Participación social, Satisfacción del usuario externo y Satisfacción del usuario interno (104).

En la investigación realizada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías, sobre Determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que más de la mitad, refiere recibir un apoyo social natural de familiares, lo cual nos estarían indicando que existe una buena relación familiar, obteniendo un estado de bienestar o de equilibrio.

Se evidencia que la mayoría de la mujer adulta joven no recibe ningún apoyo social organizado, resultado que nos estaría indicando que el apoyo social en la población no se da de manera frecuente probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud porque

ayudarían a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida.

En la investigación realizada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías, en relación a los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se encontró que la mayoría refiere recibir apoyo, del comedor popular, del programa vaso de leche, resultados que nos estarían indicando que de alguna manera, la mujer adulta joven sustenta su alimentación para su familia, lo cual indicaría una satisfacción para ellas.

En la investigación realizada a la mujer adulta joven del Distrito de Frías, se evidencia que más de la mitad no se atendió en los últimos 12 meses, pero si existe un centro de salud, lo cual menos de la mitad que se atendió considera que la distancia es regular y que el tiempo de espera en la atención es regular, como también la atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena, asimismo más de la mitad no cuenta con un tipo de seguro, esto nos indica que existen factores que impiden el acceso a los servicios de salud, como el no contar con el Seguro Integral, vivir lejos del centro de salud y/o idiosincrasia.

Se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas refieren que no existe delincuencia en la zona, esto puede deberse a la educación implantada en el núcleo de la sociedad (familia) y también a que es un caserío pequeño y alejado de la ciudad de Piura.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación se detalla las siguientes conclusiones:

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que menos de la mitad tiene nivel de educación inicial y primaria, la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y menos de la mitad tienen un trabajo eventual.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, todas las viviendas son propias, más de la mitad tiene su piso de tierra, la mayoría tiene techo de calamina o eternit, como también tienen sus paredes de adobe y presentan una habitación independiente. Toda la población mujer adulta joven se beneficia de conexión domiciliaria, con baño propio para la eliminación de excretas. La mayoría utiliza la leña y el carbón para sus alimentos, en su totalidad tienen energía eléctrica permanente. La mayoría entierra, quema su basura y/o carro recolector y la mayoría elimina su basura en montículos o campo limpio.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida, todas la mujer adulta joven nunca ha consumido tabaco de forma habitual y el consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente, en su totalidad duermen de 6 a 8 horas, como también se bañan 4 veces a la semana, más de la mitad se ha realizado un examen médico. Más de la mitad realizan actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia todas consumen fideos diariamente, como también el consumo de pan y cereales, la mayoría ingiere verduras, hortalizas y pescado 3 o más veces a la semana, asimismo en su totalidad consumen legumbres diariamente, sin embargo todas ingieren embutidos, enlatados, dulces, gaseosas, refrescos con azúcar y frituras 1 o 2 veces a la semana.

- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad recibió apoyo social natural, así también la mayoría no recibió apoyo social organizado, reciben apoyo del Comedor Popular y del Programa Vaso de Leche y casi todas no reciben apoyo de ninguna otra organización. Más de la mitad no se ha atendido en los 12 últimos meses, sin embargo menos de la mitad que se atendieron consideran la distancia del lugar regular y que el tiempo de espera en la atención es regular, como también la atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena, asimismo más de la mitad no cuenta con un tipo de seguro, en su totalidad refieren no existir delincuencia en su zona.

5.2. Recomendaciones

- Facilitar al jefe del Establecimiento de Salud I – 3 del distrito de Frías los resultados conseguidos en el estudio, y así puedan tener una perspectiva de la situación de las mujeres adultas joven que presentan y los factores que la producen.
- Incentivar a los trabajadores de salud y en especial el de enfermería del establecimiento de salud 1-3 para la capacitación permanente de los programas preventivos promocionales de la mujer adulta joven.
- Al equipo multidisciplinario del Establecimiento, organizar la implementación de un taller de sobre la importancia de disminuir los factores que alteran la salud de la población, tomando conciencia de fomentar buenos hábitos de vida.
- Al personal de Salud de dicho Establecimiento, evaluar periódicamente las opiniones de los usuarios respecto a la atención brindada, tiempo utilizado en las consultas de todos los servicios, ambiente físico, para así poder fortalecer las debilidades que se encuentren, pues en el orden relativo a las necesidades o expectativas de los usuarios y la percepción de la calidad de atención puede cambiar en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde del URL: http://www.who.int/social_determinants/es
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16.
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. 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.
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
8. LipLicham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.

9. 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
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.
11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
13. Ministerio de Salud. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
14. Peru GF. <http://friaspiuraperu.blogspot.com/>. [Online].; 2008 [cited 2015 junio 20].
15. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
16. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
17. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
18. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
19. Davis, Z. M. (2010). ASIS del centro de salud Villa Primavera <http://www.monografias.com/trabajos93/asis-villa-priamvera/asis-villa-priamvera.shtml>. Recuperado el 12 de diciembre de 2013

20. Cardenas L, et al. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011.
- 19 Neira C, Quiroga S. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010.
- 20 Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
- 21 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.
- 22 Dalhigren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
- 23 Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189
- 24 Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
- 25 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>.
- 26 Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.

- 27 Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
- 28 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>
29. OPS, OMS, 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>
30. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
31. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
32. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en url: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
34. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

35. 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_736_1.pdf
35. 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>.
36. 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 url: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
37. 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>
38. Hernández et al. 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>.
39. 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
40. Rodríguez I. “Determinantes de la Salud en la Población Adulta de Canarias”. Canarias 2011 [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:<http://www.cdcdecnarias.org/wp-content/uploads/2011/05/TESIS- DOCTORAL-4.pdf>

41. Uchazara M, Determinantes de la salud en la mujer adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
42. Pérez I. 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>
43. Hadad N. Determinantes Sociales de la Salud de la Madre. Lima 2010[Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIELUZGABRIELAHADADARRASCUE.pdf>
44. Cobeñas L. Determinantes de la salud de la mujer adulta joven.
Manuel Arévalo II Etapa. La Esperanza, 2012 [Tesis] Chimbote: Biblioteca virtual universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2013. Disponible en URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(4\).Pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).Pdf)
45. Curvo SD. Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 20. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=38707>.
46. Nélidal CDLC. Determinantes De La Salud De La Persona Adulta Joven Del Puesto De Salud San Francisco- Humcayo 2013. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 20. Available from: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/22/12/127543/20141202054129.pdf>.
47. Moratillo Meza JP. Determinantes De Salud De La Persona Adulta Joven Del Centro Poblado San Pedro De Mullaca Pazos 2013. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 20. Available from: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/22/12/128930/20141202092822.pdf>.

48. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.
49. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales básicos 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
50. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
51. Álvarez L. Ocupación. [Artículo en internet]. Madrid 2011 [Citado 2013 Set. 04]. Disponible en URL:http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3
52. Campo M .Observatorio laboral. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 23]. Disponible en URL: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>.
53. Significados. Definición de trabajo. [Artículo en internet]. 2013 [Citado 2015 Enero. 11]. Disponible en el URL: <http://www.significados.com/trabajo/>
54. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.
55. Alzate E, Vélez Ma, López YI. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: copacabana, antioquia (colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 201

56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007
57. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. 2008; 25(4): 419-30.
58. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
59. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
60. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
61. Moiso A. Determinantes de la salud en Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Edulp; 2007.
62. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2007.
63. World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization; 2002.
64. Alvis N, De la Hoz F. Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, EPOC, cáncer de pulmón y asma): evidencias de asociación. Rev Fac Med 2008;56:54-64.
65. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

66. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
67. Moy López, N. Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista Ubicada al Nororiente del Municipio de Colimade la salud de la Madre. Colima 2005. [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1planilla]. Disponible desde el URL: [http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ROBERTO_MONTES_D
ELGADO.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ROBERTO_MONTES_D
ELGADO.pdf)
68. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales; Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición INS; 2006.
69. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. Redalyc 2011; 29(2): 163-169.
70. Moreno M. Modelo de Promoción de la Salud. España: Ediciones Marrier Tomey Ann; 2003
71. Lalonde M. Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Ottawa: Ministerio de Suministros y Servicios de Canadá; 1974.
72. Fernández L, Salas R. Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009. [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Privada; 2009.
73. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
74. Ley antitabaco. Ley Nro. N°29517. Boletín Ministerio de Salud, número 8706, (26 May 2010).

75. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía sobre drogas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
76. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
77. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.
78. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 2012.
79. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.
80. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
81. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2010 Ago. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
82. Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 2013 Julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>.
83. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.
84. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
85. 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. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Ley N° 30021. Boletín de normas legales del Diario Oficial El Peruano, número 494937 (17 May 2013).

86. Montoya R. Nutrición y Alimentación balanceada. [folleto] Perú: Doyma; 2013.
87. Solis R. Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodriguez R, et al. 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 Publica. 2009; 26(2): 136-44.
88. Valdez W, Ramos W, Miranda J, Tovar, J.. Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Biblioteca nacional. Lima. Perú, 2010. Primera edición. Imprenta Jose Antonio Lujan. Rev. Min. Salud. 2010; 4:110.
89. Universidad de Cantabria. ¿Qué es el apoyo social? [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 20. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>.
90. Guia Docente. Salud Publica. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 20. Available from: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2011/477/46133/1/Documento1.pdf.
91. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
92. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005;149 (3): 1-16.
93. La Atención Primaria de Salud Exige el Desarrollo de la comunidad. Rev. Panam Salud Publica [online]. 1999, vol.5, n.6, pp 420-421. ISSN 1020-4989.<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000500009>.
94. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.

95. Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. Revista Transporte y Territorio. 2010; 2(4): 136-157
96. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
97. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. 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.
98. Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
99. Ministerio de salud. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud en Lima 2002. Ministerio de salud; 2002.
100. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.



ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) + e^2 (N-1)}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 1000)

$z_{1-\alpha/2}$: Abscisa de la distribución normal a un 95% de nivel de confianza

$$(z_{1-\alpha/2} = 0,975 = 1.96)$$

P: Proporción de la característica en estudio (P = 0.50)

E: Margen de error (E = 0.05)

Calculo del Tamaño de Muestra:

$$n = \frac{1.96^2 (0.50)(1-0.50)(1000)}{1.96^2 (0.50)(0.50) + (0.05)^2 (999)}$$

n= 290 Mujer adulta joven



ANEXO 02

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

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA
PERSONA ADULTA DEL PERU

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

Dirección.....

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente y marque su respuesta con absoluta veracidad ya que los resultados no serán divulgados y solo se utilizarán para fines de la investigación.

I. DETERMINANTE BIOSOCIOECONOMICOS

1. **SEXO:** Masculino () 1 Femenino () 2

2. **Edad:**

- Adulta Joven (18 -29 años) ()1
- Adulto Maduro (30 - 59 años) ()2
- Adulto Mayor (65 años hacia adelante ()3

3. **Grado de Instrucción:**

- Sin Nivel ()
- Inicial / Primaria ()
- Secundaria incompleta/ secundaria completa ()
- Superior no universitaria ()
- Superior universitaria ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles:

- Menor de 750 ()1
- De 751 a 1000 ()2
- De 1001 a 1400 ()3
- De 1401 a 1800 ()4
- De 1801 a más ()5

5. Ocupación del jefe de familia

- Trabajador estable ()1
- Eventual ()2
- Sin ocupación ()3
- Jubilado ()4
- Estudiante ()5

6. Vivienda

6.1 Tipo

- Vivienda Unifamiliar ()1
- Vivienda multifamiliar ()2
- Vecindada, quinta choza, cabaña ()3
- Local no destinada para habitación humana ()4
- Otros()5

6.2. Tenencia

- Alquiler ()1
- Cuidado/alojado ()2
- Plan social (dan casa para vivir) ()3
- Alquiler venta ()4
- Propia ()5

6.3. Material del piso:

- Tierra ()1
- Entablado ()2
- Loseta, Vinílicos o sin vinílicos ()3
- Laminas asfálticas ()4
- Parquet ()5

6.4. Material del techo:

- | | |
|-----------------------------------|------|
| Madera, estera | ()1 |
| Adobe | ()2 |
| Estera y adobe | ()3 |
| Material noble ladrillo y cemento | ()4 |
| Eternit | ()5 |

6.5. Material de las paredes:

- | | |
|-----------------------------------|------|
| Madera, estera | ()1 |
| Adobe | ()2 |
| Estera y adobe | ()3 |
| Material noble ladrillo y cemento | ()4 |

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

- | | |
|------------------|------|
| 4 a más miembros | ()1 |
| 2 a 3 miembros | ()2 |
| Independiente | ()3 |

7. Abastecimiento de agua:

- | | |
|-----------------------|------|
| Acequia | ()1 |
| Cisterna | ()2 |
| Pozo | ()3 |
| Red pública | ()4 |
| Conexión domiciliaria | ()5 |

8. Eliminación de excretas:

- | | |
|----------------|------|
| Acequia | ()1 |
| Acequia, canal | ()2 |
| Letrina | ()3 |
| Baño público | ()4 |
| Baño propio | ()5 |
| Otros | ()6 |

9. Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()1
- Leña, carbón ()2
- Bosta ()3
- Tuza (coronta de maíz) ()4
- Carca de vaca ()5

10. Energía eléctrica:

- Sin energía ()1
- Lámpara (no eléctrica) ()2
- Grupo electrógeno ()3
- Energía eléctrica temporal ()4
- Energía eléctrica permanente ()5
- Vela ()6

11. Disposición de basura:

- A campo abierto ()1
- Al río ()2
- En un pozo ()3
- Se entierra, quema, carro colector ()4

12. ¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?

- Diariamente ()1
- Todas las semana pero no diariamente ()2
- Al menos 2 veces por semana ()3
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()4

13. ¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?

- Carro colector ()1
- Montículo o campo limpio ()2
- Contenedor específicos de recogida ()3
- Vertido por el fregadero o desagüe ()4
- Otro ()5

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()1
- Si fumo, pero no diariamente ()2
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ()3
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ()4

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()1
- Dos a tres veces por semana ()2
- Una vez a la semana ()3
- Una vez al mes ()4
- Ocasionalmente ()5
- No consumo ()6

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

- 6 a 8 horas ()1
- 8 a 10 horas ()2
- 10 a 12 horas ()3

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

- Diariamente ()1
- 4 veces a la semana ()2
- No se baña ()3

18. ¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?

- SI ()1
- NO ()2

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

- Camina ()1
- Deporte ()2
- Gimnasia ()3
- No realizo ()4

20. ¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?

- Caminar ()1
- Gimnasia suave ()2
- Juegos con poco esfuerzo ()3
- Correr ()4
- Deporte ()5
- Ninguna ()6

21. DIETA:

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

	Diario	3 o más veces a la semana	1 o dos veces a la Semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
1. Fruta					
2. Carne:(pollo Res, cerdo, etc)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz Papas					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y Hortalizas					
8. Otros					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

19. Recibe Ud. Algún apoyo social por parte de...?

- Familiares ()1
- Amigos ()2
- Vecinos ()3
- Compañeros espirituales ()4
- Compañeros de trabajo ()5
- No recibo ()6

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()1
- Seguro social ()2
- Empresa para la que trabaja ()3
- Instituciones de acogida ()4
- Organizaciones de voluntariado ()5
- No recibo ()6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 ()1
- Comedor popular ()2
- Vaso de leche ()3
- Otros ()4

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

- Hospital ()1
- Centro de salud ()2
- Puesto de salud ()3
- Clínicas particulares ()4

26. Considera usted que el lugar donde la atendieron está:

- Muy cerca de su casa ()1
- Regular ()2
- Lejos ()3
- Muy lejos de su casa ()4
- No sabe ()5

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

- ESSALUD ()1
- SIS-MINSA ()2
- Sanidad ()3
- Otros ()4

28. El tiempo que espero ara que la atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?

Muy largo ()1

Largo ()2

Regular ()3

Corto ()4

Muy corto ()5

No sabe ()6

No se atendió ()7

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

Muy buena ()1

Buena ()2

Regular ()3

Mala ()4

Muy mala ()5

No sabe ()6

No se atendió ()7

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

SI ()1

NO ()2

Muchas gracias por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú** desarrollada 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.

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.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - ω esencial?
 - ω útil pero no esencial?
 - ω no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 03)

Tabla

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú.

Nº	V de Aiken		Nº	V de Aiken
1	1,000		14	1,000
2	1,000		15	1,000
3	1,000		16	1,000
4	1,000		17	1,000
5	0,944		18	1,000
6.1	1,000		19	1,000
6.2	1,000		20	1,000
6.3	1,000		21	1,000
6.4	1,000		22	1,000
6.5	1,000		23	1,000
6.6	1,000		24	1,000
7	1,000		25	1,000
8	1,000		26	1,000
9	1,000		27	1,000
10	1,000		28	1,000
11	1,000		29	1,000
12	1,000		30	1,000
13	1,000			
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 de la persona adulta en las regiones del Perú.

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



ANEXOS N°3

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	3	27	3	9	3	1,00 0
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,00 0
Coefficiente de validez del instrumento															0,99 8



ANEXO N° 4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**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		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:								
P5								
Comentario								
P6								
Comentario								
P7								

Comentario								
P8								
Comentario								
P9								
Comentario								
P10								
Comentario								
P11								
Comentario:								

P12								
Comentario:								
P13								
Comentario								
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario								
P15								
Comentario								
P16								
Comentario								

P17								
Comentario								
P18								
Comentario:								

P19								
Comentario:								
P20								
Comentario								
P21								
Comentario								
P22								
Comentario								
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P23								
Comentario								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								

--	--	--	--	--	--	--	--	--

P26								
Comentario:								
P27								
Comentario								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								
VALORACIÓN GLOBAL: ¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?								
Comentario:				1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°05

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA MUJER ADULTA JOVEN
DEL DISTRITO DE FRIAS-PIURA, 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

.....