



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS  
ADOLESCENTES DE SAN JUAN DE BIGOTE - PARTE  
BAJA - MORROPÓN - PIURA, 2013**

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

**AUTORA**

**Br. GRECY BANNY RODRIGUEZ ROSALES**

**ASESORA**

**Dra. NELLY TERESA CONDOR HEREDIA**

**PIURA - PERÚ**

**2015**

---

**Dra. NELLY TERESA CÓNDROR HEREDIA**  
**ASESORA**

**JURADO EVALUADOR**

**Mg. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**  
**PRESIDENTE**

**Dra. BLANCA EMELI HUAYLLA PLASENCIA**  
**SECRETARIA**

**Ms. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ**  
**MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios:**

Por haberme dado la vida, salud y fortaleza para cada día superarme como estudiante, persona e hija.

### **A mis docentes:**

Que estuvieron conmigo en el proceso de aprendizaje durante mi desempeño académico. Gracias por su orientación y paciencia en la elaboración de este humilde trabajo.

### **A toda mi familia:**

Porque siempre están motivándome a salir adelante, y me demuestran su inmenso amor, lo cual hace mantener firme mi decisión de brindar lo mejor de mí.

**GRECY BANNY.**

## **DEDICATORIA**

Dedico este humilde trabajo a Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, a mi abuelita Clorinda, parte importante en mi vida, quien me inculco la mejor formación espiritual y moral, a mis padres Pedro e Irene porque siempre estuvieron para brindarme su apoyo y confianza para lograr las metas propuestas.

A mi hermana Gianela quien es la personita que siempre me acompaña a estudiar, y es mi fortaleza, a mis hermanos Katty y Andry por su paciencia y comprensión en la realización de mis trabajos, siendo mí apoyo en todo momento.

**GRECY BANNY.**

## RESUMEN

El estudio de investigación, fue de tipo cuantitativo descriptivo, con diseño de una sola casilla, tuvo como propósito identificar los determinantes de salud en los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 280 adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja –Morropón - Piura. Y haciendo uso del muestreo aleatorio simple se seleccionó una muestra de 162 adolescentes. Se aplicó la entrevista y la observación haciendo uso de un cuestionario como instrumento de recolección de datos, al cual se le aplicó el criterio de validez y confiabilidad, para la base de datos se utilizó el programa SPSS versión 18. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos. En los resultados se encontraron que más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría tienen una edad de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días, grado de instrucción secundaria completa e incompleta, ingreso económico de menor de 750 soles. En los determinantes de la vivienda: La mayoría tiene vivienda unifamiliar, vivienda propia, material de piso tierra, material de techo eternit o calamina, duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, conexión de agua domiciliaria, eliminación de excretas baño propio, utilizan gas para cocinar sus alimentos, energía eléctrica permanente, eliminan basura en carro recolector. En cuanto a los Determinantes de estilos de vida, la mayoría no fuma, no consumen bebidas alcohólicas, duermen de 06 a 08, se bañan diariamente. En los determinantes redes sociales y comunitarias: La mayoría se atendió en un centro de salud, tienen seguro SIS-MINSA, consideran que el tiempo de espera fue regular.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, adolescentes.

## ABSTRACT

The research study was descriptive quantitative, with one box design, I aimed to identify the determinants of health in adolescents. The sample consisted of 280 adolescents of the District of San Juan de Bigote - Part Baja -Morropón - Piura. And making use of simple random sampling a sample of 162 adolescents was selected. Interview and observation was applied using a questionnaire as data collection instrument, which will apply the criteria of validity and reliability to the database program used SPS version 18. The results are presented in tables and graphics. The results they found that more than half are women, most are aged 12-14 years, 11 months and 29 days, the degree of complete and incomplete secondary education, income of less than 750 suns. On the determinants of housing: Most have detached house, homeownership, earth floor material, ceiling material Eternit or calamine sleep of 2-3 members in one room, free household water, excreta En suite, used to cook their food, permanent electricity, gas eliminated in collecting garbage truck. As for the determinants of lifestyle, most do not smoke, do not drink alcoholic beverages, sleepers 06-08, bathe daily. In the underlying social and community networks: Most were attended in a health center, SIS-MINSA have insurance, consider that the waiting time was fair.

Keywords: Determinants of Health, Teen

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>DEDICATORIA</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	08
2.1 Antecedentes.....	08
2.2 Bases Teóricas.....	11
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	17
3.1 Diseño de la Investigación.....	17
3.2 Población y Muestra.....	17
3.3 Definición y Operacionalización de Variables.....	18
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	31
3.5 Plan de Análisis.....	33
3.6 Consideraciones Éticas.....	34
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	35
4.1 Resultados.....	35
4.2 Análisis de Resultados.....	72
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	102
5.1 Conclusiones.....	102
5.2 Recomendaciones.....	104
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	105
<b>ANEXOS</b> .....	115

## INDICE DE TABLAS

	<b>PAG.</b>
<b>TABLA N° 01:</b> .....	<b>35</b>
Determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>TABLA N° 02:</b> .....	<b>40</b>
Determinantes de la salud relacionados con la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>TABLA N° 03:</b> .....	<b>50</b>
Determinantes de los estilos de vida en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>TABLA N° 04:</b> .....	<b>64</b>
Determinantes de redes sociales y apoyo comunitario en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	

## INDICE DE GRÁFICOS

	<b>PAG.</b>
<b>GRÁFICO N°01</b> .....	<b>36</b>
Sexo en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°02</b> .....	<b>37</b>
Edad en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°3.1</b> .....	<b>37</b>
Grado de Instrucción en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°3.2</b> .....	<b>38</b>
Grado de instrucción de la madre en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°04</b> .....	<b>38</b>
Ingreso económico en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°05</b> .....	<b>39</b>
Ocupación del jefe de familia en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.1</b> .....	<b>43</b>
Tipo de vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.2</b> .....	<b>43</b>
Tenencia de la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja – Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.3</b> .....	<b>44</b>
Material del piso de la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.4</b> .....	<b>44</b>
Según material del techo de la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	

<b>GRÁFICO N°6.5</b> .....	<b>45</b>
Material de paredes de la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°07</b> .....	<b>45</b>
número de personas que duermen en una habitación en la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°08</b> .....	<b>46</b>
Según abastecimiento de agua en la vivienda en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°09</b> .....	<b>46</b>
Eliminación de excretas que utilizan los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°10</b> .....	<b>47</b>
Combustible para cocinar que utilizan los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°11</b> .....	<b>47</b>
Energía eléctrica que utilizan los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - morropón -piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°12</b> .....	<b>48</b>
Disposición de basura que utilizan los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°13</b> .....	<b>48</b>
frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por su casa en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°14</b> .....	<b>49</b>
Lugar de eliminación de basura en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°15</b> .....	<b>49</b>
Fuma actualmente los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°16</b> .....	<b>54</b>

	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°17</b>	Número de horas que duerme los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>55</b>
<b>GRÁFICO N°18</b>	Frecuencia con la que se baña los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>55</b>
<b>GRÁFICO N°19</b>	Reglas y expeativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina de los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>56</b>
<b>GRÁFICO N°20</b>	Actividad física que realiza en su tiempo libre los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	<b>56</b>
<b>GRÁFICO N°21</b>	En las últimas 2 semanas que actividad física realizó por mas de 20 minutos los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>57</b>
<b>GRÁFICO N°22</b>	Conducta alimenticia de riesgo en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>57</b>
<b>GRÁFICO N°23</b>	Daños a su salud por alguna violencia por agresion en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	<b>58</b>
<b>GRÁFICO N°24</b>	Lugar de la agresión o la violencia en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	<b>58</b>
<b>GRÁFICO N°25</b>	Si tiene problemas ha pensado en quitarse la vida en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	<b>59</b>

<b>GRÁFICO N°26</b> .....	<b>59</b>
Tienen relaciones sexuales los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°27.1</b> .....	<b>60</b>
Según la primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°27.2</b> .....	<b>60</b>
Tuvo algún embarazo o aborto los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°28</b> .....	<b>61</b>
Tiempo que acuden a un establecimiento de salud en los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón - Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°29</b> .....	<b>61</b>
Alimentos que consumen los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°30</b> .....	<b>67</b>
Reciben algún apoyo social natural los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°31</b> .....	<b>67</b>
Reciben algún apoyo social organizado los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°32</b> .....	<b>68</b>
Recibe algún apoyo de organizaciones los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°33</b> .....	<b>68</b>
La institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013	
<b>GRÁFICO N°34</b> .....	<b>69</b>

El motivo de consulta por lo que acuden a un establecimiento de salud los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013

**GRÁFICO N°35.....69**

Como consideran los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013 el lugar donde se atendieron

**GRÁFICO N°36.....70**

Tipo de seguro que tienen los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013

**GRÁFICO N°37.....70**

Tiempo que esperó para atenderse los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013

**GRÁFICO N°38.....71**

Calidad de atención que recibió los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013

**GRÁFICO N°39.....71**

Existe pandillaje cerca de la casa de los adolescentes de San Juan de Bigote - parte baja - Morropón -Piura, 2013

## INTRODUCCIÓN

Los determinantes de la salud implican “una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas elegidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su nivel socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de elegir entre las distintas alternativas” (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, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. “Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características 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 operan distintos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que se refieren a diferentes

aspectos como, los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. “La mayoría de estos factores pueden variar o modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, producto de los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico” (4).

Si nos referimos a la calidad de salud de una población, en realidad se está tratando de diversos 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. Según Organización Panamericana de la Salud “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 aparece con fuerza desde hace dos décadas, cuando se asume las escasas intervenciones orientadas a los riesgos individuales de enfermar, que no consideran el rol de la sociedad. “Los argumentos confluyen en la idea que las estructuras y patrones sociales estructuran y dirigen las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve derivando y otorgándole el control de sus determinantes sociales” (6).

Los determinantes sociales de la salud son entendidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que influyen sobre la salud. También se ha definido como “las características sociales en que la vida se desarrolla, de manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud” (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 no ha sido atendida eficientemente por 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, el alto costo de estos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente disminución económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen nuevos lineamientos 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 significa exactamente 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).

Los determinantes de la salud es un tema que se ha abordado a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como fundamento el modelo de Lalonde, “a partir del cual se han ido desarrollando y sistematizando 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 de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de evaluación y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha implementado la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se implementó un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; finalmente, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están involucradas y organizadas 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 implica necesariamente un imperativo ético-político. Las diferencias 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 es posible y existe la necesidad de que sean 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 desigualdad de la salud entre los usuarios. Por un lado, existen limitaciones de accesibilidad al servicio. De otro lado hay limitaciones en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, directamente relacionadas

con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin afectar 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, finalmente, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, considerando su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema. “Las condiciones se estructuran 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 San Juan de Bigote-Parte Baja que se encuentra ubicado en la provincia de Morropón, departamento de Piura, sus límites son por el Norte con el Distrito de Yamango, por el Noroeste con los Distritos de Lalaquiz y Canchaque, por el Sureste con el Distrito de Canchaque y por el Suroeste con el Distrito de Salitral.

Su extensión demográfica es de 241.21Km<sup>2</sup>, fue elevada a la categoría de distrito en el Gobierno de Presidente del Dr. Alan García Pérez, su creación obedece a la Ley N° 24627 promulgada el 29 de Diciembre del año 1986 (14).

El Distrito de San Juan de Bigote, cuenta con una población de 6.965 habitantes, de los cuales en la Parte Baja del Distrito su población es de 1.005 habitantes de los cuales 498 son mujeres y 507 son hombres, y hay 280 adolescentes., muchos de ellos se realizan diferentes ocupaciones, dentro de las cuales encontramos; estudiantes, profesionales, comerciantes, amas de casa, agricultores, moto taxistas, profesores, obreros, taxistas, policías entre otros. Este Distrito cuenta con servicios básicos de agua la cual abastece solo por las mañanas, energía eléctrica permanente, teléfono, recién en el año 2012 se incorporó los servicios de desagüe, y el año 2013 se inauguró la comisaria y el servicio de internet. Sus calles principales son asfaltadas, pero las demás son de tierra y de arena, cuenta con áreas verdes, y veredas en algunos hogares (14).

El Centro de salud del Distrito realiza actividades preventivas promocionales hacia la población, así como también brinda atención de salud en los servicios de Enfermería, CRED, vacunas, obstetricia, medicina general, odontología, psicología, farmacia. Las enfermedades más predominantes en los niños de este Distrito son; Enfermedades Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Desnutrición, Parasitosis, Dermatitis, en los adolescentes se presentan trastornos alimenticios, Caries, Anemia, embarazo precoz y Dengue. Mientras que en los adultos son, la hipertensión arterial, y Diabetes Mellitus, y Dengue (14).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue el siguiente: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón – Piura, 2013?**

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

Identificar los determinantes de salud en los adolescentes **de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura**

Para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental). en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen los adolescentes, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en los adolescentes de San Juan de Bigote – Parte Baja - Morropón - Piura
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para los adolescentes y su impacto en la salud, apoyo social en los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón – Piura

La justificación de la presente investigación fue:

Esta Investigación es importante en el campo de la salud ya que permitió generar conocimiento para comprender los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello planificar estrategias y soluciones. En ese contexto, la investigación realizada es una función que todo sistema de salud requiere realizar puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones objetivas y bien orientadas son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y promover el desarrollo socioeconómico de los países.

La presente investigación logró propiciar el interés de los estudiantes de salud, a investigar sobre el tema del estudio y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, camino más adecuado para superar el círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir una cultura saludable en la población. También ayudó a comprender el enfoque de determinantes sociales y su importancia para una salud pública que busca la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, comprende el reforzamiento de la acción comunitaria para tratar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación fue necesaria para la Gerencia de Red de Salud Morropón - Chulucanas, y para el establecimiento de salud del Distrito de San Juan de Bigote - Morropón - Piura porque las conclusiones y recomendaciones contribuyeron 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.

Además fue conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación contribuyeron 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 favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## II. REVISIÓN 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 y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la

percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

### **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 Regional:**

**Gutiérrez L (19)**, en su investigación Factores de riesgo personales familiares, socioculturales asociados a la gestación en adolescentes del Hospital de la amistad Perú- Corea 2 II Santa Rosa 2011 con una muestra de 114 adolescentes gestantes se encontró que el 51.75% de adolescentes gestantes tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad, el 48.25 % la tuvo después de los 15 años, EL 42.98% tiene una pareja sexual y un 57.02% tiene más de una pareja sexual, el 41.23% son de hogares con padres separados, el 11.40% sus padres están casados, el 47.37% sus padres son convivientes, el 72.81% no tienen buena comunicación con sus padres y el 27.19 % si tiene buena comunicación con sus padres.

**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 estudio se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de MackLalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes presentan a los principales determinantes de la salud. Para lograr la comprensión de los procesos sociales que operan sobre la salud, logrando identificar los puntos de entrada de las intervenciones. En 1974, MackLalonde presenta un modelo explicativo de los determinantes de la salud, que se usa en la actualidad, en el cual se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente considerando el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. “Era un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la incoherencia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes” (22).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan registradas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son producto de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, partiendo del 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” (23).

En la capa externa 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 afectado 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 deficientes 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 vulnerable.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad comprenden en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se relacionan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, podría afectar en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos alimenticios. De manera similar, las creencias culturales acerca del rol que cumplen las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre sus condiciones de vida y nivel socioeconómico. El modelo busca representar además las interacciones entre los factores (23).

Según este modelo existen tres tipos de determinantes sociales de la salud. En primer lugar los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye

vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, en segundo lugar los 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 tener efecto negativo y finalmente los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden dañar la salud. Los individuos son afectados por las relaciones con sus amistades y por las normas sociales.

Los determinantes estructurales tendrán efecto en la igualdad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios, los cuales pueden ser afectados por los estructurales afectando su salud y bienestar.

#### **a) Determinantes estructurales**

Los determinantes estructurales se conforman por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de los cuales depende también el nivel educativo que cumple un rol importante en la ocupación y esta a su vez en el ingreso. Se ubica también en este nivel a las relaciones de género y etnia. El contexto socio-político tiene un impacto directo en estos determinantes sociales. Sus elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. Y en un nivel intermedio para los determinantes sociales: la posición socioeconómica, representada por la educación, la ocupación y el ingreso.

#### **b) Determinantes intermediarios.**

Comprenden un grupo 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 diferentes según la posición socioeconómica, producirán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar de la población.

### **c) Determinantes proximales.**

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o afectar la salud.

Los fundamentos sobre los determinantes sociales de la salud considera que es una herramienta necesaria para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, reconocer los determinantes sociales más importantes y sus interacciones, asimismo propone evaluar las intervenciones existentes y elaborar nuevas propuestas

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 se mantiene vigente y no sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque presenta algunos defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber configurado un concepto fundamental: “la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud” (22).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde el ámbito personal de las prácticas en salud hasta el Estado, transitando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, “los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes” (24).

*Mi salud:* Se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, considerando 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 contexto la comunidad es considerada como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, considerando 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 campo está relacionado a la red asistencial que agrupa las prácticas en salud, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

*Educación:* Esta área refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

*Trabajo:* Este contexto se refiere a las condiciones y las oportunidades laborales, incluyendo la normativa laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud.

*Territorio (ciudad):* Este ámbito estructura 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 comprende 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 (24).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño de la investigación**

##### **Tipo y nivel de investigación:**

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (25, 26).

##### **Diseño de la investigación:**

El diseño de la investigación es una sola casilla (27, 28).

#### **3.2 Población y muestra**

##### **Población**

La población estuvo conformada por 280 adolescentes que viven en el Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013

##### **Muestra**

El tamaño de muestra fue de 162 adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01)

##### **Unidad de análisis**

Cada adolescente del Distrito San Juan de Bigote - Parte Baja-Morropón - Piura que formó parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

### **Criterios de Inclusión.-**

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

### **Criterios de Exclusión.-**

- Adolescente que tenga algún trastorno mental.

## **3.3 Definición y operacionalización de variables**

### **I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO**

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (29).

#### **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 (29).

##### **Definición Operacional**

Escala de razón:

- Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días
- Adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días

#### **Sexo**

##### **Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (30).

### **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 (31).

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

- Sin instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior completa e incompleta

### **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 (32).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (33).

#### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (34).

#### **Definición operacional**

Escala nominal

#### **Vivienda tipo**

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

### **Tendencia**

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

### **Material del piso:**

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinillicos
- Lamina asfáltica
- 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

### **Cuántas personas duermen por habitación**

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Independientes

### **Abastecimiento de Agua**

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

### **Eliminación de excretas**

- Aire libre
- Acequia canal
- Letrina
- Baño publico
- Baño propio
- Otros

### **Combustible para cocinar**

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

### **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

### **Conque frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa**

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

### **Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares**

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

### III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

#### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (35).

#### **Definición Operacional**

Escala nominal

#### **Habito fumar**

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

#### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una o dos veces al mes
- Ocasionalmente
- No ingiero

#### **Número de horas que duerme**

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

#### **Frecuencia con que se baña**

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

**Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de sus conductas y/o disciplina**

Si ( )

No ( )

**Actividad física en tiempo libre**

Escala nominal

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

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

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

**ALIMENTACIÓN**

**Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (36).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

**¿Ha presentado alguna conducta alimenticia de riesgo?**

- Preocupación por engordar Si ( ) No ( )
- Come demasiado Si ( ) No ( )
- Pérdida del control para comer Si ( ) No ( )

- Vómitos auto inducidos Si ( ) No ( )
- Ingestas de medicamentos: Diuréticos, laxantes, pastillas  
Si ( ) No ( )
- Restricción en la conducta: Ayuno, Dietas, ejercicios Si ( ) No ( )

**En el último año ha sufrido algún daño a su salud por alguna violencia por agresión:**

- Armas de fuego
- Objetos cortantes
- Puñetazos, patadas, golpes
- Agresión sexual
- Otras agresiones o maltratos
- No presenta

**Indique el lugar de la agresión o violencia:**

- Hogar
- Escuela
- Transporte o vía pública
- Lugar de recreo o deportivo
- Establecimiento comercial
- Otros

**Cuando ha tenido algún problema, ha pensado en quitarse la vida:**

Si ( ) No ( )

**Tiene relaciones sexuales:**

Si ( ) No ( )

**Si su respuesta es afirmativa: en su primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:**

- Condón
- Pastillas, inyectable, píldora de emergencia
- Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario
- Ningún método

**Si es mujer**

- Tuvo algún embarazo                      Si ( ) No ( )
- Tuvo algún aborto                        Si ( ) No ( )

**Cada cuanto tiempo acude a un establecimiento de salud**

- Una vez al año
- Dos veces en el año
- Varias veces durante el año
- No acudo

**Dieta:** Frecuencia en el consumo de alimentos

Escala ordinal

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

## **IV. 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. (37).

### **Escala ordinal**

#### **¿Recibe algún apoyo social natural?**

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

#### **¿Recibe algún apoyo social organizado?**

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

#### **¿Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones?**

- El programa beca 18
- Programa nacional de alimentación escolar
- Programa de cooperación 2012-2016
- Comedores populares
- No recibo

## **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) (38).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

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

**El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es**

- Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo
- Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos
- Mareos, dolores, o acné
- Cambios en los hábitos del sueño o alimentación
- Trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas.

**Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron esta:**

- 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

**El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?**

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

**En general, ¿La calidad de atención que recibió fue?**

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

**¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si ( )

No ( )

### **3.4 Técnicas e instrumentos**

#### **Técnicas**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (39).

#### **Instrumento**

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

30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

-Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo del adolescente entrevistado.

-Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

-Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.

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

### **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 mujer adulta (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 adolescentes.

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 (40).

### **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 los adolescentes, 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, los datos se presentaron en tablas simples luego se elaboraron sus respectivos gráficos estadísticos.

### **3.6 Consideraciones éticas**

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (41).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adolescentes 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 los adolescentes, siendo útil solo para fines de la investigación

#### **Honestidad**

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

#### **Consentimiento**

Solo se trabajó con los adolescentes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo. (ANEXO 05)

#### IV. Resultados

##### 4.1 Resultados

**TABLA 01. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADOLESCENTES DE SAN JUAN DE BIGOTE – PARTE BAJA-MORROPÓN-PIURA, 2013**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	72	44
<b>Femenino</b>	90	56
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días.</b>	117	72,22
<b>Adolecente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días.</b>	45	27,78
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Grado de instrucción del adolescentes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sin nivel e instrucción</b>	4	2,47
<b>Inicial/primaria</b>	12	7,40
<b>Secundaria completa/secundaria incompleta</b>	139	85,81
<b>Superior completa/ superior incompleta</b>	7	4,32
<b>Total</b>	162	100,00

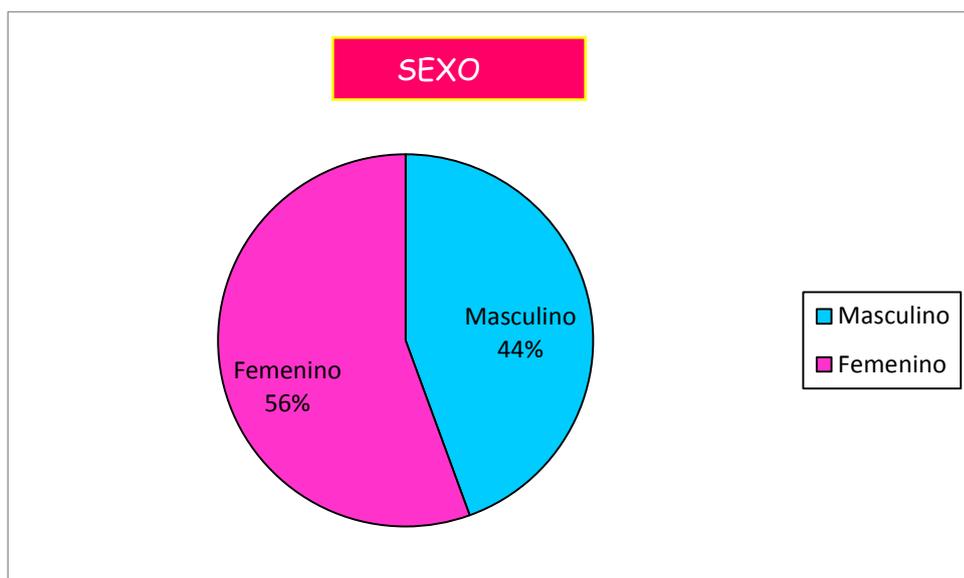
<b>Grado de instrucción de la madre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sin nivel de instrucción</b>	16	9,88
<b>Inicial/ primaria</b>	69	42,60
<b>Secundaria completa/ secundaria incompleta</b>	62	38,27
<b>Superior completa/ superior incompleta</b>	13	8,02
<b>Superior no universitaria e incompleta</b>	2	1,23
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Ingreso económico (soles)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Menor de 750</b>	103	63,59
<b>De 751 a 1000</b>	49	30,24
<b>De 1001 a 1400</b>	9	5,56
<b>De 1401 a 1800</b>	0	0%
<b>De 1801 a mas</b>	1	0,61%
<b>Total</b>	162	100%

<b>Ocupación del jefe de familia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Trabajo estable</b>	106	65.43%
<b>Eventual</b>	42	25.93%
<b>Sin ocupación</b>	14	8.54%
<b>Jubilado</b>	0	0%
<b>Estudiante</b>	0	0%
<b>Total</b>	162	100%

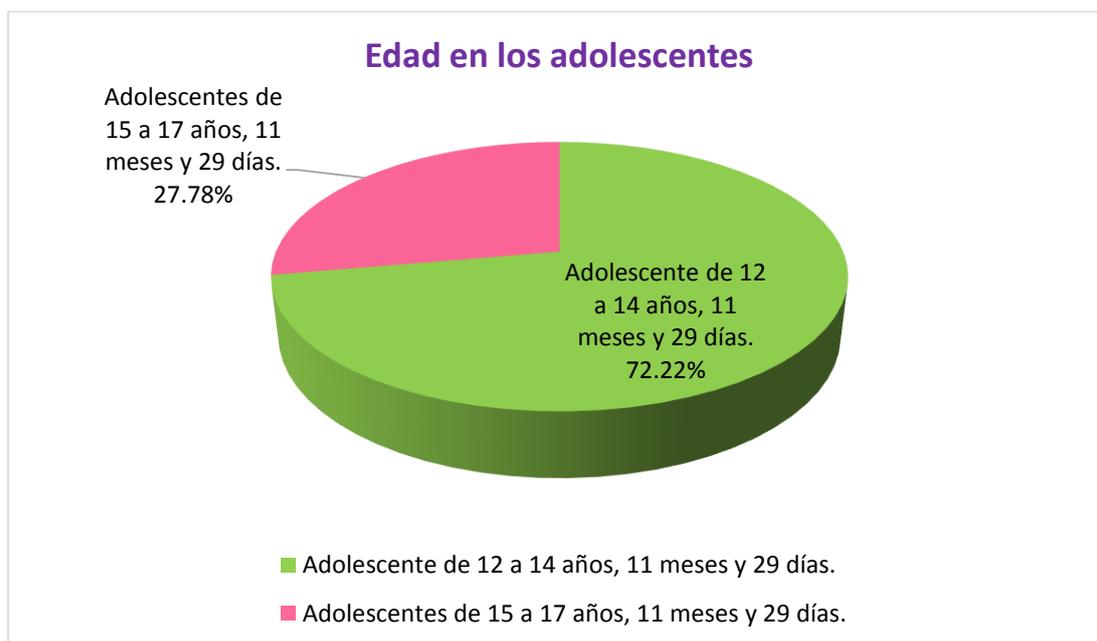
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 01**



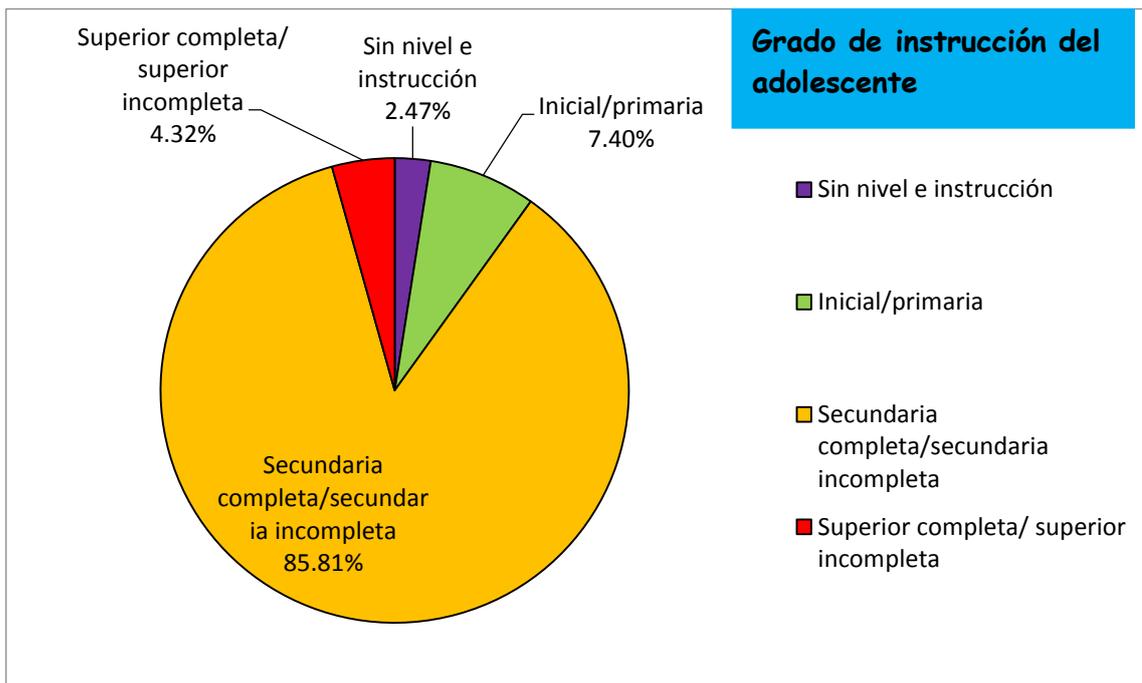
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 2**



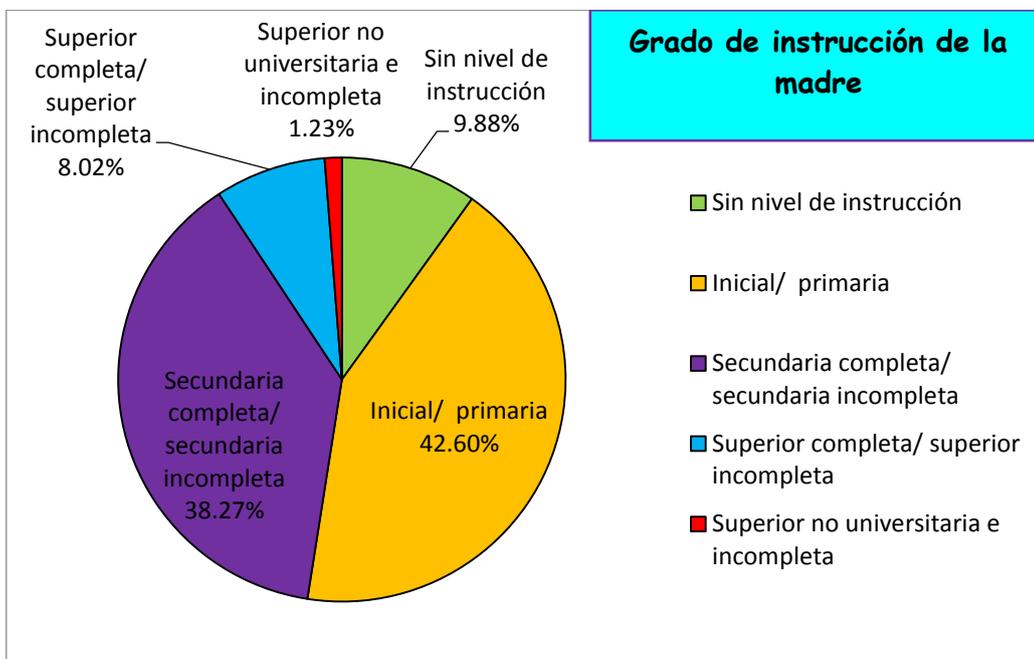
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 3.1**



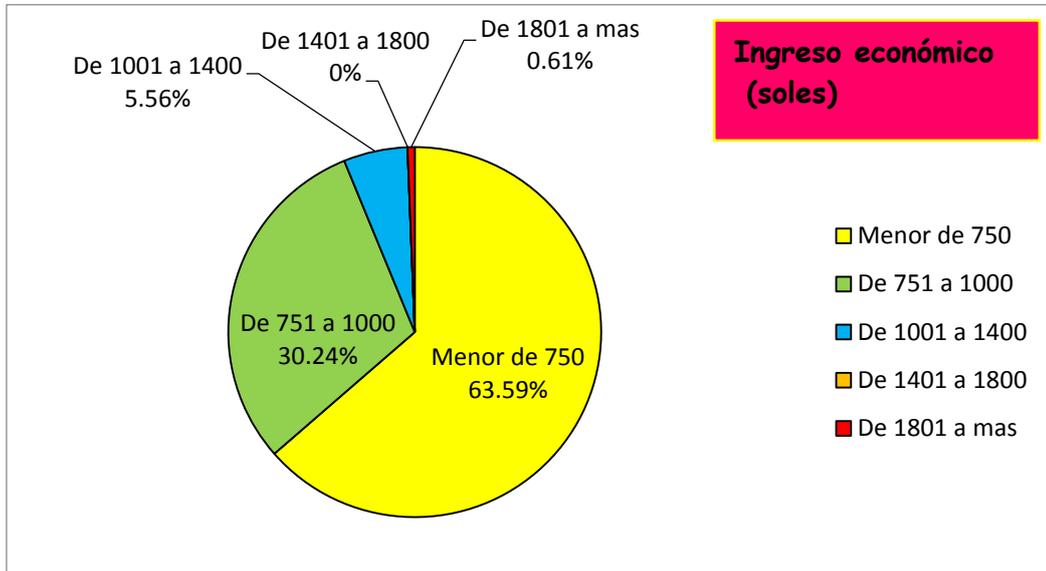
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 3.2**



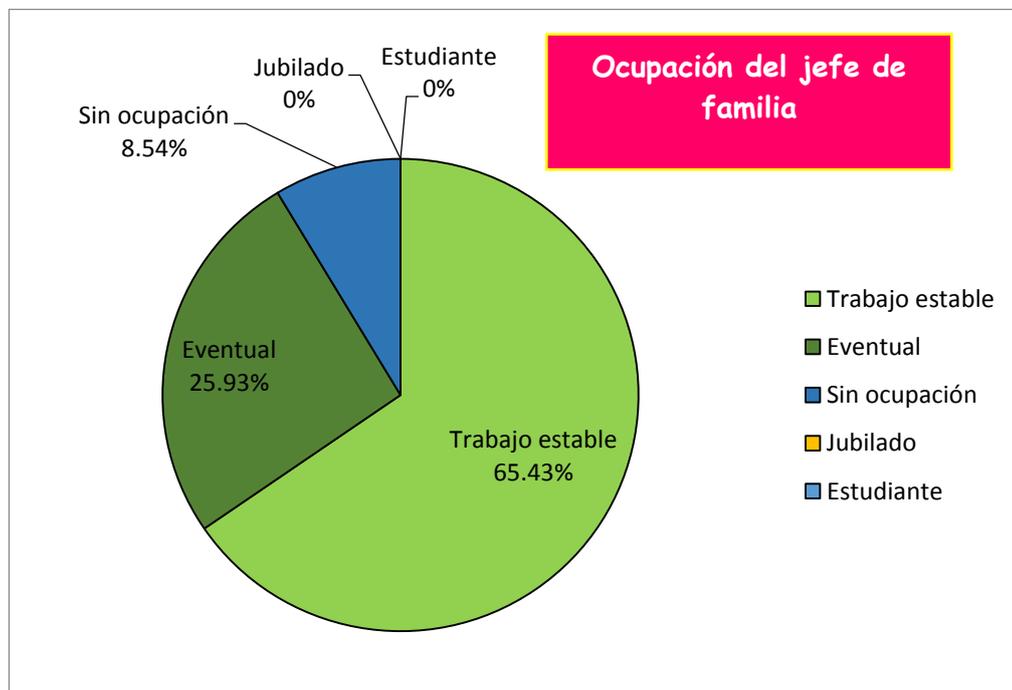
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

GRAFICO N° 4



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

GRAFICO N° 5



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**TABLA 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADOLESCENTES DE SAN JUAN DE BIGOTE - PARTE BAJA – MORROPÓN –PIURA, 2013**

<b>Tipo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	112	69,13
Vivienda multifamiliar	41	27,16
Vecindad, quinta, choza, cabaña	4	0,62
Local no destinada para habitación humana	1	0,62
Otros	4	2,47
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Tenencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alquiler	3	1,85
Cuidador/ alojado	5	3,08
Plan social (dan casa para vivir)	3	1,85
Alquiler venta	1	0,62
Propia	150	92,60
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Material del piso</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Tierra	130	80,24
Entablado	4	2,46
Loseta, vinílicos o sin vinílico	21	12,97
Lamina asfálticas	7	4,33
Parquet	0	0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Material de techo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	22	13,59
Adobe	20	12,34
Estera, adobe	9	5,56
Material noble ladrillo y cementó	12	7,40
Eternit	99	61,11
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Material de paredes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
----------------------------	-----------	----------

<b>Madera estera</b>	1	0,62
<b>Adobe</b>	133	82,09
<b>Estera y adobe</b>	7	4,32
<b>Material noble ladrillo y cemento</b>	21	12,97
<b>Total</b>	162	100,00

<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>4 a más miembros</b>	24	14,82%
<b>2 a 3 miembros</b>	78	48,15%
<b>Independiente</b>	60	37,03%
<b>Total</b>	162	100%

<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Acequia</b>	5	3,08
<b>Cisterna</b>	3	1,86
<b>Pozo</b>	22	13,59
<b>red publica</b>	26	16,04
<b>conexión domiciliaria</b>	106	65,43
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Aire libre</b>	16	9,87
<b>Acequia canal</b>	1	0,62
<b>Letrina</b>	8	4,94
<b>Baño publico</b>	3	1,85
<b>Baño propio</b>	131	80,87
<b>Otros</b>	3	1,85
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Gas, electricidad</b>	82	50.62
<b>Leña, carbón</b>	80	49.38
<b>Bosta</b>	0	0
<b>Tuza (coronta de maíz)</b>	0	0
<b>Carca de vaca</b>	0	0
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Energía eléctrica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin energía	3	1,9
Lámpara (no eléctrica)	2	1,2
Grupo electrógeno	1	0,6
Energía eléctrica temporal	6	3,7
Energía eléctrica permanente	145	89,50
Vela	5	3,1
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

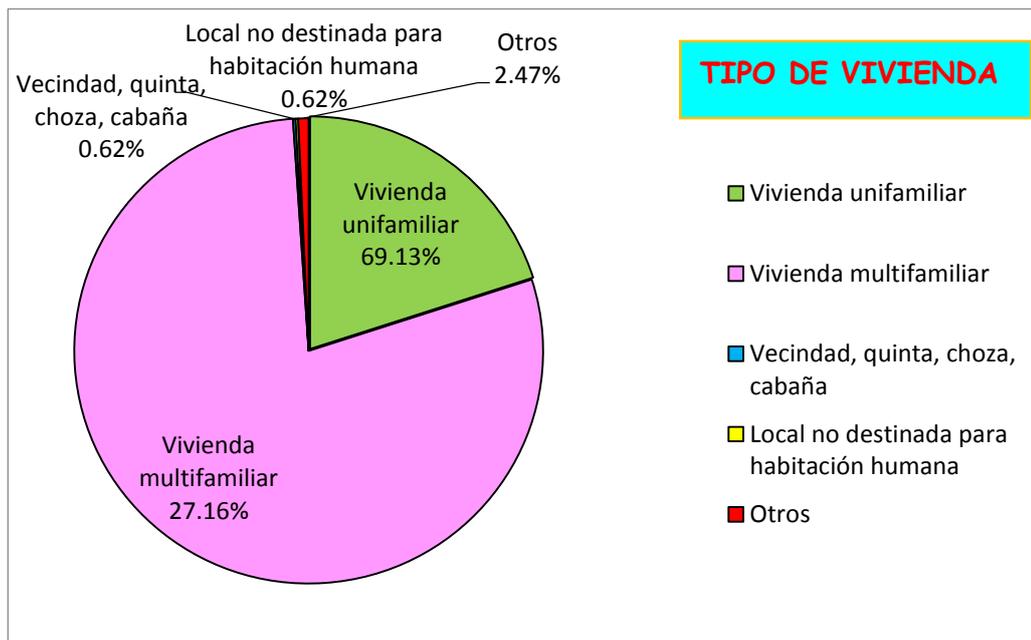
<b>Disposición de basura</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
A campo abierto	58	35,81
Al río	5	3,08
En un pozo	6	3,71
Se entierra, quema, carro recolector	93	57,40
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diariamente	16	9,88
Todas las semanas pero no diario	74	45,68
Al menos 2 veces por semana	39	24,07
Al menos 1 vez al mes pero menos 2 veces por semana pero no todas las semanas	33	20,37
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carro recolector	119	73,46
Montículo o campo limpio	21	12,96
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	1	0,62
Otros	21	12,96
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

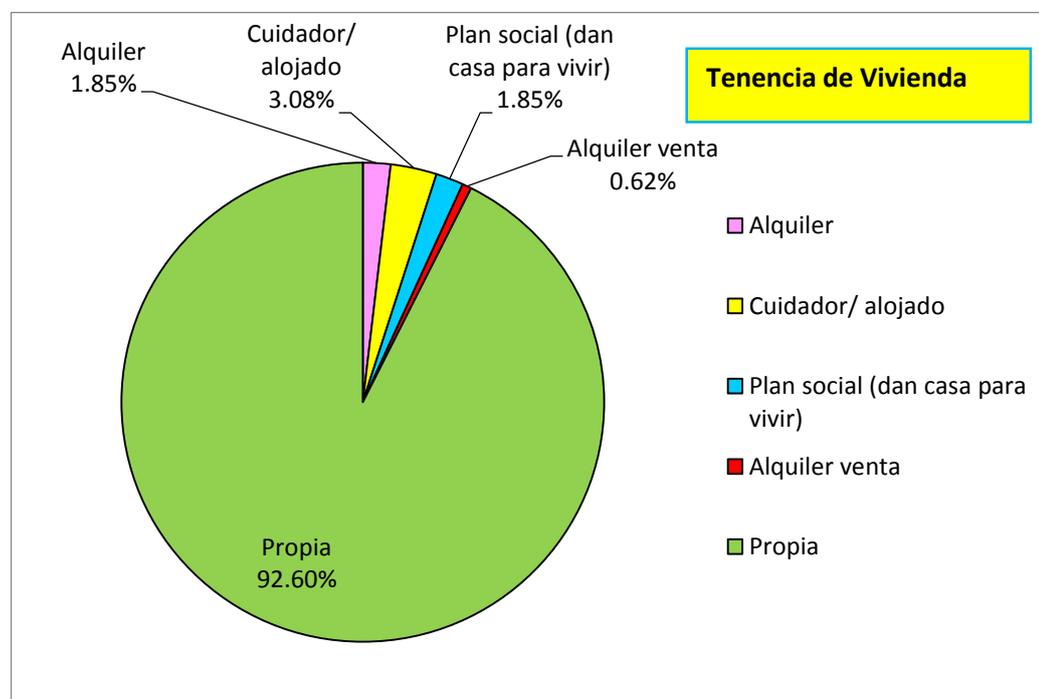
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 6.1**



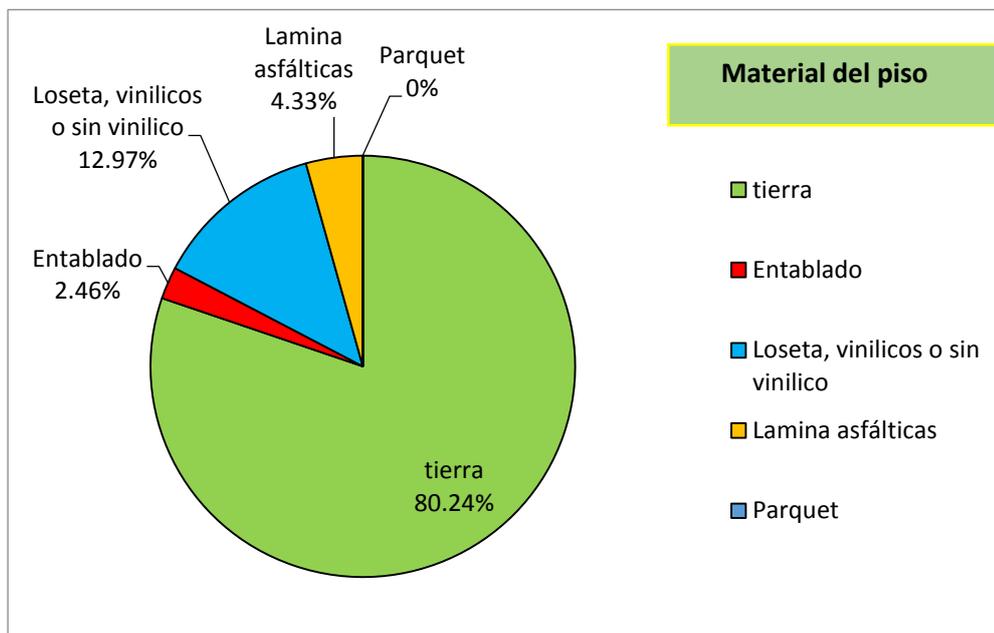
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vélchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 6.2**



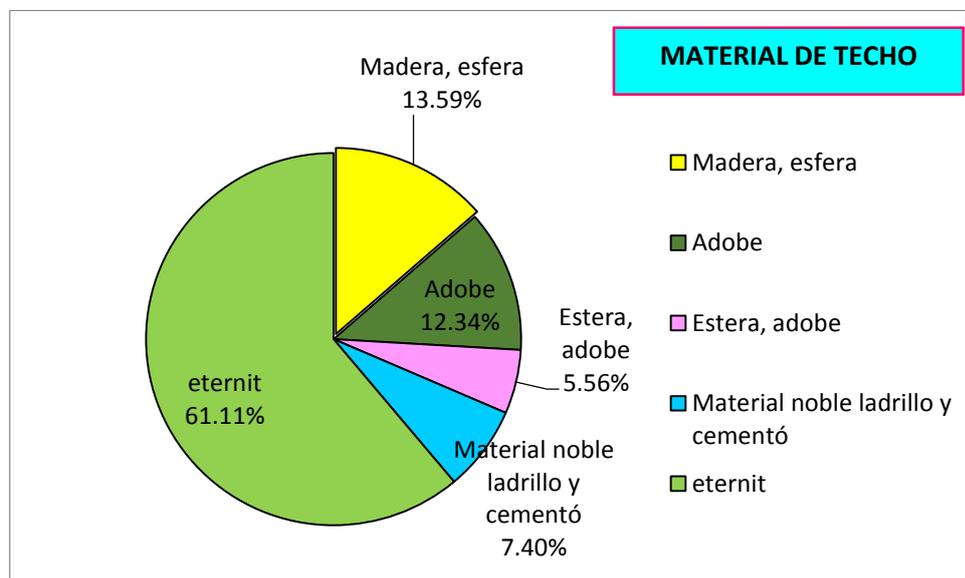
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vélchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 6.3**



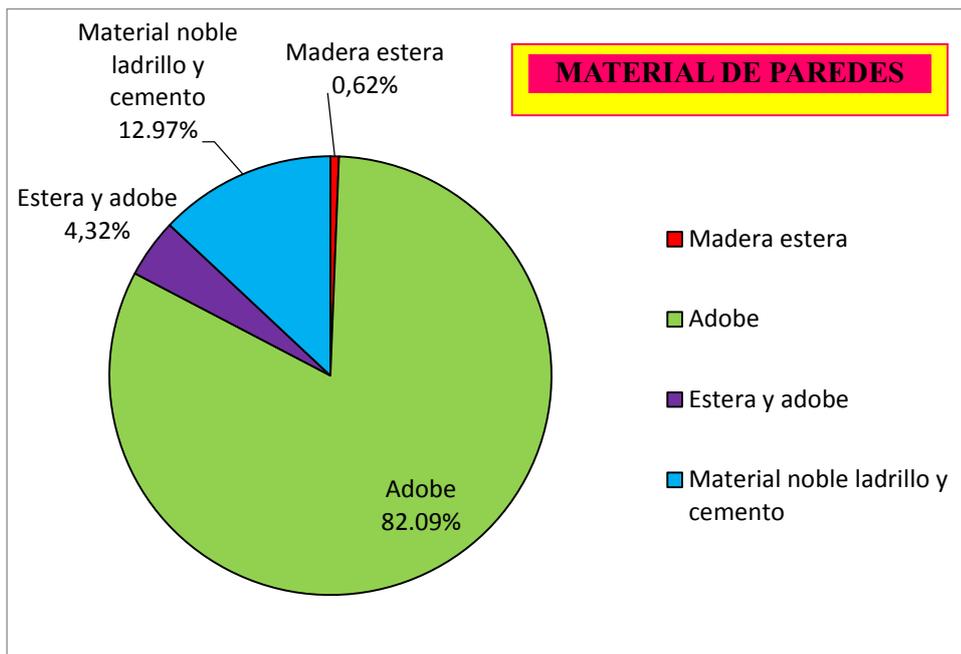
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 6.4**



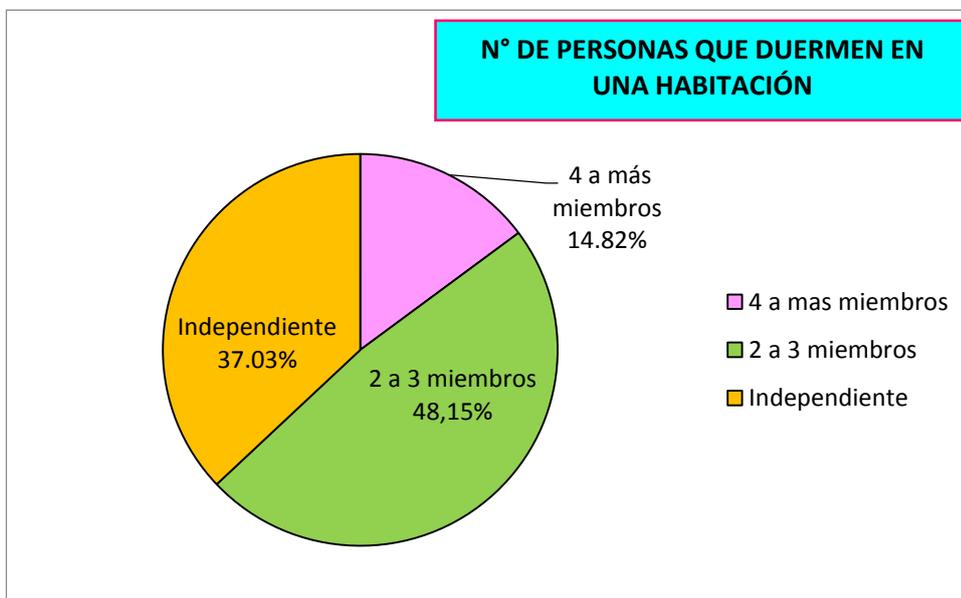
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 6.5**



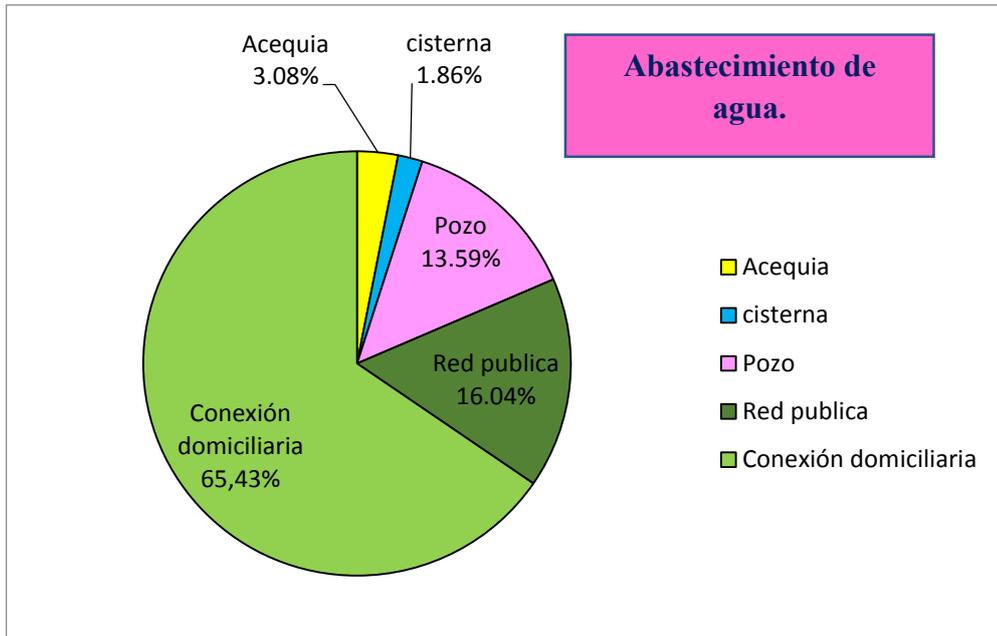
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 07**



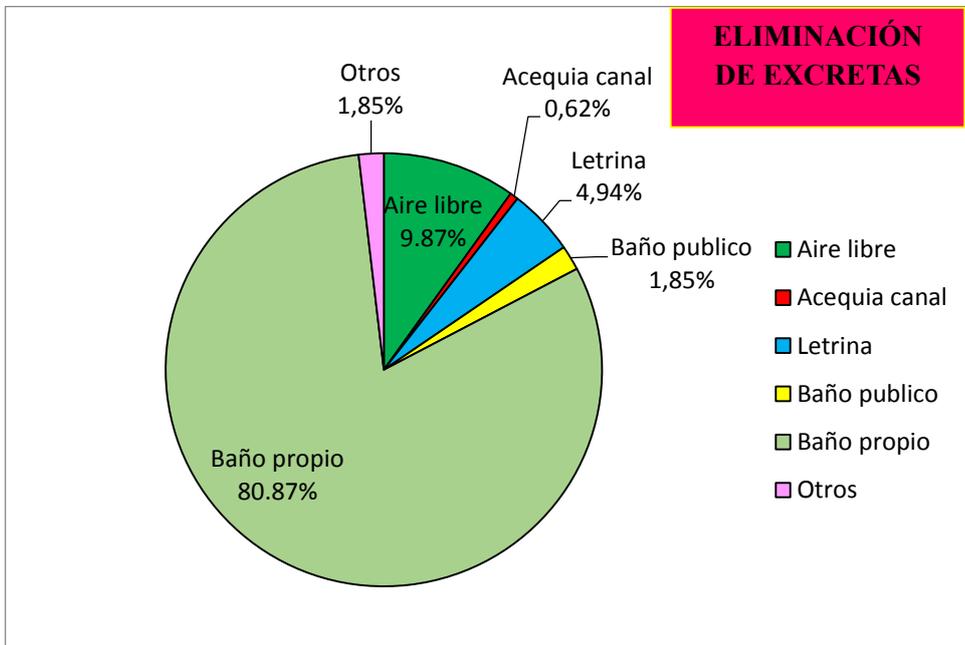
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 08**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vélchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

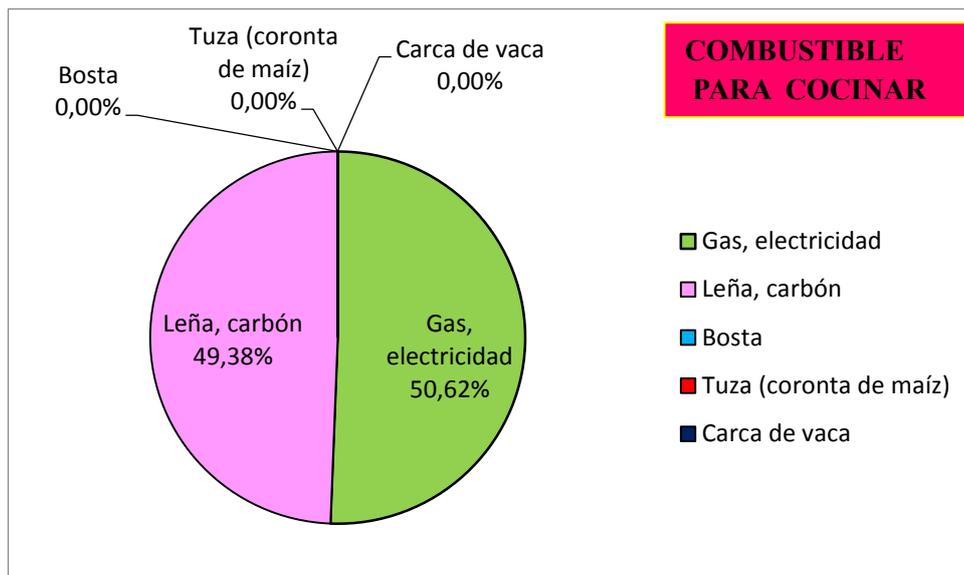
**GRAFICO N° 09**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vélchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

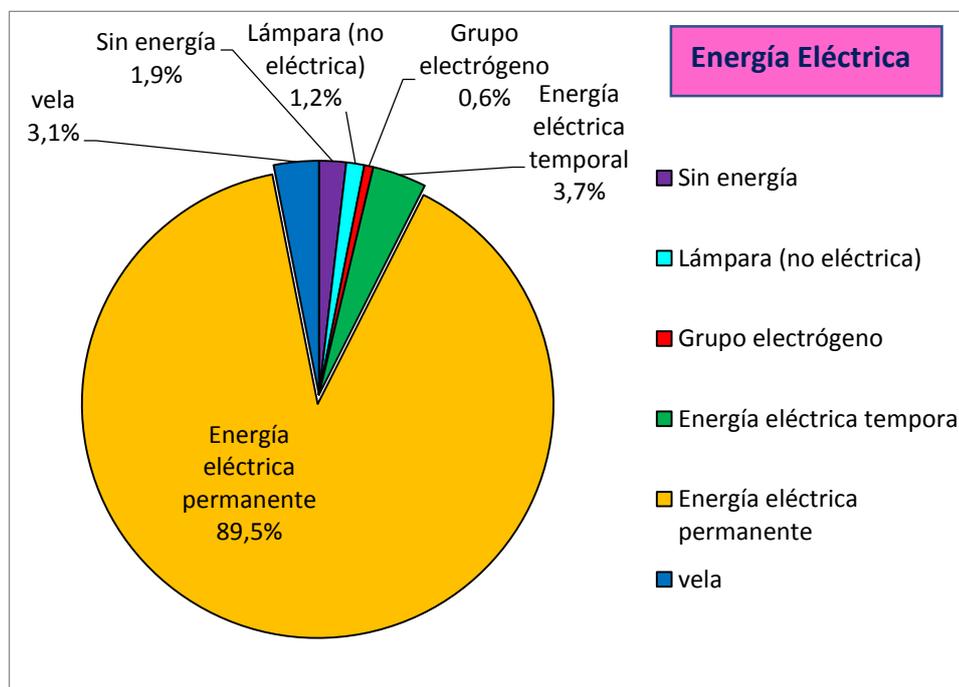


**GRAFICO N° 10**



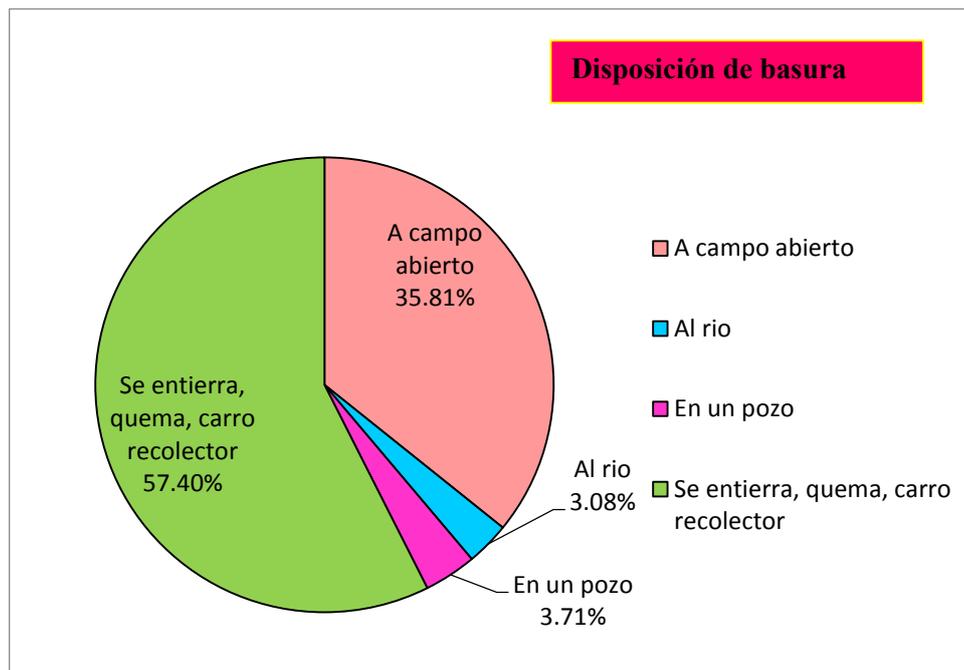
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 11**



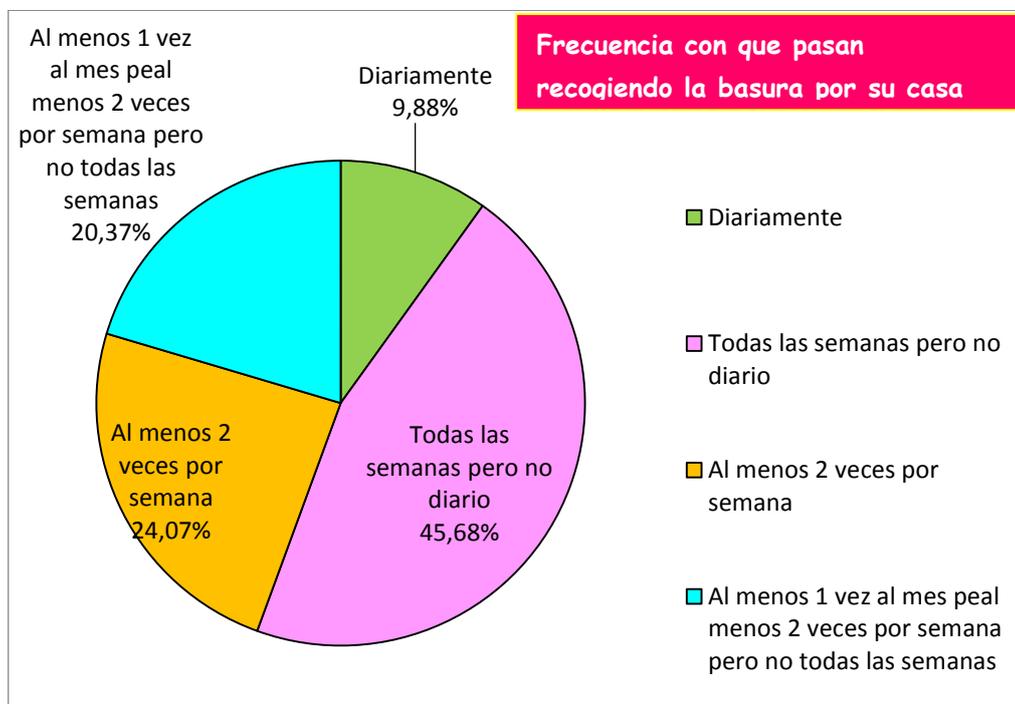
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 12**



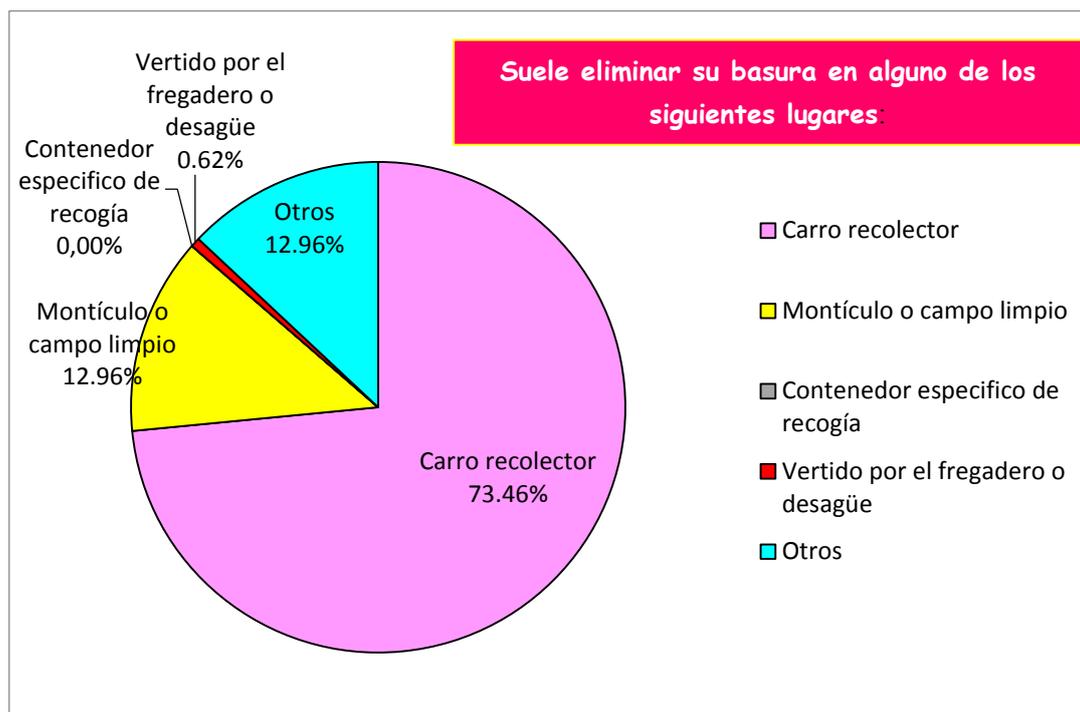
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 13**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

GRAFICO N° 14



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADOLESCENTES DE SAN JUAN DE BIGOTE - PARTE BAJA - MORROPÓN-PIURA, 2013**

Fuma actualmente	N°	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	2	1,23
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	6	3,71
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	154	95,06
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N°	%
Diario	0	0
Dos a tres veces por semana	3	1,86
Una vez a la semana	7	4,32
Una o más veces al mes	2	1,23
Ocasionalmente	19	11,73
No consumo, no ingiero	131	80,86
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

N° de horas que duerme	N°	%
(06 a 08)	85	52,47
(08 a 10)	52	32,10
(10 a 12)	25	15,43
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Frecuencia con que se baña	N°	%
<b>Diariamente</b>	161	99,38
<b>4 veces a la semana</b>	1	0,62
<b>No se baña</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina	N°	%
<b>Si</b>	134	82,72%
<b>No</b>	28	17,28%
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N°	%
<b>Caminar</b>	47	29,01
<b>Deporte</b>	97	59,88
<b>Gimnasia</b>	5	3,09
<b>No realizo</b>	13	8,02
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos	N°	%
<b>Caminar</b>	36	22,22
<b>Gimnasia suave</b>	6	3,71
<b>Juegos con poco esfuerzo</b>	12	7,40
<b>Correr</b>	30	18,52
<b>Deporte</b>	70	43,21
<b>Ninguna</b>	8	4,94
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Conducta alimenticia de riesgo	Si	no	Si%	No %	Total
<b>Preocupación por engordar</b>	97	65	59,88	40,12	100,00
<b>come demasiado</b>	23	139	14,20	85,80	100,00

<b>Pérdida del control para comer</b>	13	149	8,02	91,98	100,00
<b>Vómitos autoinducidos</b>	11	151	6,79	93,21	100,00
<b>Ingesta de medicamentos (laxantes, diuréticos, pastillas)</b>	16	146	9,88	90,12	100,00
<b>Restricción en la conducta (ayuno, dietas, ejercicios).</b>	31	131	19,14	80,86	100,00
<b>Total</b>					

<b>Daño a su salud por alguna violencia por agresión</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Armas de fuego</b>	1	0,62%
<b>Objetos cortantes</b>	7	4,32%
<b>Puñetazos, patadas, golpes</b>	92	56,80%
<b>Agresión sexual</b>	5	3,08%
<b>Otras agresiones o maltratos.</b>	33	20,37%
<b>No presente</b>	24	14,81%
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

<b>Lugar de la agresión o violencia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Hogar</b>	44	27,16
<b>Escuela</b>	33	20,37
<b>Transporte o vía pública</b>	34	20,99
<b>Lugar de recreo o deportivo</b>	17	10,50
<b>Establecimiento comercial</b>	10	6,17
<b>Otros</b>	0	0
<b>No ocurrió violencia</b>	24	14,81
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Si tiene problemas ha pensado en quitarse la vida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	26	16,05
<b>No</b>	136	83,95
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Tiene relaciones sexuales</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	11	6,79
<b>No</b>	151	93,21
<b>Total</b>	162	100,00

<b>Primera relación hizo uso de algún método anticonceptivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Condón	7	63,64
Pastillas, inyectable, píldora de emergencia	0	0
Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario	0	0
Ningún método	4	36,36
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

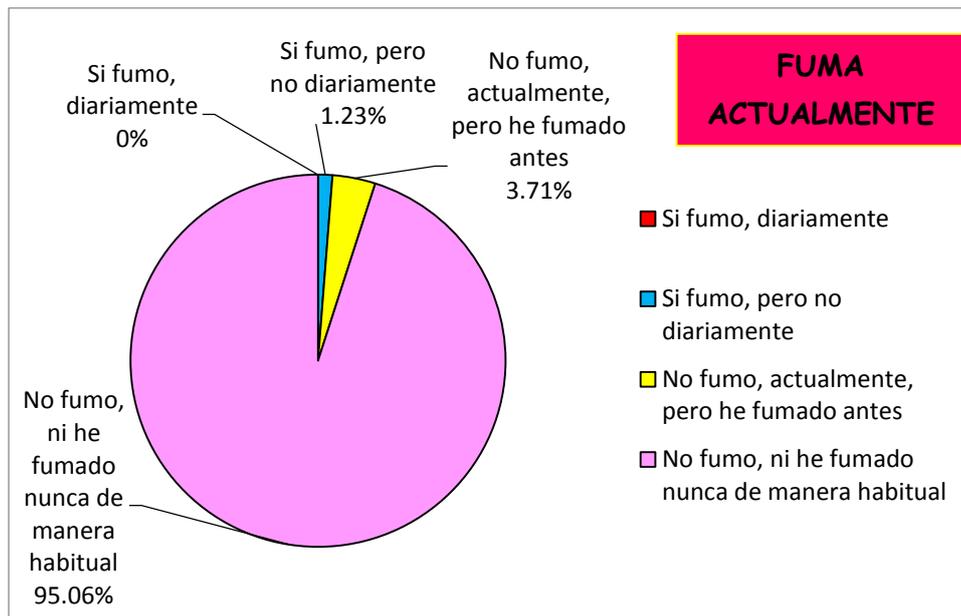
<b>Tuvo algún embarazo o algún aborto</b>	<b>Embarazo</b>	<b>Aborto</b>	<b>Embarazo %</b>	<b>Aborto %</b>	<b>Total</b>
Si	1	1	9,09	9,09	9,09
No	10	10	90,91	90,91	90,91
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

<b>Tiempo que acude a un establecimiento de salud</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Una vez en el año	31	19,14
Dos veces en el año	13	8,02
Varias veces en el año	38	23,46
No acudo	80	49,38
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de una vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frutas	111	68,52	30	18,52%	18	11,11%	1	0,62	2	1,23
Carne (pollo, res, cerdo, etc.)	61	37,66	60	37,03%	31	19,14 %	8	4,94	2	1,23
Huevos	21	12,96	53	32,72	59	36,42	26	16,05	3	1,85
Pescado	44	27,16	66	40,74	45	27,78	5	3,09	2	1,23
Fideos, arroz, papas	103	63,58	31	19,14	19	11,73	8	4,94	1	0,62
Pan, cereales	68	41,98	36	22,22	35	21,60	14	8,64	9	5,56
Verduras y hortalizas	72	44,44	43	26,54	27	16,67	12	7,41	8	4,94
Legumbres	23	14,20	39	24,07	39	24,07	24	14,81	37	22,84
Embutidos	9	5,56	25	15,43	13	8,02	50	30,86	65	40,12
Lácteos	57	35,19	33	20,37	24	14,81	21	12,96	27	16,66
Dulces	44	27,16	49	30,25	35	21,60	24	14,81	10	6,17
Refrescos	71	43,83	33	20,37	28	17,28	12	7,41	18	11,11

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

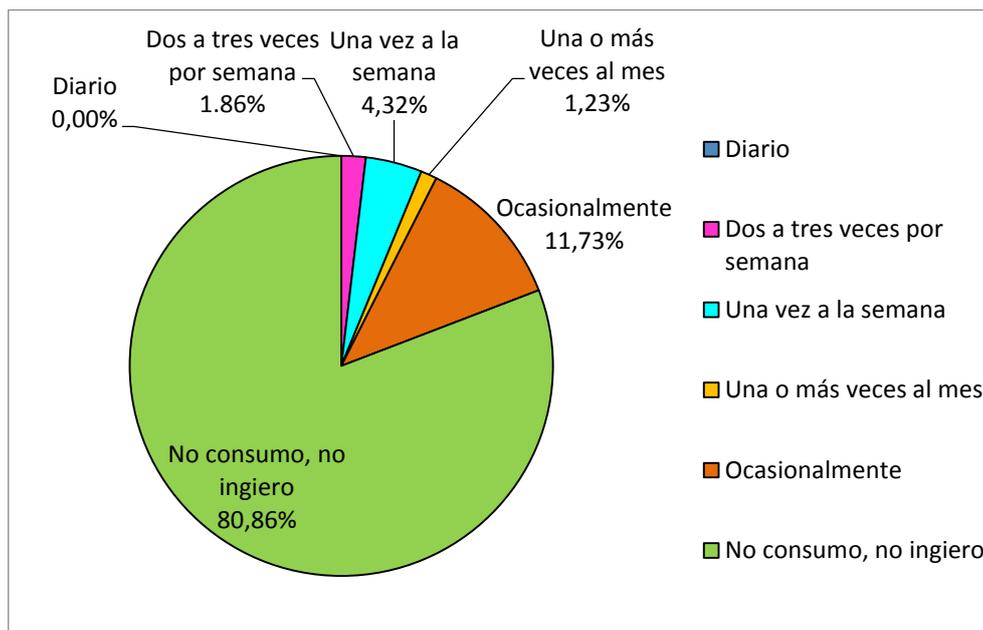
**GRAFICO N° 15**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

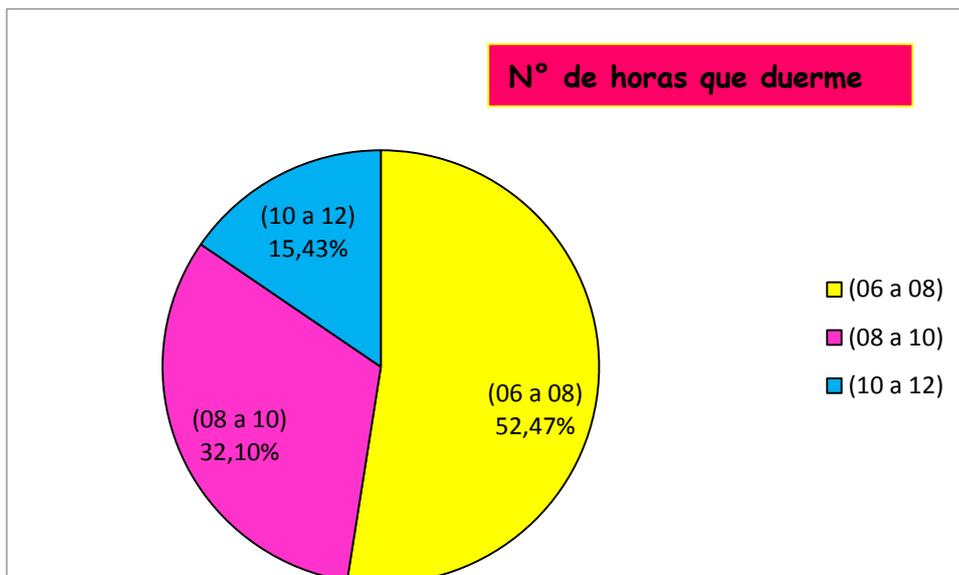
**GRAFICO N° 16**

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A.  
Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 17**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

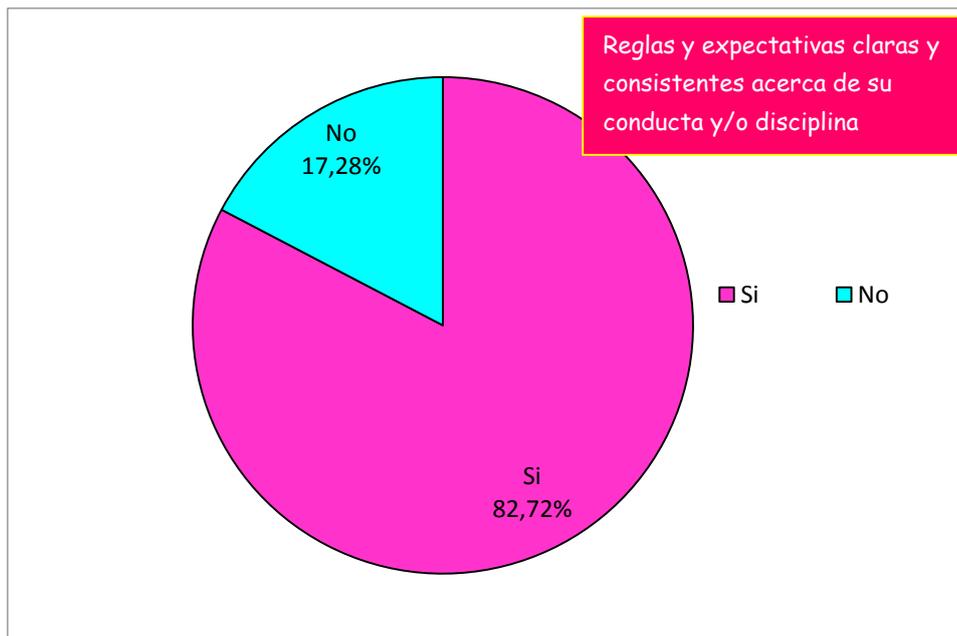
**GRAFICO N° 18**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

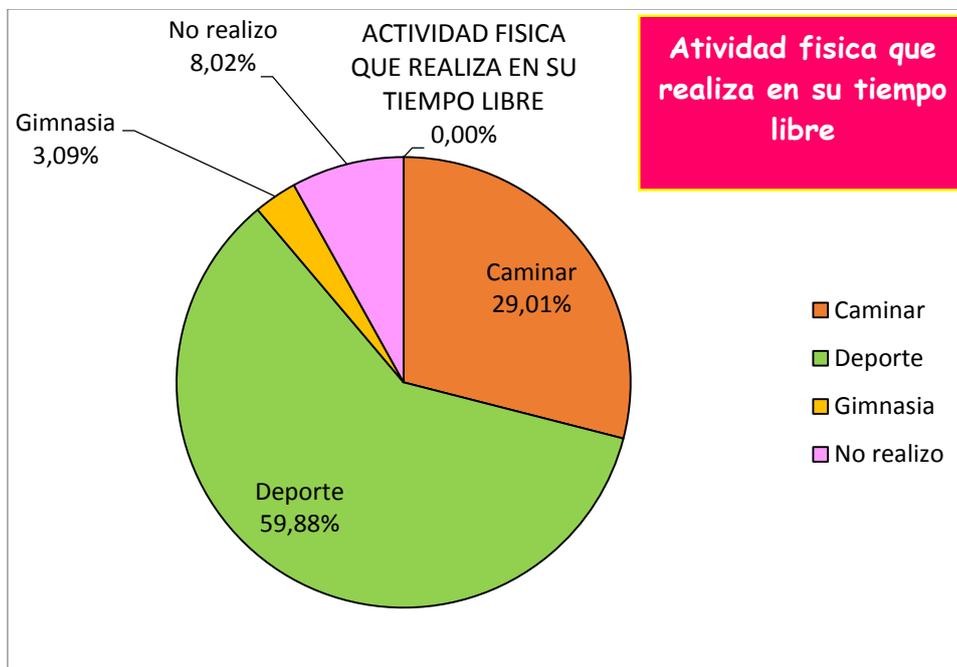


**GRAFICO N° 19**



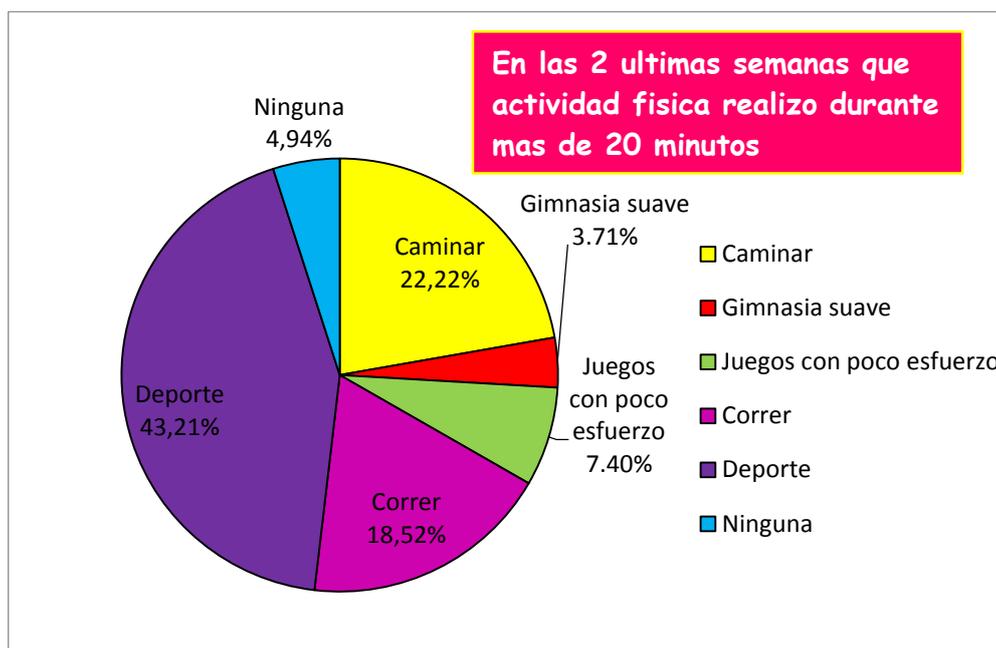
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 20**



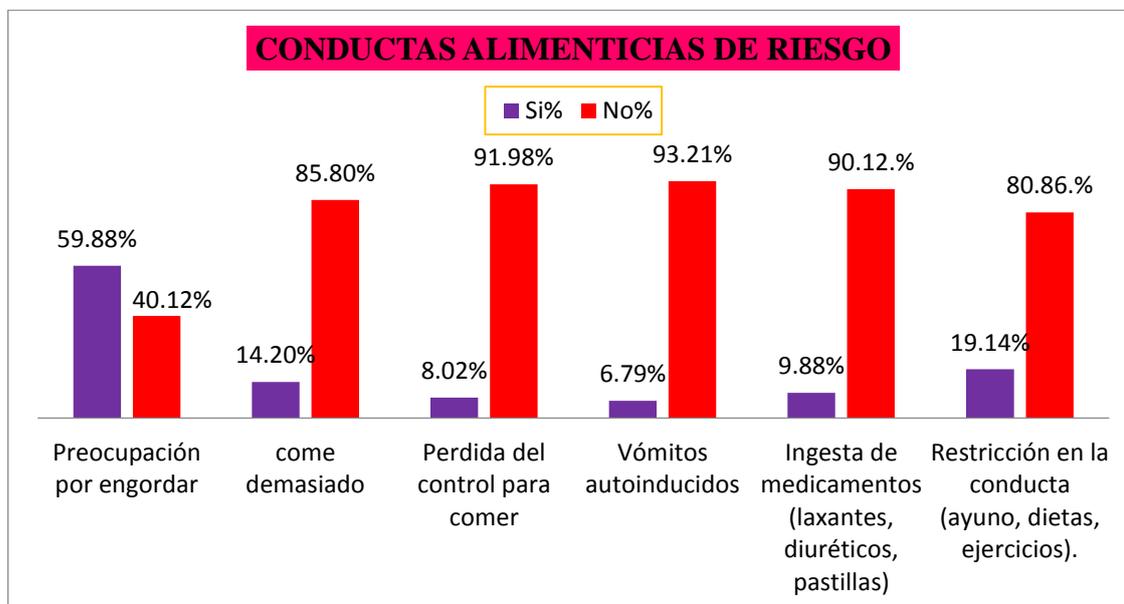
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 21**



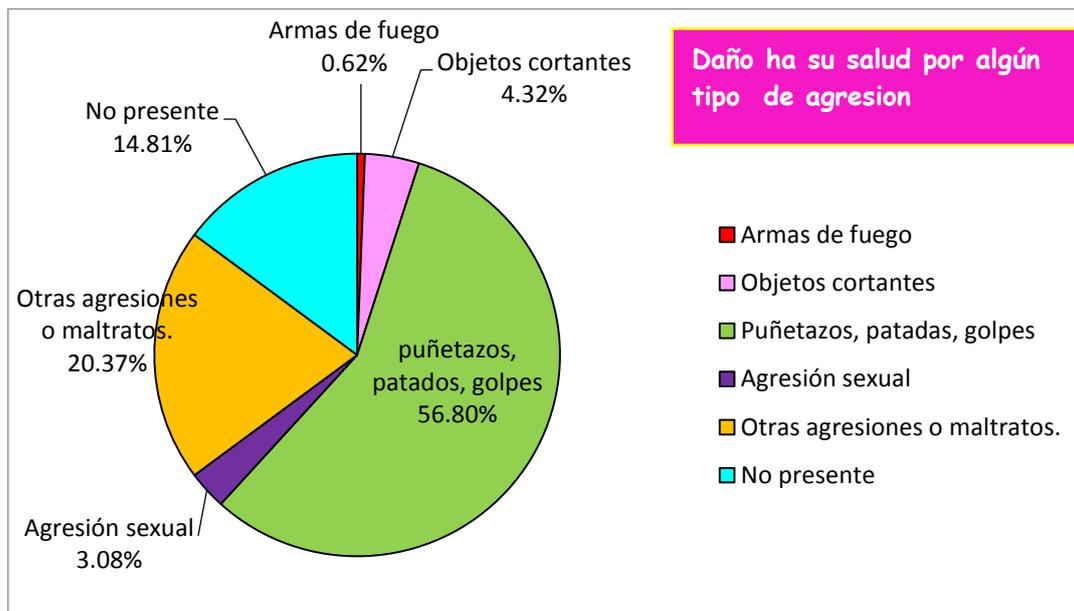
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 22**



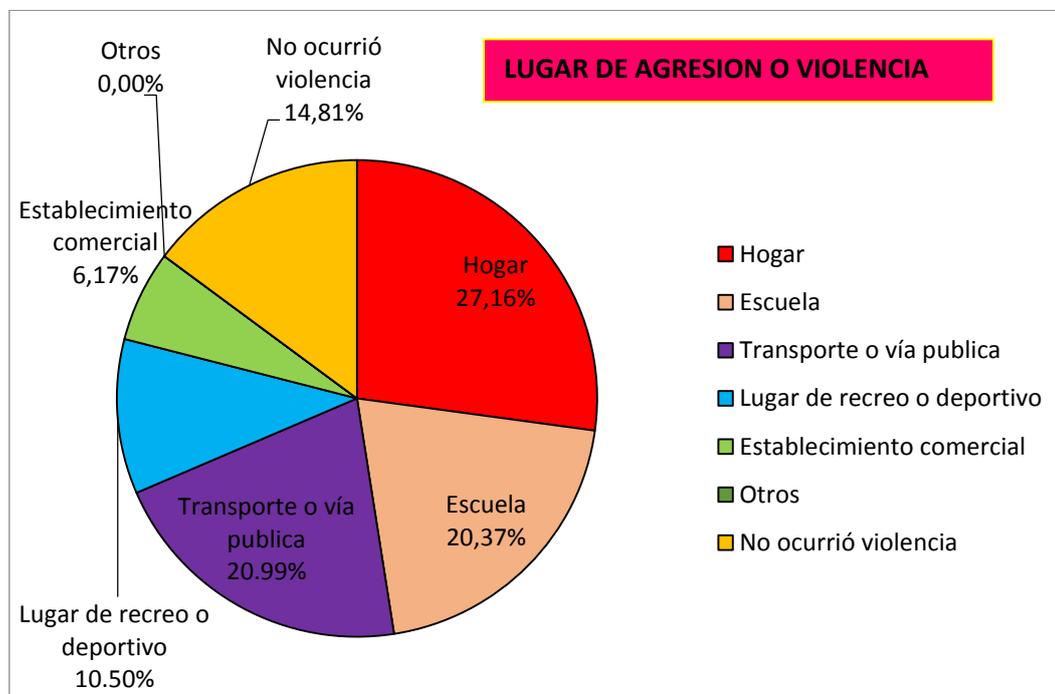
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 23**



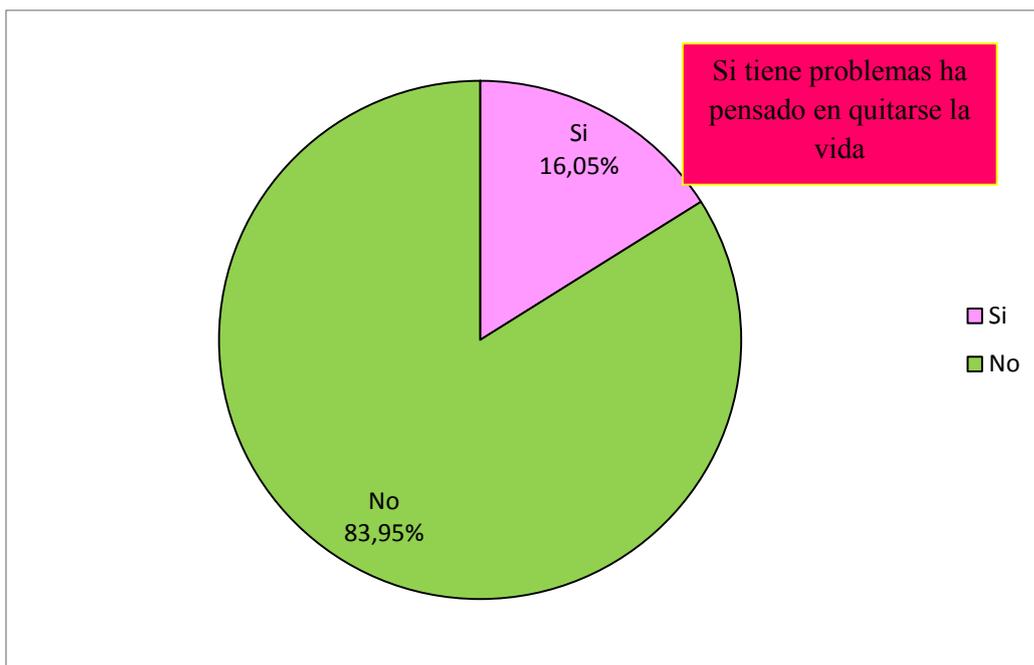
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 24**



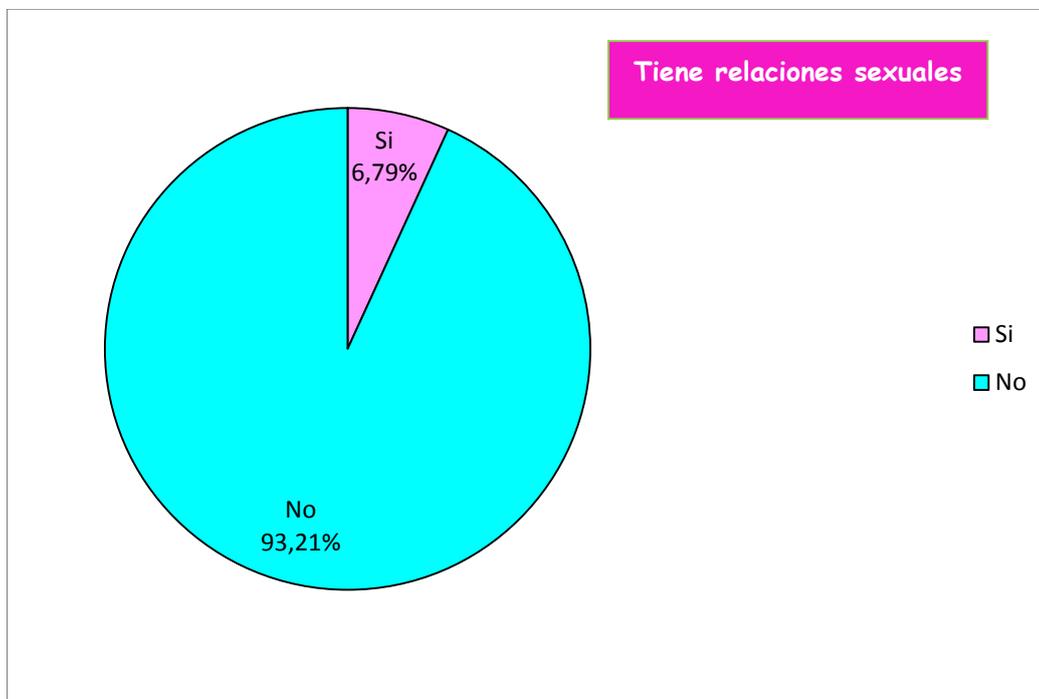
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 25**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

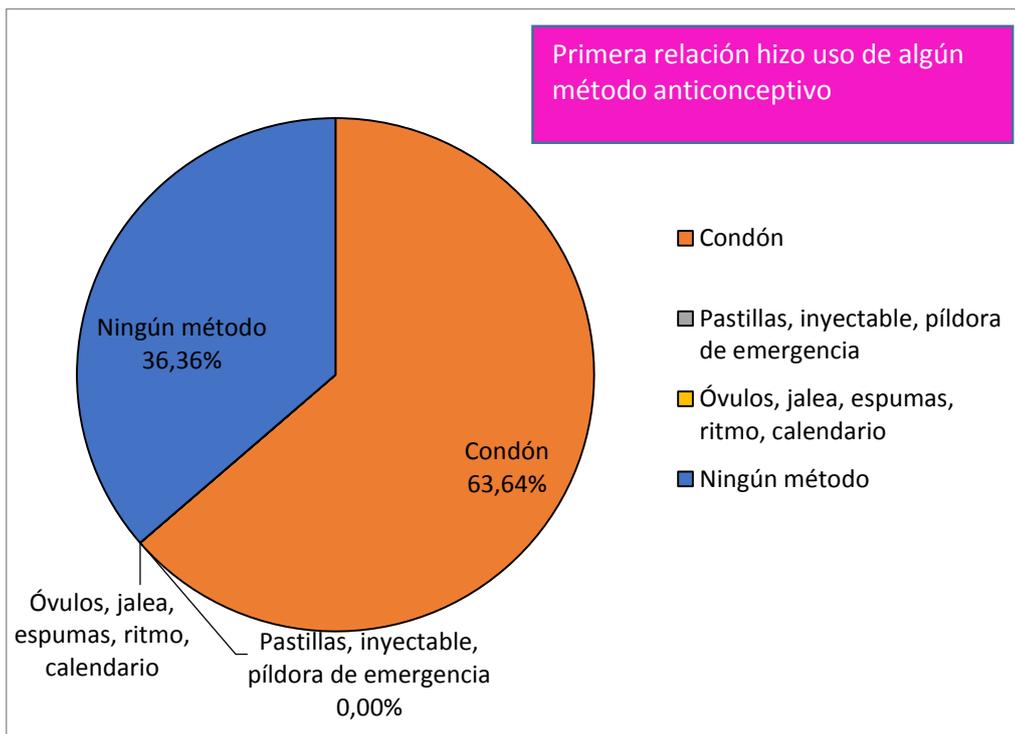
**GRAFICO N° 26**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

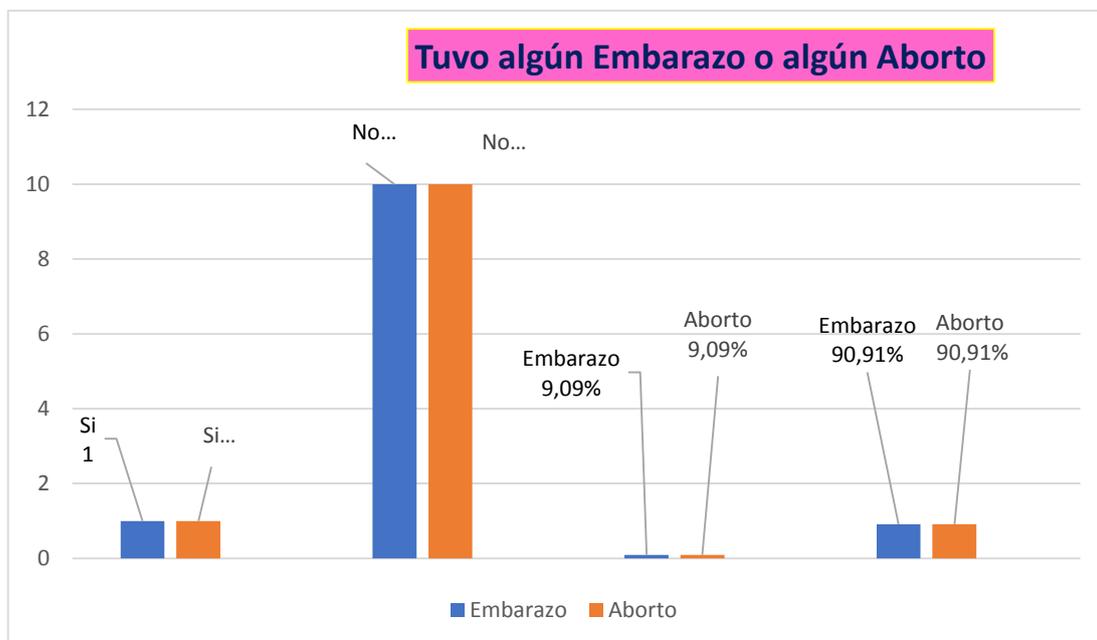


**GRAFICO ° 27.1**



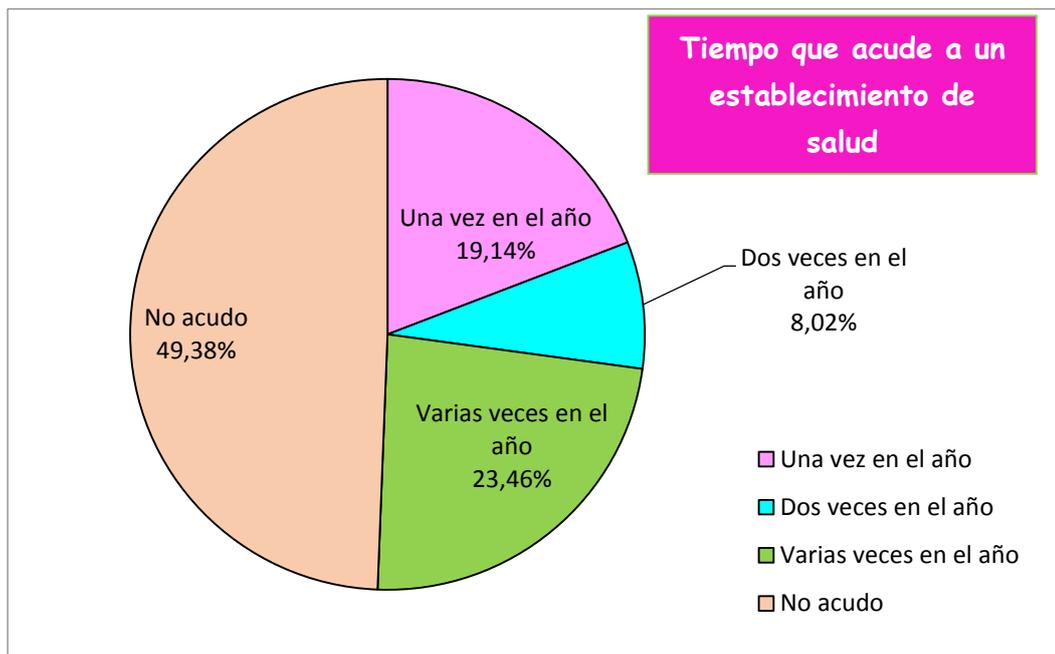
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 27.2**



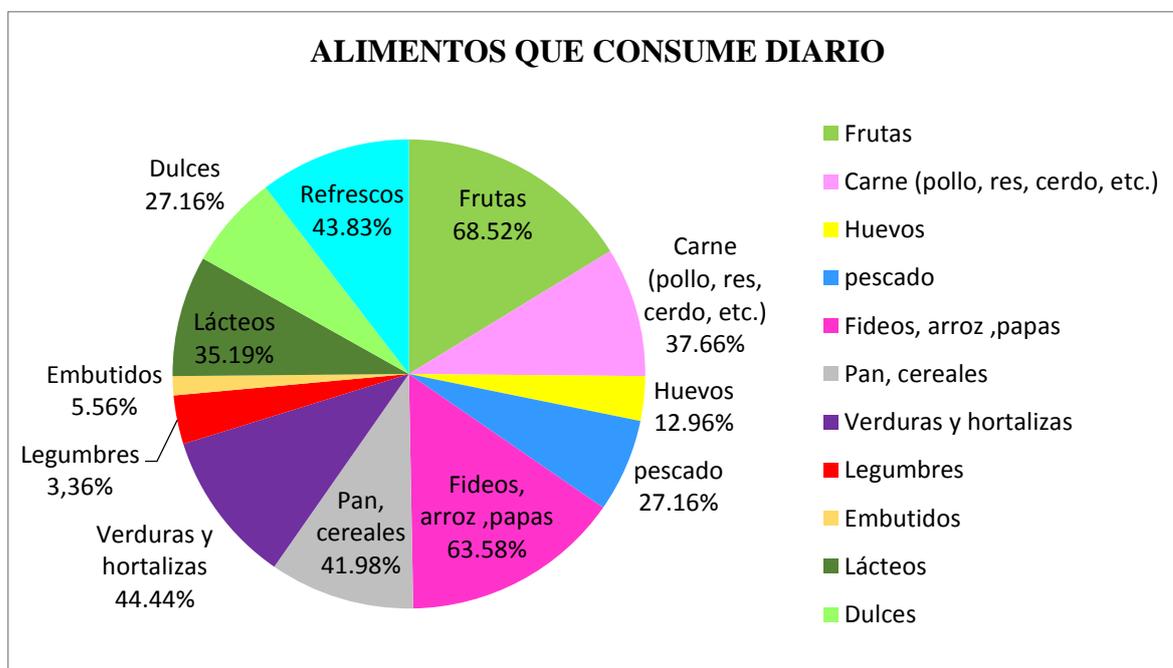
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 28**



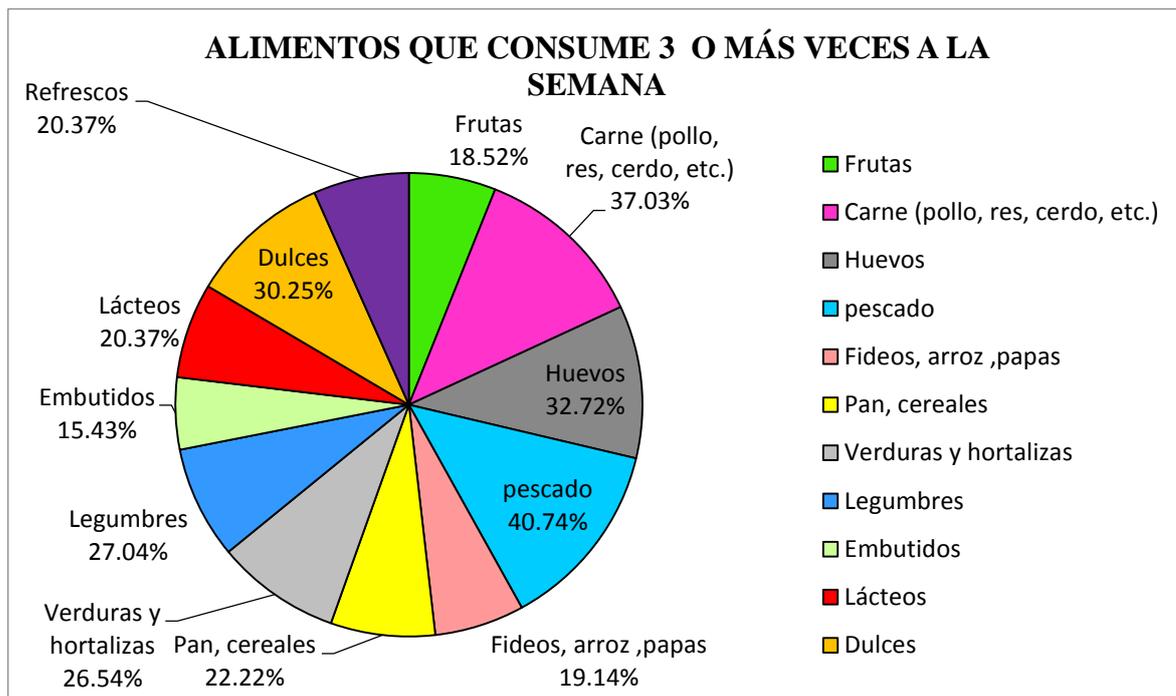
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 29.1**



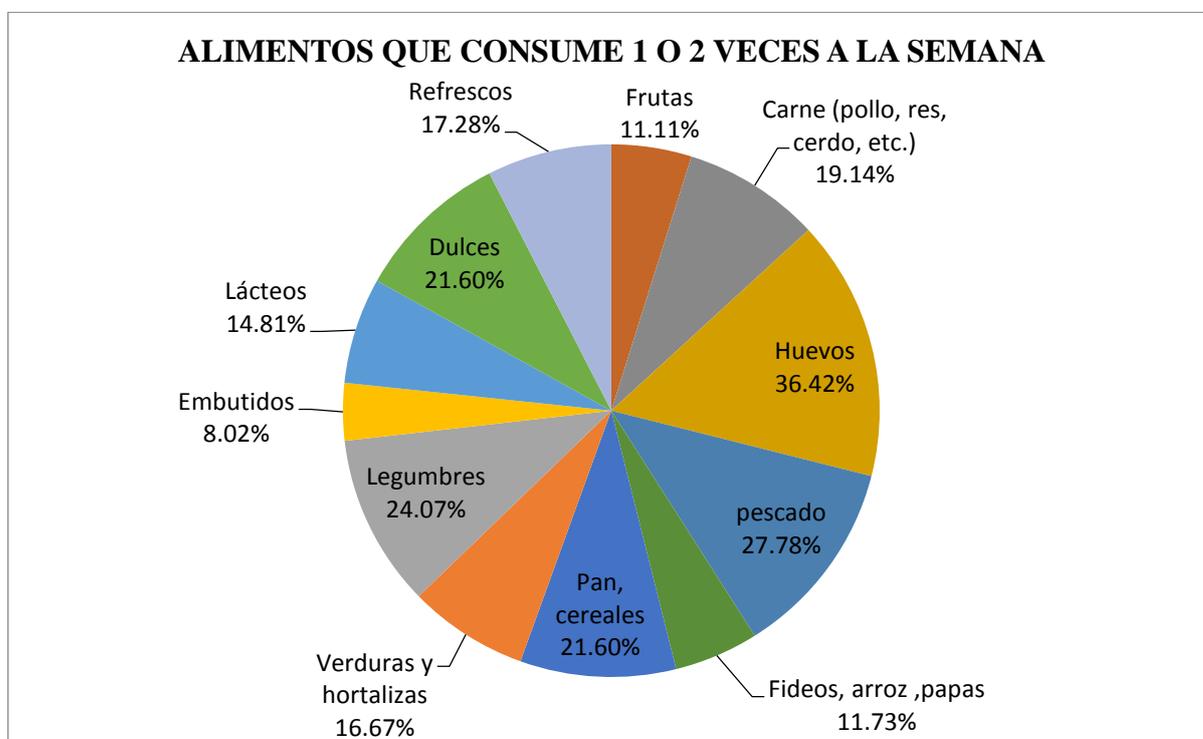
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 29.2**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

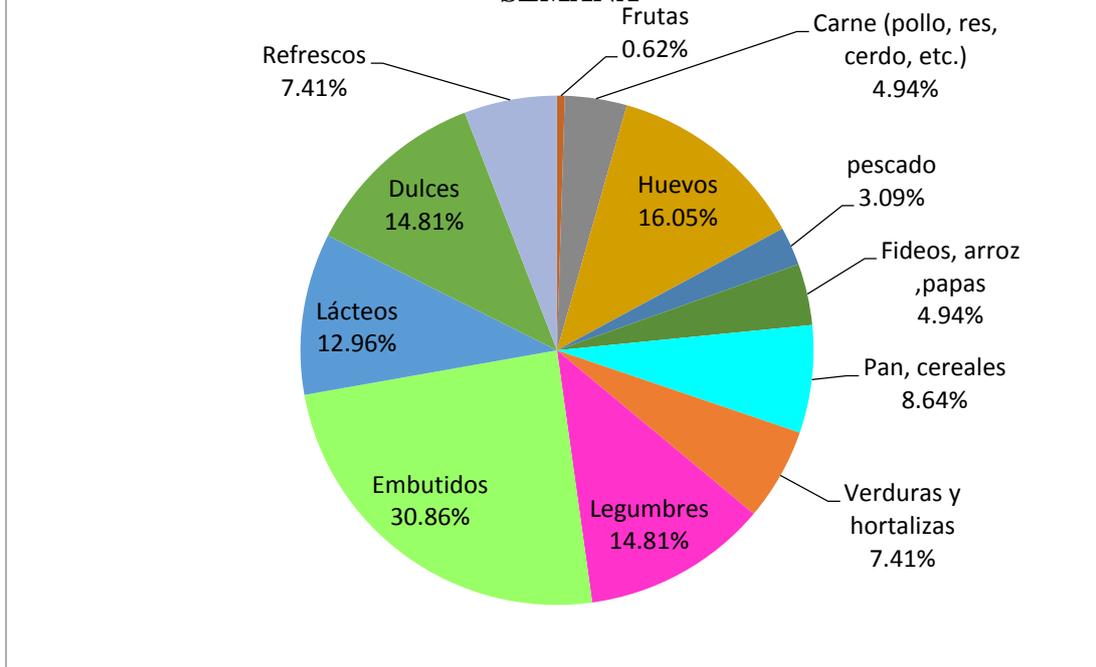
**GRAFICO N° 29.3**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

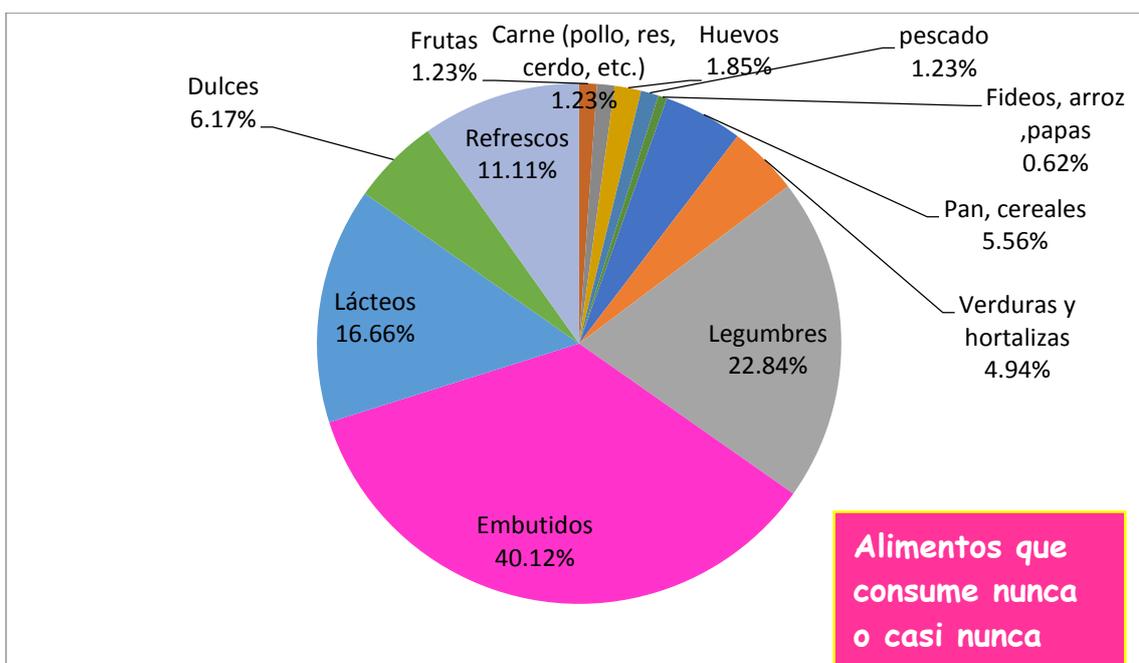
**GRAFICO N° 29.4**

**ALIMENTOS QUE CONSUME MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 29.5**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**TABLA N° 04: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADOLESCENTES DE SAN JUAN DE BIGOTE – PARTE BAJA-MORROPÓN-PIURA, 2013**

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Familiares	23	14,20
Amigos	39	24,07
Vecinos	36	22,22
Compañeros espirituales	0	0
Compañero de trabajo	26	16,05
No recibo	38	23,46
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Recibe algún apoyo social organizado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	16	9,88
Seguridad social	13	8,02
Empresa para la que trabaja	3	1,86
Instituciones de acogida	2	1,23
Organizaciones de voluntariado	4	2,46
No recibo	124	76,55
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Recibe algún apoyo de organizaciones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
El programa de beca 18	6	3,70
Programa nacional de alimento escolar	44	27,16
Programa de cooperación 2012-2016	3	1,85
Comedores populares	20	12,35
No recibo	89	54,94
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hospital centro de salud	6	3,70
Centro de salud	93	57,41
Puesto de salud	54	33,33
Clínicas particulares	5	3,09
Otras	4	2,47

<b>Total</b>	162	100,00
--------------	-----	--------

<b>Motivo de consulta por lo que acude a un establecimiento de salud</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo	58	35,80
Infecciones, trastorno respiratorios o digestivos	54	33,33
Mareos, dolores, acné.	31	19,14
Cambios en los ámbitos de sueño o alimentación	14	8,64
Trastornos en el ámbito o en el ánimo , en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgos, como consumo de alcohol y drogas	5	3,09
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron esta:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	31	19,14
Regular	77	47,53
Lejos	38	23,45
Muy lejos de su casa	11	6,79
No sabe	5	3,09
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

<b>Tipo de seguro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Essalud	28	17,28
Sis-minsa	116	71,61
Sanidad	3	1,85
Otros	15	9,26
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

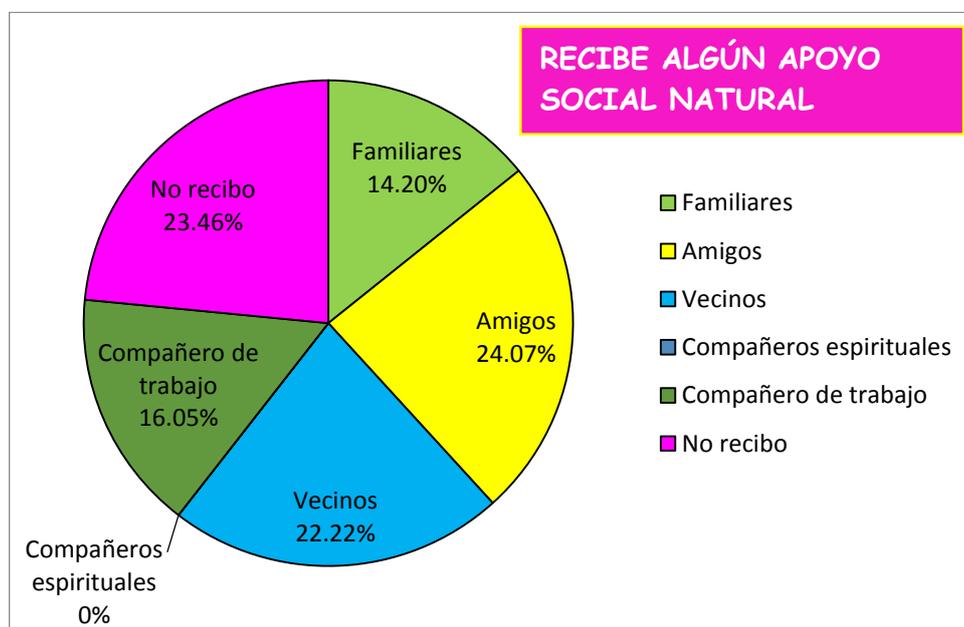
<b>El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy largo	28	17,28
Largo	33	20,37
Regular	66	40,74
Corto	18	11,11
Muy corto	9	5,56
No sabe	8	4,94
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N°	%
Muy buena	55	33,95
Buena	41	25,31
Regular	59	36,42
Mala	1	0,62
Muy mala	2	1,23
No sabe	4	2,47
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa	N°	%
Si	12	7,41
No	150	92,59
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 30**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

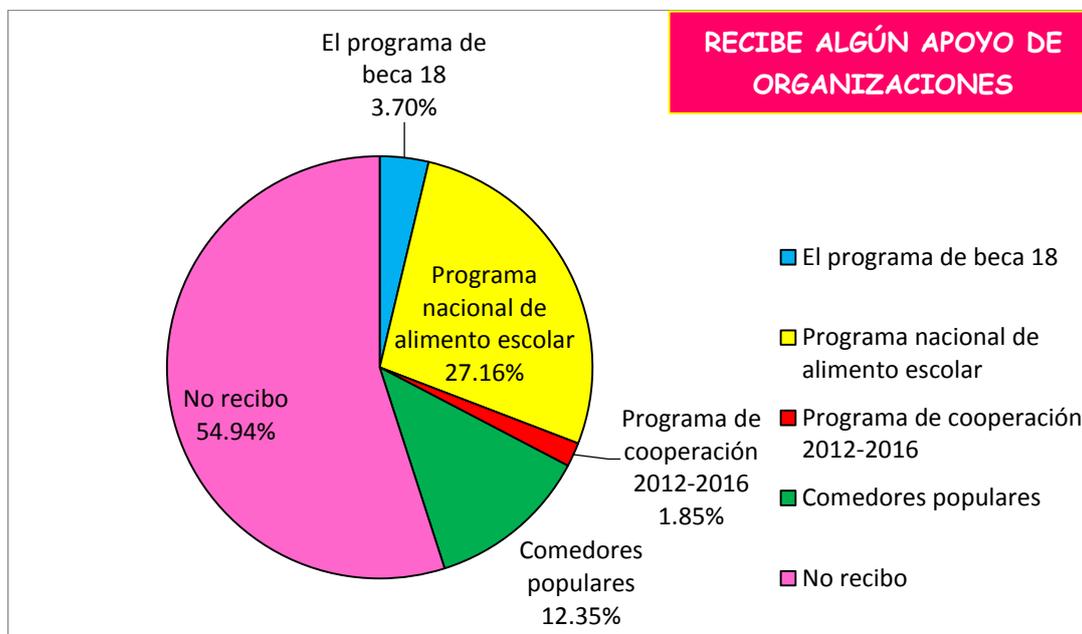


**GRAFICO N° 31**



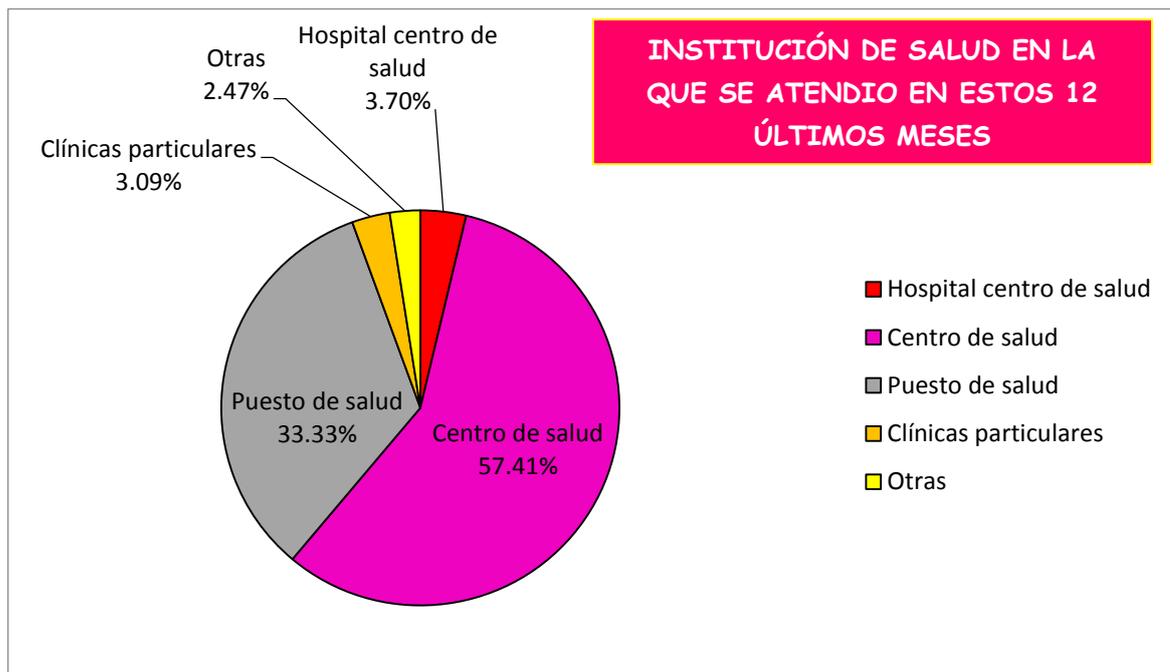
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 32**



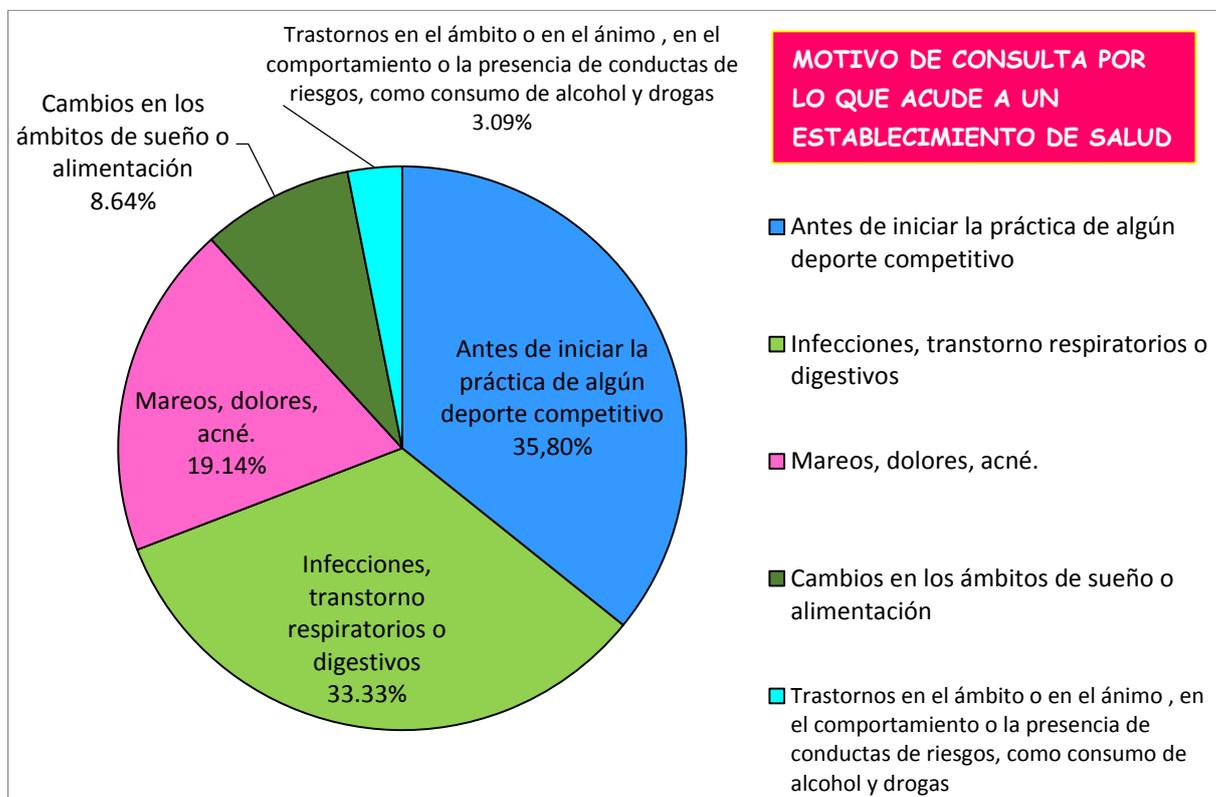
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 33**



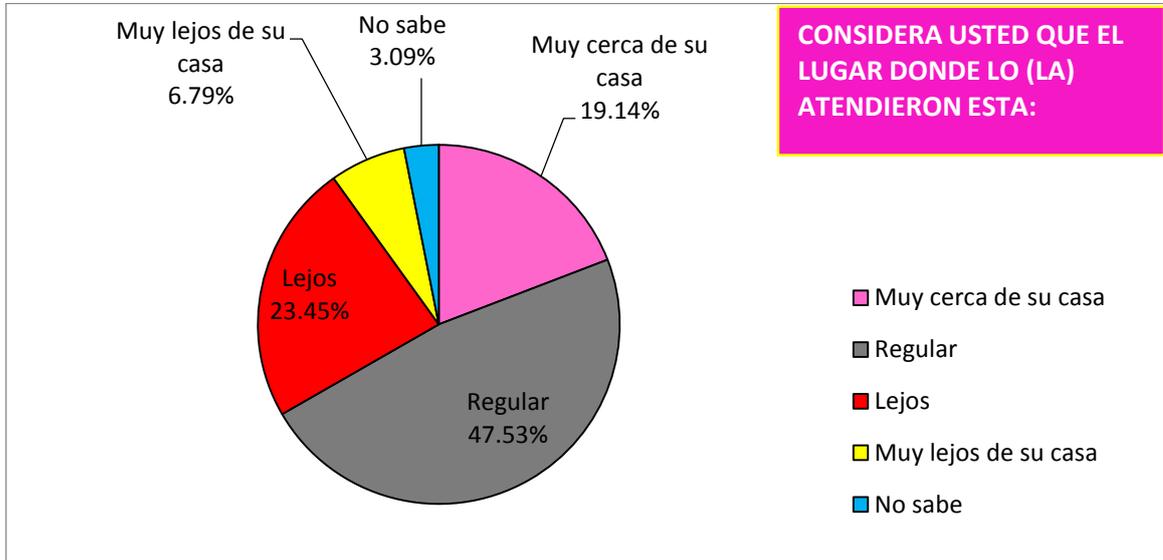
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 34**



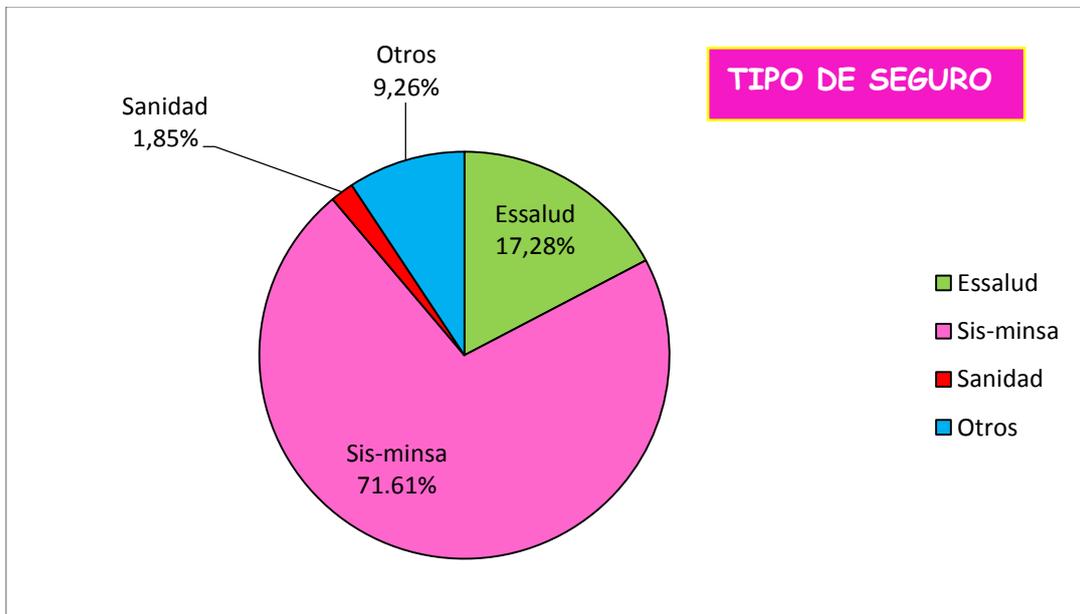
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 201

**GRAFICO N° 35**



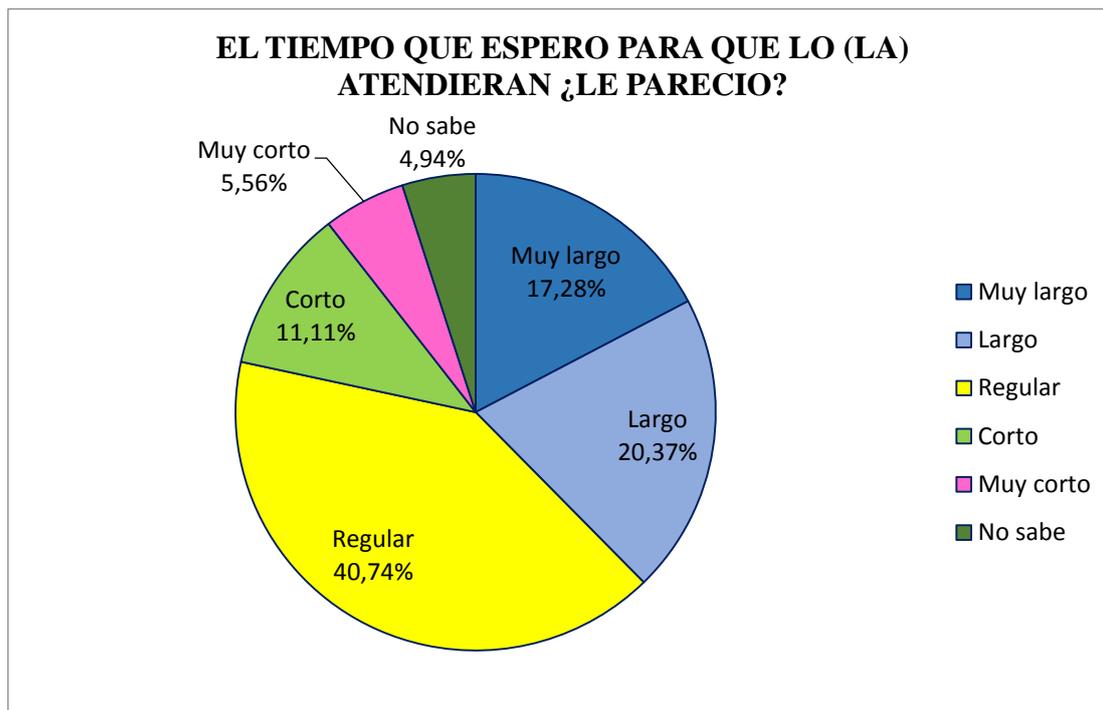
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 36**



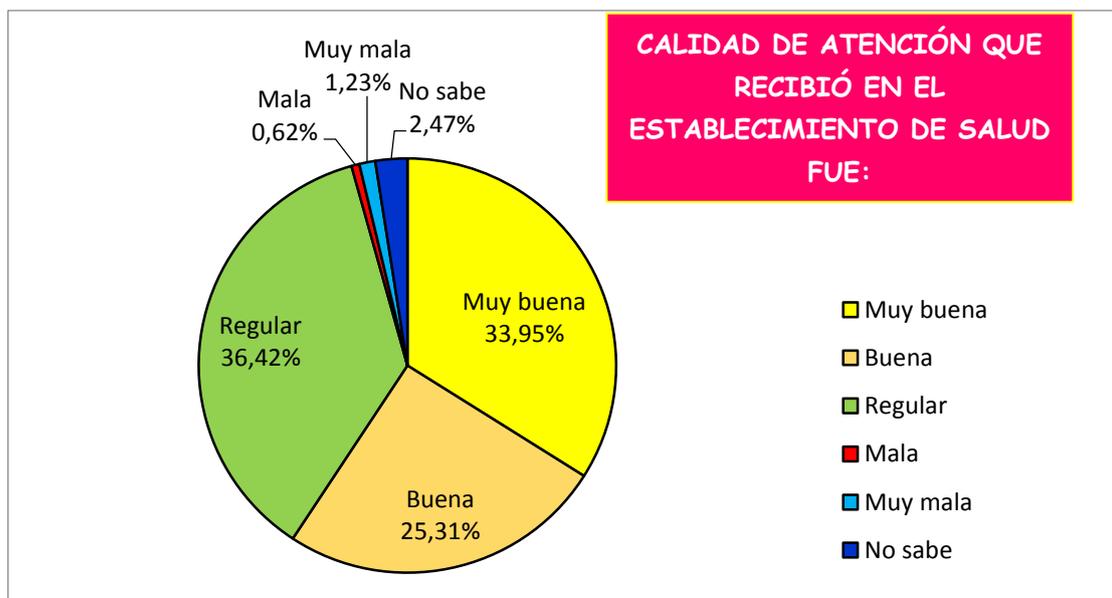
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

GRAFICO ° 37



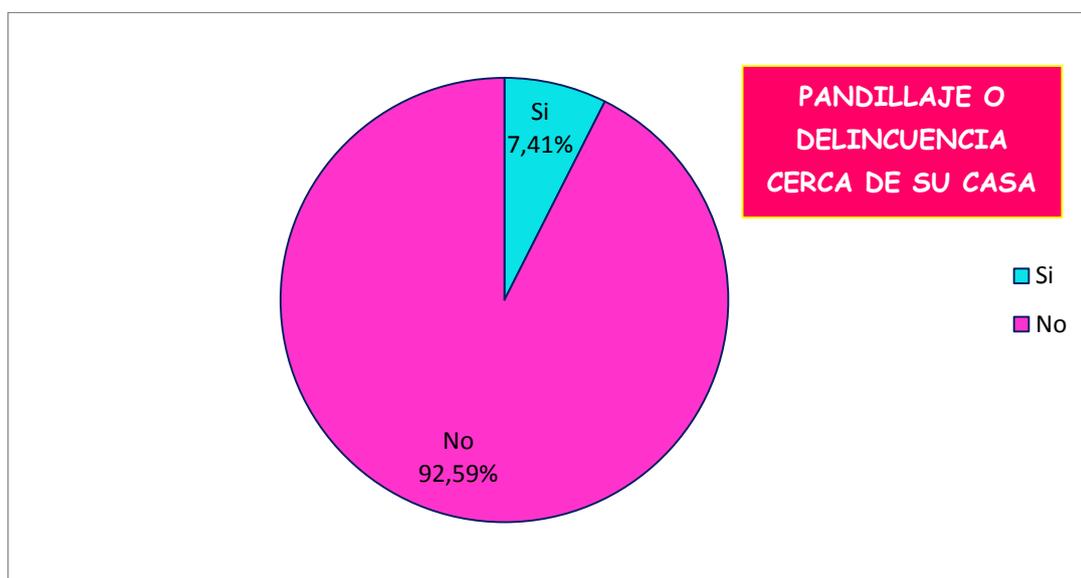
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

GRAFICO N° 38



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

**GRAFICO N° 39**



Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en los adolescentes, elaborado por Vilchez A. Aplicado a los adolescentes de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón -Piura 2013

#### **4.2 Análisis de los resultados**

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud en los Adolescentes de San Juan de Bigote-Parte Baja-Morropón-Piura, en una muestra de 162 adolescentes que han cumplido los criterios de inclusión y que han respondido todas las preguntas contenidas en el cuestionario aplicado para esta investigación.

**En la tabla N° 1:** Se muestra la distribución porcentual de los determinantes Biosocioeconómicos de la salud en los adolescentes de San Juan de Bigote- Parte Baja - Morropón - Piura, se muestra que el 56% de los adolescentes son de sexo femenino, el 72,22% tienen una edad de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días, respecto al grado de instrucción se observa que el 85,81% de los adolescentes tienen secundaria completa/secundaria incompleta, el 42,60% de las madres tiene un grado de instrucción inicial/ primaria, el 63.59% tiene un ingreso económico

menor de 750 soles mensuales, y el 65,43% de la ocupación del jefe de familia tienen un trabajo estable.

Estos resultados se asemejan *de acuerdo al documento de OPS/OMS sobre los determinantes sociales de la salud del Perú* publicado en el año 2010, menciona que en un estudio realizado por el Banco Mundial el año 2008, se examina que existe cierta vulnerabilidad en la población estudiada en este aspecto, porque el ingreso económico es uno de los factores determinantes de la salud, pues, existe cierta relación entre ingreso económico y la tasa de mortalidad infantil (TMI). De esta manera, muchas veces es tratado como el indicador del estado de salud de una población, y prácticamente se le enarbola como un indicador de desarrollo socioeconómico o de la exitosa aplicación de políticas sociales. La TMI según el nivel socioeconómico del hogar y se aprecia que la mayor incidencia de muertes infantiles se concentra en los estratos de ingresos inferiores: dos tercios de las muertes infantiles ocurren en el 40% de los hogares con menor ingreso económico en el quintil I y II. (42)

Por otro lado, se señala que el estado de salud aumenta con el nivel de educación y en la población estudiada las madres de los adolescentes cuentan en la gran mayoría con estudios de inicial y primaria, asociada al ingreso económico las hace vulnerables a no alcanzar un desarrollo óptimo, no brindar a sus hijos una calidad de vida en la que estos puedan desarrollarse y fomentar una familia que pueda practicar estilos de vida saludable.

Estos resultados se asemejan de los encontrados en Censos Nacionales de Población 2008 y 2010, que refieren que en los últimos años las tasas netas de asistencia escolar persisten en una tendencia alcista. En la educación secundaria las dificultades son mayores, pues la cobertura para el año 2008 llegó sólo al 74,1% entre las personas que tienen entre 12 a 16 años. Algunos no estudian en el nivel que les corresponde, pueden estar en primaria, otros fuera del sistema educativo. Lo cierto es que el déficit de asistencia escolar para este tramo de edad es de 25,9%, siendo el área rural evidentemente más afectada, la población adolescentes que

están bajo la línea de pobreza tiende a decrecer desde comienzos de la presente década. Lo cierto es que del 2008 al 2010, del total de la población menor de edad, 45,8% viven en condiciones de pobreza. Más grave aún, 17,3% de niños, niñas y adolescentes no tienen dinero suficiente para siquiera cubrir sus necesidades alimentarias. ( Fuente: Censos Nacionales de Población 2008, 2010) (43).

Estos resultados se asemejan de los encontrados por Kise A (44), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en los adolescentes gestantes, del puesto de Salud Miraflores Alto en Chimbote (2012). Donde la muestra estuvo constituida por 100 adolescentes gestantes, obteniéndose los siguientes resultados: se destacó que el 98,0 % de los adolescentes tienen entre 15 años a 17 años 11 meses, 29 días, el 90,0% de los adolescentes tiene un grado de instrucción de secundaria completa a incompleta, el 50,0% de las madres de los mismos tiene un grado de instrucción de secundaria completa a incompleta, el 80% tiene un ingreso menor a S/.750 nuevos soles, el 22% cuenta con un trabajo eventual.

En el campo de enfermería la teórica Florencia Nightingale, fue una de las precursoras que sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz) componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha. La salud es así parte de la vida cotidiana de la población, tanto individual como en grupo, y resultado de sus acciones e interacciones en la sociedad, que centra su interés en el proceso salud- enfermedad de todos en un contexto, establece puentes conceptuales y prácticos entre lo promocional, lo preventivo y reparativo para lograr la conservación de la vida, la salud y el bienestar de la población en general. Su estudio epidemiológico sobre la población, mejoró la salud de muchas personas, reduciendo significativamente la tasa de mortalidad (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).

“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” (46).

“La edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales” (47).

La adolescencia es, considerada también, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio físico y psicológico, pero que no sólo ocurre en el propio adolescente, sino que también se relaciona con su entorno. “Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas” (48).

“La palabra sexo se deriva del latín dividir originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre” (49).

En biología, el sexo es la combinación y mezcla de rasgos genéticos generalmente teniendo como resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos). “El sexo

de un organismo se define por los gametos que produce: el sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos)” (50).

“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).

“El Ingreso económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia” (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 aquella 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).

Al analizar las variables en la investigación que se realizó a los adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, las familias están constituidas en su mayoría por migrantes de los diferentes caseríos con los cuales limita el Distrito de San Juan de Bigote, y otros provenientes de la Sierra Central y Selva Peruana, tienen características socioeconómicas particulares, la mayoría de ellos son de sexo femenino, y la edad es de 12 a años a 14 años 11 meses, 29 días, resultado que nos estaría indicando que el hecho de ser mujer por las características propias de edad reproductiva puede ser un periodo de riesgos para la salud, asociados por un lado, con el sexo, la reproducción, embarazo no deseado, abandono de estudios, los estereotipos de género, el analfabetismo y las tradiciones vigentes de la sociedad.

Al analizar la variable grado de instrucción de las madres de estos adolescentes, encontramos que menos de la mitad cuenta con estudios de inicial y primaria, esto puede deberse a que las madres no tuvieron la oportunidad de iniciar sus estudios por motivos de índole económico, cultural lo cual puede restringir a tener menor probabilidad de acceder a un nivel social que le permita acceder de forma equitativa a los servicios de salud, también puede ser motivos de índole vocacional y sociocultural. Estos resultados traducen el impacto de la educación ya que constituye uno de los mecanismos para la superación de la pobreza. Así mismo la mayoría de los adolescentes tienen un grado de instrucción de secundaria completa/ secundaria incompleta, esto debido a que algunos han culminado la etapa escolar y otros que aún están en formación de aprendizaje.

En relación al ingreso económico cuentan con un ingreso económico menor a 750 nuevos soles, predominando en ocupación el trabajo estable con un sueldo mínimo, ya que al ser de una zona perteneciente al Alto Piura, la mayor parte de la población se dedica a la agricultura, ganadería y comercialización de sus productos, resultados que representan la existencia de estabilidad laboral con la consecuente desigualdad

económica producto de los altos índices de analfabetismo, factores que pueden influir 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 los Adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón - Piura, 2013 el 69,13% tienen una vivienda unifamiliar, el 92,6% tiene casa propia, el 80,24% tiene piso de tierra, el 61,11% cuenta con un techo de calamina, eternit, el 82,09% tiene paredes de adobe.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 37,03% duerme en una habitación independiente, el 65,43% se abastece de agua conexión a domicilio, el 80,87% cuenta con baño propio, el 50,62% usa gas o electricidad para cocinar, el 39,50% cuenta con energía eléctrica permanente mientras, el 57,40% elimina su basura enterrándola, quemándola o a través del carro recolector, el 45,68% refiere que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa todas las semanas pero no diario, el 73,45% suele eliminar su basura en carro colector.

Los resultados se asemejan en los encontrados por Hadad Arrascue, Natalie, en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010; donde su muestra estuvo conformada por 100 mujeres jóvenes, en donde se destacó que el 100% de la población tiene vivienda propia, el 96.6% tiene agua entubada en casa, el 100% tienen gas para cocinar en casa, el 100% tienen energía eléctrica en casa y el 99% elimina su basura en carro recolector de basura (57).

Los resultados obtenidos en el presente estudio son casi similares a los encontrados por Santa María R. (58), en su estudio titulado: La iniciativa de vivienda saludable en el Perú – 2008. Encontrando que el 70,6% de viviendas se encuentran en el área urbana, podemos observar que sigue siendo la casa independiente el tipo de vivienda mayoritaria en el país 85,61%. En cuanto a material de vivienda se registraron 46,7% de viviendas con paredes de ladrillos o bloques de cemento, 34,8% con

paredes exteriores de adobes o tapias, 9,7%% de madera y 2,9% de quincha. Las viviendas con paredes de piedra con barro o esteras, representan el 5,9%. Concluyendo que la erradicación de la pobreza se consigue creando un estrecho vínculo entre la salud de enfoque socioecológico y el medio ambiente en desarrollo y, además, fomentando la equidad.

Los resultados se acercan a lo investigado por Alzate E, Vélez M, López Y. (59), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011. Obtuvieron que el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia, el 25,0% son viviendas de alquiler, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. 100,00% del material del piso y paredes es liso, 100,00% cuenta con cobertura de Eternit. El 93,1% de viviendas tiene servicio de energía. El 69,0% cuentan con servicio de alcantarillado. El 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. El servicio de recolección de basura es 58,6% en el total de las viviendas. Esta ultima opción es la que quema de desechos a campo abierto con 17,6%, el 11,7% quema, el 11,7% bota al campo abierto.

Del mismo modo, el resultado difiere a lo investigado por Barrios A. (60), quien investigó Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay-2003. Donde concluye que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas (dormitorios). En cuanto al material del techo el 90% es de paja, 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.

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” (61).

“Una vivienda propia, es aquella destinada para ser habitada por una o más personas con vínculo consanguíneo o sin él, que viven bajo normas de convivencia familiar. (61).

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 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).

Las paredes exteriores, exteriores, se refiere al material de construcción de la mayor parte de las paredes exteriores de la vivienda (perímetro o contorno), tales como: ladrillo, bloque de cemento; adobe o tapia, madera, quincha, estera, piedra, con barro; piedra, sillar con cal o cemento u otro material, excluye los cercos o muros que lo rodean. (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 (63).

“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” (60).

“La eliminación de excretas es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades” (60).

“La Energía o combustible utilizado para cocinar. Está referida al tipo de energía o combustible más utilizado en el hogar para preparar sus alimentos” (64).

Se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. (64)

La disposición de la basura o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones, etc (65).

La recolección y disposición inadecuada de las basuras permite el desarrollo de insectos que se alimentan de ella produciendo algunas enfermedades al hombre como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amibiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales (65).

“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” (66).

“La falta de acceso al agua potable, junto al deficiente saneamiento e higiene, contribuyen de manera importante a las defunciones debidas a enfermedades diarreicas. Anualmente, en el mundo se presentan 1,8 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad” (66).

En la investigación efectuada a los adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón, se halló que la mayoría de los adolescentes cuentan con vivienda unifamiliar, tenencia propia, material del piso es de tierra, material del techo de calamina o eternit, material de paredes de adobe, así mismo el número de personas que duerme en una habitación es de 2 a 3 miembros, como se podrá observar, existe un hacinamiento en la vivienda lo que podría ser un factor de propagación

de enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, a pesar que la mayoría manifiesta tener vivienda propia, las condiciones de un gran porcentaje de las mismas es rústica y con piso de tierra, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y alimentarias, así como las relacionadas con la vulnerabilidad frente a la libertad sexual, por irrupción de extraños.

Se encontró que la mayoría cuenta con abastecimiento de agua conexión a domicilio, cuentan con baño propio, energía eléctrica permanente, lo que significa estos factores ayudan a mejorar la calidad de vida. Aunque presentan saneamiento básico en buenas condiciones, estas deberían ser controladas para su sostenibilidad y así no tenerlo como punto vulnerable para la propagación de algunas enfermedades, como es el abastecimiento del agua potable que es de suma importancia debido a que, allí donde falta, es mayor la frecuencia de diversos tipos de enfermedades, este es pues un dato fundamental que de ser tomado en cuenta en la formulación de políticas y planes por nuestras autoridades regionales y locales.

Al analizar la variable combustible para cocinar encontramos, que más de mitad usa gas, electricidad para cocinar. Estos resultados nos indican que debido al bajo costo del gas y energía eléctrica en zonas rurales como es el Distrito de San Juan de Bigote- Parte Baja- Morropón, les permite obtener combustibles más saludables, a bajos costos, facilitándoles así mejorar de a poco sus costumbres y fomentar estilos de vida saludables.

Al analizar la variable disposición de basura, encontramos más de la mitad entierran, quema o pasa el carro recolector por sus casas, esto se debe a que poco a poco las autoridades del distrito han implementado medios que mejore el cuidado del ambiente, a través de servicios como es el recojo de basura por el carro recolector, que pasa todas las semanas pero no diariamente, lo que beneficia a la población en la disminución de que se presenten insectos y roedores, agentes causales de enfermedades tanto para los niños y adolescentes. La población sabe en qué consiste el reciclaje y selecciona los materiales para luego venderlos.

La eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos se basa en la manera en que cada familia fomente hábitos para reducir cierto tipo de contaminación ambiental, podría reducir de cierta manera los riesgos de enfermarse particularmente de enfermedades gastrointestinales, parasitarias y dérmicas, de este modo crear un entorno más agradable para la vista y la vida.

**En la tabla N° 03:** sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Parte Baja - Morropón, 2013. El 95,06% de las adolescentes no ha fumado nunca de manera habitual, el 80,86% no ha consumido ni ingerido bebidas alcohólicas, Así el 52,47% de los adolescentes duerme de 6 a 8 horas diarias, el 99,38% se baña diariamente, el 82,72% tiene reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, el 59,88% realiza en su tiempo libre deporte, el 43,21% en las últimas 2 semanas la actividad física que realizó por más de 20 minutos fue deporte.

Respecto a la conducta alimenticia se observa que el 59,88% de los adolescentes siente preocupación por engordar, el 85,80% no come demasiado, el 91,98% no presenta pérdida de control para comer, el 93,21% no presenta vómitos autoinducidos, el 90,12% no ingiere medicamentos (laxantes, diuréticos, pastillas), el 80,86% no ayuna, ni hace dietas.

Estos resultados se asemejan de los encontrados por Silva D (67), en su investigación titulada: Factores de riesgo suicida en adolescentes de la Institución Educativa Divino Niño Jesús Asentamiento Humano Los Médanos Castilla-Piura, 2012 donde su muestra estuvo conformada por 93 estudiantes; destaco que el 51.6% nunca ha consumido alcohol, el 36.6% lo hace socialmente y solo un 11.8 % lo consume todos los fines de semana.

Estos resultados se asemejan de los encontrados por Miranda M (68), en su investigación titulada: Factores de riesgo a infecciones de transmisión

sexual en estudiantes del 4° y 5° año de la Institución Educativa FAP José Abelardo Quiñonez Piura-Perú, 2012 donde su muestra estuvo conformada por 120 estudiantes; destaco que el 55.83% no tiene hábitos nocivos como fumar y tomar bebidas alcohólicas, el 44,17% si lo hace socialmente.

Estos resultados difieren con los encontrado por Estrada D. (69) en su estudio titulado “Hábito alimentarios factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro Del Cantón Chillantes, Provincia Bolívar, 2010”; presenta consumo de lácteos diario 32%, consumo de cereales diario 94%, consumo de carnes 44% diario, 26% consumen diario legumbres, 94% consumen diario vegetales, 26% consumen frutas de forma diaria, 96% consumen diario aceites y grasas, 96% consumen diario azucares y dulces, 40% consumen diario bebidas y líquidos.

Los resultados son casi similares a los encontrados por Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F (70), quienes estudiaron sobre la Actividad física: Desafío para la promoción de la salud en Medellín-Colombia 2008. Se evalúan conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física y sus factores asociados. Encontrando que solo una de cada cinco personas que corresponde al 21,1% realiza suficiente actividad física para proteger la salud. La actividad física es mayor en los hombres, y aumenta con el nivel socioeconómico y con la educación. El sedentarismo se adopta tempranamente en la juventud y se mantiene a lo largo de la vida. Conclusión: La elevada proporción de sedentarismo en la población podría estar agravando la carga por las enfermedades crónicas y debería convertirse en prioridad para el diseño de estrategias de intervención en salud pública.

Martínez L, Saldarriaga L. (71), investigaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín - Colombia 2011. Obteniendo que el porcentaje del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es alto 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.

Estudios similares como: Montalvo N (72), en su Investigación Titulada Factores que predisponen al embarazo en adolescentes encontró que las adolescentes si cuentan con información relacionada con la sexualidad y que los factores que predisponen el embarazo en las adolescentes, es la información que en ocasiones distorsionada por las fuentes y a veces por la mala interpretación de las adolescentes, o por el mal uso de los métodos anticonceptivos ya que ninguno no es 100% seguro. Además es evidente que la zona de ubicación, la religión, y la cultura tengan que ver en que no exista un gran índice de adolescentes con vida sexual activa. En nuestra sociedad aún se cree que las jóvenes salen embarazadas porque carecen de valores o mantienen conductas irresponsables. Esto es falso. Las adolescentes se embarazan por la falta de acceso a la educación e información en sexualidad. Lamentablemente en muchos hogares hablar del tema es todavía un tabú, por el temor que tienen los padres de adelantar la idea de sexo en sus hijos. Muchos casos de embarazo precoz se hubieran podido evitar si la adolescente y sus padres hubiesen tenido la confianza suficiente para hablar acerca de sus dudas y temores.

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso. Durante su combustión se originan más de 4 mil productos tóxicos diferentes. “Entre ellos tenemos, 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) los cuales destacan por su peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse” (73).

Estudios similares como Barrientos, L. (74), en su Investigación titulada: Determinantes sociales de la salud relacionada con el embarazo en la

adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán. Se concluye que las adolescentes embarazadas tienen baja escolaridad como consecuencia de la deserción escolar y dependen económicamente de sus padres, en una cantidad menor dependen de los suegros y una mínima parte de los compañeros de vida.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de grados de alcohol consumido o por el porcentaje de alcohol 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” (75).

“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” (76).

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 sueño es una parte integral de la vida cotidiana, una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento. El sueño ha sido y sigue siendo uno de los enigmas de la investigación científica, y aun a día de hoy, tenemos grandes dudas sobre él.

La higiene como el baño personal es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

La conducta o disciplina está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija consumo 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” (78).

“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” (79).

De la misma manera, diferentes estudios epidemiológicos han demostrado que, “hacer actividad física por más de 20 minutos disminuye el riesgo de importantes enfermedades crónicas, como

cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus no insulino dependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión; reduciendo también el riesgo de muerte prematura” (80).

La alimentación saludable, se refiere a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento nutricional de los mismos. Se considera que un hogar se encuentra en una situación de seguridad alimentaria cuando la totalidad de 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” (81).

Se designa como el término de agresión a aquel acto o ataque violento que tiene la firme intención de causar daño a quien va dirigido. La agresión es de alguna manera un acto que se contrapone al derecho del otro, especialmente en el caso de los ataques armados que una nación puede llevar a cabo contra otra. Generalmente, quienes despliegan este tipo de acto presentan una tendencia hostil y agresiva evidente y constante contra sí mismos y también muy especialmente para con el mundo que los rodea.

Los problemas de familia están presente en todo tipo de relaciones familiares ya sean monoparentales, homoparentales, nuclear, extensa, ensamblada, adoptiva... normalmente estos problemas son solventados de forma eficaz dentro del seno familiar, no obstante hay veces que las relaciones están tan deterioradas que la familia no puede solucionarlos por lo que es necesario acudir a ayuda externa para hacerlo.

Las relaciones sexuales constituyen un aspecto muy importante de la vida y de la sexualidad de las personas. El comienzo de las relaciones sexuales debe ser una decisión completamente personal y libre. Contar con información adecuada no sólo es un derecho básico de todas las personas,

sino que también es una manera de no correr riesgos innecesarios para la salud.

El método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales. Los seres humanos, nos reproducimos de forma natural mediante el acto sexual una vez que hemos logrado la capacidad biológica para engendrar hijos. Esta reproducción se controla mediante el uso de método anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado.

La elección más adecuada de un método anticonceptivo estará condicionada invariablemente por la situación, etapa evolutiva y/o personalidad de la pareja o persona que decide protegerse. Es una decisión personal, cada tipo de anticonceptivo tiene sus ventajas e inconvenientes. Se recomienda que un médico ayude a decidir cuál es mejor para la persona (82).

La palabra aborto proviene del latín abortus, que a su vez deriva del término aborior. Este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a orior, o sea, lo contrario a nacer. Por lo tanto, el aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, cuando éste todavía no haya llegado a las veinte semanas. Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto (83).

Entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas (84).

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 (85).

Los seres humanos requieren de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida, todo ello se logra a raves del consumo de alimentos nutritivos.

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” (86).

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” (86).

“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” (86).

Al analizar la variable en la investigación realizada a los adolescentes del Distrito de San Juan de Bigote - Morropón - Piura, en relación a los Determinantes de los estilos de vida se encontró que casi todos los

adolescentes no fuman ni ha fumado nunca de manera habitual, no consumen, ni han ingerido bebidas alcohólicas, esto se debe a las costumbres, creencias o a la ideología que se práctica en este distrito, pues se considera que la persona no puede fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas hasta que se tenga o cumpla la mayoría de edad ( 18 años). Por otro lado, el nivel de estudios de los adolescentes y familias asociado a las capacitaciones o sesiones educativas acerca del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, hace que los mismos conozcan los riesgos que se exponen y sean responsables en cuanto a su consumo.

Al analizar la variable, número de horas que duerme, encontramos que casi todos los adolescentes duermen de 6 a 8 horas al día, factor importante que la población en estudio fomenta en sus estilos de vida, mejorando así sus habilidades en el aprendizaje de tareas motoras complejas como las que se necesitan en día a día para cumplir actividades y/o funciones mentales y corporales, tales como los hormonales, bioquímicos, metabólicos y de temperatura, que son necesarios para que el ser humano funcione bien durante el día.

Al analizar la variable, frecuencia con que se baña, encontramos que casi todos se bañan diariamente, tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, esto se debe a que los padres han puesto límites a la conducta de sus hijos. Además que gran parte los adolescentes cuentan con agua de conexión a domicilio, además el grado de instrucción les permite conocer que la importancia del baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor.

En cuanto a la variable actividad física los adolescentes realizaron en las 2 últimas semanas y realiza en su tiempo libre es deporte, estos resultados se deben a que los adolescentes al vivir en una zona rural, no contar con medios para movilizarse, prefieren caminar. Por otro lado en los colegios se dan programas para que estos realicen algún deporte y puedan competir con otros escolares, los mismos que conocen que haciendo deporte una persona puede conjugar los beneficios de la actividad física con un buen entretenimiento, liberador de endorfinas y con un excelente poder para despejar la mente en cuestión de minutos y realizar el deporte que les gusta de manera habitual.

Al analizar la variable, conducta alimenticia, encontramos que más de la mitad tiene preocupación por engordar, en la actualidad estamos sometidas a una constante moda social que nos dicta cómo deben ser nuestros cuerpos para ser atractivas.

En lo que se refiere a la variable, daño a su salud por alguna violencia o agresión, encontramos que más de la mitad de los adolescentes fue agredido a través de puñetazos, patadas o golpes, refiere también que la agresión se dio en el hogar, esto se debe a que hasta el día de hoy existen hogares machistas, donde el jefe del hogar o el hermano mayor puede agredir de diferente manera al más pequeño y eso se ve totalmente normal.

En lo que respecta a la variable si tiene problemas ha pensado en quitarse la vida, encontramos que la mayoría no ha pensado en acabar con su vida, esto se debe a que los adolescentes son capaces de enfrentar los obstáculos, porque tienen expectativas claras de lo que desean ser, y de los sueños que tienen. Mantienen su autoestima alta y son aceptados dentro de su grupo de amigos.

En lo que se refiere a la variable si tiene relaciones sexuales encontramos que menos de la mitad si tiene relaciones sexuales, de ese porcentaje más de la mitad uso condón en su primera relación sexual, y menos de

las mitad ningún método anticonceptivo, en lo que respecta a la variable tuvo algún embarazo o algún aborto se encontró que del total de porcentaje solo hubo un embarazo y un aborto, por lo que se deduce que esto se debe a la poca comunicación entre padres a hijos, tal vez por las costumbres o culturas que se fomentan, ya que hablar de sexo en la zonas rural aun es una limitación de los padres hacia los hijos y visiversa, aún se cree erróneamente que hablar de sexo está mal. Observamos también que la mayoría de las adolescentes gestantes tienen una baja escolaridad por qué se limitan las oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de las adolescentes embarazadas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos.

Al analizar la variable tiempo que acude a un establecimiento de salud, encontramos que menos de la mitad no acuden al centros de salud, esto se debe al poco interés de los adolescentes y de sus padres que no acuden al centro de salud ya que prefieren automedicarse por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte de un profesional de la salud (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).

En lo referente a los alimentos que consumen los adolescentes se observa que la mayoría consumen fruta, carnes (pollo, res, cerdo), fideo, arroz, papas, panes cereales, verduras y hortalizas, pero también refrescos alimentos con alto contenido de carbohidratos. información que nos estaría indicando que el hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes puede ser consecuencia de la escasez de recursos económicos lo cual no les permite obtener alimentos más saludables. Factores que pueden afectar la decisión en la elección de los alimentos son los culturales, sociales en los cuales se observa la presencia de la publicidad agresiva a través de los medios de información, lo que se traducen en una alta ingesta de carbohidratos,

grasas totales y saturadas, que, en conjunto con el sedentarismo, pueden favorecer el sobrepeso y la presencia de enfermedades crónicas.

Por lo tanto la investigación de **Pollit, E. 2002 Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano** (87), muestra que la desnutrición en los niños, niñas y adolescentes es producto de múltiples determinantes, tales como el tipo de ocupación y el nivel de ingreso de los padres, que produce capacidades adquisitivas diferenciadas y un mayor o menor acceso a los alimentos así como a una nutrición adecuada. Como ya vimos, la educación tiene un efecto determinante en estos factores, por lo cual influye indirectamente en la nutrición. Pero también tiene un efecto directo en la adquisición de competencias que permiten principalmente a las madres alcanzar y asimilar la información adecuada que contribuya a un mejor cuidado los niños, niñas y adolescentes del Perú. Por eso, la desnutrición crónica total de niños y adolescentes menores de 15 años está fuertemente relacionada con los niveles educativos de las madres. Así, mientras que 6,9% de los niños y adolescentes cuyas madres tienen estudios superiores están desnutridos, 51,6% de los niños y adolescentes cuyas madres no tienen educación tienen el mismo problema, es decir, 7,4 veces más que los primeros. La reducción más significativa se da en el paso de la educación primaria a la secundaria, en el que la desnutrición se reduce en 60%.

**En la tabla N° 4:** con respecto a los determinantes de la salud de las redes sociales y comunitarias el 24,07% recibe algún apoyo social natural de sus amigos, el 76,54% no recibe ningún apoyo social organizado, el 54,94% no recibe apoyo de alguna organización, el 57,41% acudió a un centro de salud en los últimos 12 meses, el 35,80% del motivo de la consulta fue antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo, el 47,53% considera que el lugar donde lo atendieron está en una distancia regular, el 71,60% cuenta con un seguro afiliado al SIS Minsa, el 40,74% considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, el 33,95% considera que la atención que recibió en el establecimiento de

salud fue muy buena, y el 92,59% considera que no hay presencia de pandillaje cerca de su casa.

Estos resultados son casi similares con el realizado Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. (88). En su investigación sobre Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008. 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%.

Al analizar la tendencia del uso de los servicios de salud, se observa que la demanda a un establecimiento de salud por enfermedad, se ha mantenido estable (2004; 31%: 2008; 32,1%) cuando se evalúa la demanda de atención según el proveedor, se tiene que el uso de establecimientos del MINSA sigue el comportamiento a nivel nacional, es decir tiene una tendencia estable; sin embargo es importante mencionar que en el quintil de menor ingresos la demanda subió de 20,4% a 26,3%, posiblemente atribuida al efecto del Seguro Integral de Salud. El uso de los servicios para establecimientos de ESSALUD disminuyó de 6,9% a 5,6%, mientras que en los establecimientos privados subió de 5% a 7,3% (88).

Los resultados de la investigación son similares con los obtenidos por Solis R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, et al. (89), quienes estudiaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores, 48% de ellos no contaban con seguro de salud, los participantes no asegurados 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 la población encuestada con seguro social. La percepción de un estado óptimo de salud se asoció con la afiliación a un seguro privado y 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.

“El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado” (90).

Desde la dimensión de la acción social, “se valora la participación social como proceso subjetivo de interacción social, en el que los individuos reconocen sus disposiciones de necesidad, dentro del contexto grupal, incorporando, desde la autonomía, las normas estructuradas y homogéneas por lo que actúan conscientemente en correspondencia con su libertad individual” (91).

Se ha verificado que el apoyo social en la comunidad mejora la salud y que la confianza mutua y la cohesión de los miembros de un grupo contribuyen a reducir la mortalidad. Por el contrario, la falta de control, de autoestima y de apoyo social aumenta la morbilidad. Además, la evaluación de necesidades enfocada en la comunidad no solo da con los problemas, sino a veces con las soluciones (92).

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo obtenido por Morera M y Aparicio A (93), en su investigación sobre Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica - 2010. Los resultados revelan que los entrevistados con nivel de educación universitaria completa tienen una mayor probabilidad de acudir al médico. No se observaron diferencias en la proporción de población entre los quintiles de ingreso, y resulto que un 86% están asegurados. El 73% refiere buen estado de salud y el 33% indica que padece una o más enfermedades crónicas. Concluyendo que los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel

educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia.

Los resultados de la investigación se asemejan con Solis R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, et al. (94), investigaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores, 48% de ellos eran no asegurados, los participantes no asegurados o coberturados por el seguro público (SIS) presentaron menor nivel educativo y de vida ( $p < 0,001$ ). El sistema público atiende al 62.1%, incluyendo la población encuestada con seguro social. La percepción de un estado óptimo de salud se relacionó 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.

Los resultados se acercan con los de Rodríguez S. (95), en su estudio sobre Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia -2010. Se Utilizó la encuesta de Calidad de Vida 2008. Encontrando entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21,38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87,2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14,4%), como para la población sin él, 50,24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud.

Los resultados difieren con Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S. (96), en su investigación sobre Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza en Santiago de Chile-2009. Se aplicó una encuesta a 361 personas que viven en barrios pobres de 15 a

77 años (83 % mujeres). Resultados: el 62 % estaba insatisfecho con su acceso a servicios de salud y el 32% no estaban registrados en las clínicas de atención primaria de salud. El análisis reveló que la falta de acceso a servicios de salud se asocia con el sentimiento de exclusión, la desconfianza mutua y la falta de resolución de problemas de salud.

Similares resultados a Seclén-Palacin J. (97), Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú -2005. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú - 2005. Determinar el nivel de satisfacción del usuario en centros de salud y hospitales del MINSA; analizar la relación entre satisfacción del usuario y nivel socioeconómico; e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Materiales y Métodos: Análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2005. Fueron entrevistados 376 y 327 usuarios de los centros de salud y hospitales, respectivamente. Resultados: Los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La satisfacción del usuario fue 68,1% y 62,1% para los centros de salud y hospitales. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario.

Los resultados difieren a los encontrados por Ramírez TdJ, Nájera P, Nigenda G. (98), en su estudio sobre Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina – 2011. Según tiempo de demora para conseguir turno se observó que el 94,6% de los encuestados obtuvieron el turno el mismo día en que fue solicitado. El tiempo de demora para recibir la atención fue en el 79,5% de los casos de menos de media hora. El 94% de los usuarios consideró que el tiempo de espera fue aceptable. El 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente satisfecho, en relación a la última consulta. Como así también el 82,7% se encuentra satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encuentra totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema.

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

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 (99).

En sentido amplio un lugar es todo espacio localizable dado por dos coordenadas geográficas que se interceptan.

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 (100).

Pero también el lugar es una percepción social que cada individuo hace de acuerdo a sus valores. Lugar es el espacio vivido, el horizonte cotidiano, que tiene sentido de identidad y pertenencia.

Cinco subsistemas principales conforman el sistema de salud peruano: El 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 asegurada por EsSalud ni entidades privadas o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud y por otro lado, la población con capacidad económica; que a su vez, forma dos grupos: los

trabajadores formales, cubiertos por un seguro social, los cuales se atienden en EsSalud, y las clases medias o altas, no cubiertas por el seguro social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social, que se atienden en entidades privadas o tienen cobertura de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (101).

El MINSA abarca la mayor parte de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84.7% del total de locaciones entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población de bajos recursos económicos que no cuenta con seguro social de salud. Del otro lado, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus hospitales están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo brindan servicios a sus empleados y familiares directos. La pequeña parte del sector privado, conformado por consultorios, clínicas y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (102).

El Seguro Integral de Salud, también llamado SIS, lo brinda el Ministerio de Salud y cubre a 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 objetivo es “atender 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” (103).

El tiempo es una magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos, sujetos a cambio, de los sistemas sujetos a observación; esto es, el período que transcurre entre el estado del sistema.

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (104)

Las pandillas son agrupaciones de adolescentes y jóvenes, hoy de ambos sexos, de edades que fluctúan entre los 11 y 27 años que viven problemas comunes y comparten además los mismos intereses. Actualmente las pandillas que se están formando y/o solidificando no solamente las encontramos en sectores populares y de pobreza sino que también nacen de zonas de un nivel medio y alto económicamente.

Al analizar la variable reciben algún apoyo social natural, encontramos que menos de los adolescentes no recibe algún apoyo social, ni apoyo social organizado, ni de organizaciones, resultado que refleja que el apoyo social en la población se da de manera escasa, probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud considerando que se estaría ayudando a la población a resolver problemas primarios de salud y superar adversidades, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida.

En cuanto a la variable institución en la que se atendió los últimos 12 últimos meses, se encontró que más de la mitad de los adolescentes se atendieron en un centro de salud, en cuanto al motivo por el que acudieron fue antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo y porque sufrieron infecciones, trastornos respiratorios o digestivos, este resultado se debe a que gracias a que existe un centro de salud con personal capacitado, la población accede a dicho establecimiento cuando siente que su vida está en peligro, o para realizarse algún cheque de rutina.

En lo que respecta a la variable que considera que el lugar donde lo atendieron, la mayoría considera que está a una distancia, la mayoría

tienen seguro SIS-MINSA, considerando también que la atención recibida fue buena, estos resultados demuestran que poco a poco ha ido mejorando el trato a las personas, el personal de la salud trata de manera respetuosa, y equitativa a sus pacientes, lo que hace que la población sea participe y acuda a su centro de salud. Así mismo el tipo de seguro SIS-MINSA, es que la mayoría de la población tiene, esto resulta ya que en su mayoría la población tiene un trabajo eventual, la mayoría son agricultores, moto taxistas, amas de casa, no cuentan con trabajos seguros y no tienen la economía suficiente para pagar un seguro privado.

Al analizar la variable pandillaje o delincuencia cerca de su casa, todos manifestaron que no existe pandillaje, resultado que refleja que aún existen lugares donde los jóvenes prefieren hacer cosas diferentes, practican deporte, estudian, se dedican algún trabajo familiar, a sus parcelas, algún tipo de ocio que beneficia a los miembros de la familia y la comunidad.

## **V. 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 en los adolescentes encontramos que: más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría tienen una edad entre 12 a 14 años, 11 meses y 29 días, tienen un grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, en lo que respecta al grado de instrucción de la madre menos de la mitad tienen estudios inicial/ primaria ,la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles , y la ocupación del jefe de familia tiene un trabajo estable.
- En los determinantes de la vivienda en los adolescentes tenemos: la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, el material de piso es de tierra, el techo es de eternit o calamina, las paredes son de adobe, menos

de la mitad duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, la mayoría se abastece de agua con conexión a domicilio, la mayoría cuenta con baño propio, más de la mitad utiliza gas o electricidad para cocinar, menos de la mitad cuenta con energía eléctrica permanente, más de la mitad entierra, quema, o entrega al carro colector su basura, menos de la mitad refiere que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura es todas las semanas pero no diariamente, la mayoría elimina su basura a través del carro colector.

- En los determinantes de estilos de vida se identificó que casi todos los adolescentes no fuman, ni ha fumado nunca de manera habitual; la mayoría no consume ni ha ingerido bebidas alcohólicas, la mitad de los adolescentes duerme de 6 a 8 horas, casi todos se baña diariamente; la mayoría si tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, más de la mitad realizan deporte en su tiempo libre, menos de la mitad en las últimas 2 semanas la actividad física que realizó durante más de 20 minutos fue deporte, más de la mitad de los adolescentes si tiene preocupación por engordar, la mayoría no comen demasiado, no tienen pérdida del control para comer, no tienen vómitos auto inducidos, no ingieren medicamentos (Laxantes, diuréticos, pastillas), no tienen restricción en la conducta( ayuno, dietas, ejercicios), más de la mitad ha presentado daño a su salud por alguna violencia por agresión y fue a través de puñetazos, patadas o golpes, menos de la mitad de la agresión o violencia lo ha recibido en su hogar, la mayoría no ha pensado en quitarse la vida cuando han tenido un problema casi todos los adolescentes no tienen relaciones sexuales, del poco porcentaje que si han tenido relaciones sexuales, la mayoría utilizó condón en su primera relación sexual y un poco menos no utilizó ningún método, de las mujeres que han tenido relaciones sexuales, solo una afirma que tuvo un embarazo y un aborto, además menos de la mitad no acude a un establecimiento de salud.

En cuanto a la alimentación, la mayoría consume frutas, fideos, arroz, papas diariamente, menos de la mitad consume carnes (pollo, res, cerdo, etc), pan, cereales, verduras y hortalizas, lácteos, y refrescos a diario, menos de la mitad consume pescado,, legumbres, y dulces 3 o más veces por semana,

menos de la mitad consume huevos, y legumbres 1 o 2 veces por semana, y menos de la mitad nunca o casi nunca consumen embutidos.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias encontramos que menos de la mitad de los adolescentes reciben apoyo social por parte de sus amigos; la mayoría no recibe apoyo social organizado, más de la mitad no recibe algún apoyo de organizaciones, se atendieron en un centro de salud en estos 12 últimos meses; menos de la mitad refiere que el motivo por el que acudió al centro de salud fue antes de iniciar la práctica de algún deporte y por infecciones, trastornos respiratorios y digestivos, considera también que el lugar donde lo atendieron está a una distancia regular de su casa; la mayoría tiene seguro de salud SIS-MINSA, menos de la mitad considero que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, y la calidad de atención muy fue buena, casi todos los adolescentes consideran que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

## **5.2 Recomendaciones**

- Hacer de conocimiento a las autoridades del Distrito de San Juan de Bigote-Morropón-Piura, Dirección Regional de Salud, Centro de Salud, Municipalidades con la finalidad de que trabajen mancomunadamente para mejorar la calidad de vida de la población.
- Informar de estos resultados al establecimiento de salud del distrito de tal manera que en coordinación con del Ministerio de Educación se fomente conductas saludables desde temprana edad a través, talleres, campañas, etc. Para corregir los malos hábitos alimenticios.
- El personal de salud debe focalizar a las familias vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.

- Realizar investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- Realizar talleres, consejería sobre Educación sexual y reproductiva, consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas por profesionales de la salud para evitar o disminuir los casos embarazos en adolescentes, embarazos no deseados que pongan en peligro, la vida, la integridad de las y los adolescentes.

## 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/dip\\_lomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/dip_lomado/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 el URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es](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](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. Municipalidad Distrital de San Juan de Bigote- Morropón-Piura, oficina de Estadística, Piura 2012.
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. Gutiérrez L. Factores de riesgo personales familiares, socioculturales asociados a la gestación en adolescentes del Hospital de la amistad Perú- Corea 2 II Santa Rosa 2011(tesis de licenciatura).Piura: UNP.
20. Cárdenas L, et al. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011.
21. Neira C, Quiroga S. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010.
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. 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.
24. 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.
25. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
26. 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>.
27. 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>.
28. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
29. 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>

30. 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>
31. 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](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID).
32. 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/ecogeen42.pdf>
33. 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/>
34. 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](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf)
35. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
36. 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](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)
37. 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>.
38. 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>.

39. 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>
40. 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>.
41. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)
42. Cesar Lip, Fernando Rocabado; Determinantes sociales de salud en Perú2010; Ministerio de Salud Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, Lima.
43. Fuente: Censos Nacionales de Población 2008, 2010. [ Disponible en internet][http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0875/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0875/libro.pdf)
44. Kise A . A. Islado C. y M. Vílchez R.: Determinantes **de la salud en** adolescentes gestantes. Puesto **de** salud Miraflores Alto chimbote, 2012 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote, 2012. Disponible en url: [http://uladech\\_biblioteca\\_virtual](http://uladech_biblioteca_virtual) [tesis en internet].
45. Florence Nightingale (1990) R.L Wesley (1997): Teorías y modelos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 2005,99 pp
46. Organización mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud 2005. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2005.
47. Definición. de. definición de edad. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>
48. Definición. de. definición de adolescencia. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/adolescencia/>
49. Haeberle E. Archivo de sexología. [Curso] USA: Coral Springs; 2003.
50. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.

51. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.
52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales básicos 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
53. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
54. 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](http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3)
55. 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>.
56. Significados. Definición de trabajo. [Artículo en internet]. 2013 [Citado 2015 Enero. 11]. Disponible en el URL: <http://www.significados.com/trabajo/>
57. Hadad Arrascue, 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>
58. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. 2008; 25(4): 419-30.
59. Alzate Amariles E, Vélez Ma, López Yl. 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 2013.
60. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.

61. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
62. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
63. 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.
64. Moiso A. Determinantes de la salud en Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Edulp; 2007.
65. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2007.
66. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
67. Silva D. Factores de riesgo suicida en adolescentes de la Institución Educativa Divino Niño Jesús Asentamiento Humano Los Médanos Castilla-Piura, 2012.
68. Miranda M. Factores de riesgo a infecciones de transmisión sexual en estudiantes del 4° y 5° año de la Institución Educativa FAP José Abelardo Quiñonez Piura-Perú, 2012
69. Estrada D. estudio titulado “Hábito alimentarios factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro Del Cantón Chillantes, Provincia Bolívar, 2010”
70. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F. Actividad física desafío para la promoción de la salud en Medellín Colombia. Redalyc 2008; 26(2): 117-123.
71. 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.
72. Montalvo N. Factores que predisponen al embarazo en adolescentes.[Tesis licenciado en enfermería].México: Universidad Veracruz; 2007

73. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
74. Barrientos L. Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la Unidad de Salud. La Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapan. Enero a junio 2011. [Tesis para título de maestro en salud pública]. Ahuachapán: Universidad del salvador Facultad de medicina Maestría en salud pública, 2011.
75. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
76. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.
77. Ley antitabaco. Ley Nro. N°29517. Boletín Ministerio de Salud, número 8706, (26 May 2010).
78. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
79. 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>
80. 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>.
81. 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).
82. Definición. de. definición de métodos anticonceptivos. : [Diccionario en Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/conceptodefinicion.de/metodos-anticonceptivos/>
83. Definición. de. definición de aborto. : [Diccionario en Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/aborto/>

84. Definición. de. definición de centro de salud. : [Diccionario en Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de//centro-de-salud/>
85. 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. Pollit, E. 2002 Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
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. 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.
90. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. periférie. 2005; 149 (3): 1-16.
91. Rubio D, Vera V. Comunidad y participación social. Un debate teórico desde la cultura. Eumed [serie en internet].2012 [citada 2013 Junio 18]; 30: (18): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/20/](http://www.eumed.net/rev/cccss/20/)
92. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
93. Morera M, Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2013 Jun 17]; 24(5): 410-415. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112010000500009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112010000500009&lng=es).
94. 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 Pública. 2009; 26(2): 136-44.
95. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud [monografía en internet]. Colombia: Colciencias; 2010 [citada

2013 Jun17]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://depeconomia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>.

96. Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S. Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Oct 19]; 137(6): 753-758. Disponible en URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872009000600004&lng=.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000600004&lng=) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600004>.
97. Seclén-Palacin J. Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados Lima 2005. . [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Peruana Cayetano Heredia; 2005.
98. Ramirez T, Nájera P, Nigenda G. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención. *Rev. méd. Chile*. 2011; 112 (11): 980-983.
99. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* 2002; 2532-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>. Consultado el 19 de octubre de 2013.
100. 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.
101. 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>.
102. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
103. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
104. 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.

## ANEXOS



### 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.

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

**Dónde:**

n = Tamaño de muestra 162 adolescentes

N =Tamaño de la población= **280 adolescentes**

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = 0.5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = 0.5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0.05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

**Reemplazando:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (280)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (280-1)}$$

$$n = 162$$



## ANEXO N° 02

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

### **CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

**Elaborado por Vílchez Reyes Adriana**

#### **DATOS DE IDENTIFICACION:**

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

**Dirección.....**

#### **I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

**1. Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**2. Edad:**

- Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días ( )
- Adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días ( )

**3. Grado de Instrucción de adolescente y madre:**

**1.1 Grado de instrucción del adolescente:**

- Sin instrucción ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )
- Superior completa e incompleta ( )

**1.2 Grado de instrucción de la madre:**

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

**4. Ingreso económico familiar en nuevos soles:**

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

**5. Ocupación del jefe de familia:**

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

**II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA.**

## **6. Vivienda:**

### **6.1 Tipo:**

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

### **6.2 Tenencia:**

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

### **6.3 Material del piso:**

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

### **6.4 Material del techo:**

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

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

- Madera, estera ( )

- Adobe ( )
- Estera y adobe ( )
- Material noble ladrillo y cemento ( )

**7 Cuantas personas duermen en una habitación**

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

**8 Abastecimiento de agua:**

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

**9 Eliminación de excretas:**

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

**10 Combustible para cocinar:**

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

**11 Energía eléctrica:**

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

**12 Disposición de basura:**

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

**13 ¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?**

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

**14 ¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?**

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

**III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA.**

**15. ¿Actualmente fuma?**

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

**16. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?**

- Diario ( )
- Dos a tres veces por semana ( )
- Una vez a la semana ( )
- Una o más veces al mes ( )
- Ocasionalmente ( )
- No ingiero ( )

**17. ¿Cuántas horas duerme Ud.?**

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

**18. ¿Con qué frecuencia se baña?**

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

**19. Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina**

- Si ( )
- No ( )

**20. ¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?**

- Caminar ( )
- Deporte ( )

- Gimnasia ( )
- No realizo ( )

**21. ¿En las dos últimas semanas realizó actividad física durante más de 20 minutos?**

- Caminar ( )
- Gimnasia suave ( )
- Juegos con poco esfuerzo ( )
- Correr ( )
- Ninguno ( )

**22. ¿Ha presentado alguna conducta alimenticia de riesgo?**

- Preocupación por engordar: Si ( ) No ( )
- Come demasiado: Si ( ) No ( )
- Pérdida del control para comer: Si ( ) No ( )
- Vómitos auto inducidos: Si ( ) No ( )
- Ingestas de medicamentos: Si ( ) No ( )  
Diuréticos, laxantes, pastillas
- Restricción en la conducta: Si ( ) No ( )  
Ayuno, dietas, ejercicios

**23. En el último año ha sufrido algún daño a su salud por alguna violencia por agresión:**

- Armas de fuego ( )
- Objetos cortantes ( )
- Puñetazos, patadas, golpes ( )
- Agresión sexual ( )
- Otras agresiones o maltratos ( )
- No presente ( )

**24. Indique el lugar de la agresión o violencia:**

- Hogar ( )
- Escuela ( )
- Transporte o vía pública ( )
- Lugar de recreo o deportivo ( )

- Establecimiento comercial ( )
- Otros ( )

**25. Cuando ha tenido algún problema, ha pensado en quitarse la vida:**

- Si ( )
- No ( )

**26. Tiene relaciones sexuales:**

- Si ( )
- No ( )

**27.1 Si su respuesta es afirmativa: En su primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:**

- Condón ( )
- Pastillas, inyectable, píldora de emergencia ( )
- Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario ( )
- Ningún método

**27.2 Si es Mujer**

- Tuvo algún embarazo ( ) Si ( ) No ( )
- Tuvo algún aborto ( ) Si ( ) No ( )

**28. Cada cuanto tiempo acude a un Establecimiento de Salud:**

- Una vez al año ( )
- Dos veces en el año ( )
- Varias veces durante el año ( )
- No acudo ( )

**29. Dieta:**

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

ALIMENTOS	DIARIO	3 O MAS VECES A LA SEMANA	1 O 2 VECES A LA SEMANA	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
FRUTA					
CARNE (POLLO, RES, CERDO, ETC)					
HUEVOS					
PESCADO					
FIDEOS, ARROZ, PAPAS					
PAN, CEREALES					
VERDURAS Y HORATLIZAS					
LEGUMBRES					
EMBUTIDOS					
LACTEOS					
DULCES					
REFRESCOS CON AZUCAR					

#### IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

##### 30. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

##### 31. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ( )
- Seguridad social ( )

- Empresa para la que trabaja ( )
- Instituciones de acogida ( )
- Organizaciones de voluntariado ( )
- No recibo ( )

**32. ¿Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones?**

- El programa beca 18 ( )
- Programa nacional de alimentación escolar ( )
- Programa de Cooperación 2012 – 2016 ( )
- Comedores populares ( )
- No recibo ( )

**33. ¿En qué Institución de Salud se atendió en estos 12 últimos meses:**

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

**34. El motivo de la consulta por la que acude a un Establecimiento de Salud es:**

- Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo ( )
- Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos ( )
- Mareos, dolores o acné ( )
- Cambios en los hábitos del sueño o alimentación ( )
- Trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas ( )

**35. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:**

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

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

**36. Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

**37. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el Establecimiento de Salud ¿le pareció?**

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

**38. En general, ¿la calidad de atención que recibió fue?**

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

**39. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

- Si ( )
- No ( )

*Muchas gracias, por su colaboración.*

### **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 EN LOS ADOLESCENTES EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
  - Esencial?
  - Útil pero no esencial?
  - No necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla )
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

**Tabla**

**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adolescentes 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		
<b>Coefficiente V de Aiken total</b>			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en los adolescentes 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° 03**

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>														0,998



## ANEXOS N° 04

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

#### FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS

#### DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADOLESCENTES DEL PERÚ

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

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

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

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

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA	ADECUACIÓN (*)
---------------------------	-------------	----------------

	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
<b>DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO</b>								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								
P6.2								
Comentario:								
P6.3								
Comentario:								

P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
<b>DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA</b>									
P14									
Comentario:									

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

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

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

*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 LOS ADOLESCENTES DE  
SAN JUAN DE BIGOTE - PARTE BAJA- MORROPÓN- 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**

.....