



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” -
CARHUAZ, 2014.**

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

AUTORA:

Bach. Enf. NANCY JARAMILLO VEGA

ASESORA:

Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ

PRESIDENTE

Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

MIEMBRO

Mgtr. GLADYS MERCEDES ROBLES CÁCERES

MIEMBRO

4.1. Agradecimientos:

AGRADECIMIENTO

A mi docente cada día por su orientación, apoyo inolvidable, quien con sus enseñanzas fue esencial para llevar a cabo esta investigación, muchas gracias Dra. Vásquez Vera, Rocío Belú.

A toda la plana docente de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, quienes nos forjaron con un pensamiento crítico a través de sus enseñanzas motivaciones, consejos para ser una buena profesional y de calidad.

A los pobladores del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, por su confianza y colaboración.

NANCY

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A Dios por guiarme cada día a seguir un buen camino para que pueda cumplir mis metas y sueños.

A mis queridos Padres: Francisco y Esperanza, con mucho amor y cariño por ser ejemplo de mi vida y fuente de valor constante para llegar a la meta y obtener una carrera profesional.

Le doy gracias a mis hermanos, Nemias, Miguel, Sandy, por haberme motivado cada día para cumplir mi sueño de ser profesional de salud.

NANCY

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, 2014. Muestra conformada por 150 adultos, se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.00. Las conclusiones fueron: en los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen instrucción secundaria completa/incompleta, más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, tienen trabajo eventual, casi todos tienen ingreso económico menor de 750 soles. En los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad duermen 2 a 3 miembros/dormitorio, casa propia, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, techo de Eternit/calamina/teja, cocinan con leña/carbón, paredes de adobe, casi todos tienen baño propio, todos tienen piso de tierra, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, recogen la basura 1 vez/mes. En los determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen fruta y Carne 1 o 2 veces / semana, huevos y fideos 3 o más veces/ semana, pescado nunca, más de la mitad no consumen alcohol, caminan como actividad física los dos últimos semanas, consumen verduras a diario, otros nunca, la mayoría realiza actividad física caminar, no fuman, casi todos consumen, pan, cereales a diario, duermen 6-8 horas, todos se bañan 1 vez/semana, no se realizan examen médico periódico. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que el establecimiento de salud es muy cerca de su casa, más de la mitad no reciben apoyo social organizado, la mayoría menciona que el tiempo de espera y la calidad de atención de salud es regular, no reciben apoyo social natural, casi todos refieren atención de salud en un puesto de salud, todos no reciben apoyo social organizado, cuentan con seguro integral de salud (MINSAs), no hay pandillaje por su casa.

Palabras claves: Determinantes de Salud, Adultos.

ABSTRACT

The present study is of quantitative, descriptive type, with design of an alone cabin. His aim was to describe the determinants of the health of the adults of the Caserio de Pampamaca Sector "E" Carhuaz, 2014. The sample was shaped by 152 adults to whom the questionnaire was applied on the determinants of the health. The analysis and processing of information was by means of the Software SPSS version 20.00. It came near to the following conclusions: In the determinants bio-socioeconomic: less than the half they are young adults, with secondary studies, eventual work; more than the half of feminine sex, the majority they perceive less 750 new Suns. In the determinants of health of the physical environment: more than the half they have own, one-family housing, shared bedroom, cook with gas, arrange the garbage to opened field, eliminate in mound or clean field, the majority they have floor of land, ceiling of eternit, walls of adobe, own bath, gather the garbage 2 times per week, use candle, almost they all have water junction to domicile. In the determinants of the way of life: less than the half they walk in more than 20 minutes, diary, egg consume meat 2 to 3 times per week; more than the half consumes fruit diary, fish 1 to 2 times per week, the majority they do not smoke, sleep 6-8 hours, they bathe every two day, there consume daily bread, noodles, cereals, vegetables and vegetables, others fed 1 to 2 times per week; almost they all consume alcohol occasionally, do not realize medical examination. In the determinants of the social and community networks: more than the half they receive relatives' support, do not receive social organized support, the time of wait and the quality of attention was regular; the majority was attended in a center of health, the distance to the establishment of health is regular, does not receive social organized support, is not gangs for his house and almost they all possess insurance of health SIS (MINSA).

Keywords: Determinants of Health, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	21
III. METODOLOGÍA.....	28
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	28
3.2 Diseño de investigación.....	28
3.3 Población y Muestra.....	28
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	29
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	40
3.6 Procesamiento y Análisis de datos.....	43
3.7 Consideraciones éticas.....	44
IV. RESULTADOS.....	45
4.1 Resultados.....	45
4.2 Análisis de Resultados.....	53
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	118
5.1 Conclusiones.....	118
5.2 Recomendaciones.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
ANEXOS.....	153

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01.....	45
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 02.....	46
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 03.....	49
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 04.....	51
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.	

I. INTRODUCCIÓN

Este presente estudio se realizó con el fin de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, 2014. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

Así mismo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de literatura, Capítulo III: la Metodología, Capítulo IV: los Resultados y Capítulo V: las Conclusiones y Recomendaciones, cada uno contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuyen de una u otra manera al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos. El desarrollo de la siguiente investigación formativa empieza con la caracterización del problema:

“La organización mundial de la salud (OMS) define 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 ⁽¹⁾.”

“Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones ⁽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 actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico ⁽⁴⁾.”

“Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando

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

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

“Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. 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. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).”

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

“Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o

remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente ⁽¹⁰⁾.”

“Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles ⁽¹⁰⁾.”

“En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud ⁽¹¹⁾.”

“Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud ⁽¹²⁾.”

“El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado⁽¹³⁾.”

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

“Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus

familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas ⁽¹³⁾.”

“Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores ⁽¹³⁾.”

“Si nos enfocamos en el determinante socioeconómico, el instituto nacional de estadística e informática (INEI) en el año 2012, encontró que el 39,3% de la población se consideraba pobre, es decir, tenía un nivel de gasto insuficiente para adquirir una canasta básica de consumo (alimentos y no alimentos). De ellos, el 13,7% se encontraban en situación de pobreza extrema (gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos) y el 25,6% en situación de pobreza no extrema (gasto per cápita superior al costo de la canasta básica de alimentos e inferior al valor de la canasta básica de consumo) ⁽¹⁵⁾.”

“Así mismo, en el nivel de educación, el 55% de los pobres y el 71% de los pobres extremos mayores de 15 años, estudiaron algún año de educación y otros no tienen nivel alguno de educación, igual que, el analfabetismo es mayor en las zonas rurales de nuestra sierra peruana, con una alta incidencia en los departamentos de Apurímac (21,7%), Huancavelica (20,1%), Ayacucho (17,9%), Cajamarca (17,1%), Huánuco (16,6%), Cuzco (13,9%), Ancash (12,4%), Puno (12,2%) y Amazonas (12%). En los departamentos de Ucayali, Moquegua, Arequipa, Tacna, Tumbes, Madre de Dios,

Ica, Lima y en la provincia constitucional de Callao se dan tasas más bajas ⁽¹⁵⁾.”

“En cuanto a los estilos de vida, la organización panamericana de la salud (OPS) y la comisión nacional de lucha anti tabáquica (COLAT), revelan que, en el Perú, la prevalencia de fumadores actuales es 27%, y 40% de la población peruana se expone involuntariamente al humo del tabaco. El 3,9% de los niños entre 8 y 10 años han fumado alguna vez y 3,6% de menores de 15 años están fumando. El 90% de los fumadores ha iniciado este hábito antes de los 20 años, y un dato muy importante, en general hay más hombres que mujeres fumando ⁽¹⁶⁾.”

“En el Perú, el ministerio de salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015, realizó un diagnóstico de la seguridad/inseguridad alimentaria de Perú, donde concluyó que los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso, ocasionado por bajos niveles de ingreso, así como el uso inadecuado de alimentos por parte de la población ⁽¹⁷⁾.”

“Respecto a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad (92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana ⁽¹⁷⁾.”

“El ministerio de salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, las 339,132 afiliadas hace el 62.77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliada corresponde a las zonas urbano marginales y el 37.23% corresponde a las zonas urbanas ^(18,19).”

“Esta realidad no es ajena a los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E”– Carhuaz, 2014 que se encuentra ubicado dentro de la jurisdicción del Centro de Salud, San Miguel de Aco, Provincia de Carhuaz Departamento de Ancash, en la Sierra Sur del Perú. Este sector limita: por el este: con el Centro Poblado de Chirapucro, por el oeste: limita con el distrito de Yanama, por el norte: con el Sector de Huapra y por el sur: limita con el Centro Poblado Chopijirca, debido al sistema de vigilancia (SIVICO) con la que trabaja dicha institución de salud para una buena vigilancia de su población a cargo. Se encuentra ubicado a una altura aprox. de 3,100 m.s.n.m ⁽²⁰⁾.”

Actualmente este sector cuenta con las siguientes autoridades presidente de la comunidad que es el encargado de dirigir este sector, y su junta directiva, que son vicepresidente, secretario, tesorero, y 2 vocales, Teniente Gobernador, Supervisor, (es el que gestiona cualquier proyecto), cada uno de ellos cumplen diferentes funciones que a continuación se menciona, el Vicepresidente, (es el encargado cuando el alcalde sale de la institución queda como máximo autoridad), el Secretario, (es el

encargado de redactar el acta de toda las reuniones), Tesorero, (es el que administra el ingreso económico de dicho sector), y los 2 vocales, (se encargan de publicar para toda las reuniones), Supervisor, (el es encargado de los caminos puentes de verificar que estén bien hechas), Teniente Gobernador,(se encarga de hacer justicia cuando se presentan casos de violencia familiar, robos, entre otros), ellos son actualmente gobernantes de dicho sector.

Este sector cuenta con una institución educativa inicial primaria secundaria de nombre Fermín Carrión Matos, también existen otras instituciones como PRONOEL, (programa no estandarizado de educación inicial), que también se encargan de educar a los niños, otro programa que existe es Cuna más es un programa del gobierno que brinda atención a los niños menores de 3 años en la educación y la alimentación.

Actualmente cuentan con servicios básicos: desagüe, agua potable y electrificación, en cuanto a la utilización del agua potable lo utilizan para preparar los alimentos y lavandería, en cuanto a la recolección de basura refieren que solamente pasa el carro recolector una vez por mes; en cuanto a la luz las casas tienen sus respectivos medidores por familia pagan por los servicios eléctricos a la empresa de electrificación Hidrandina.

Esta comunidad tiene algunas Costumbres como: la fiesta patronal del Señor de los Milagros que se celebra el 16 de octubre, las principales comidas típicas, son: picante de cuy (cuy frito con papas sancochados y ají colorado, chocho, (es una legumbre más, una planta de tallos verdes de flores de color de azul), puchero, (sopa a base de col y pellejo de chanco) picante de lino, (papa sancochado con guiso de lino tostado y molido.) Entre otros.

La vestimenta que utilizan se distingue por el uso de una pollera (falda larga con bordados de colores llamativos y plisadas), Lliclla, (manta de distintos colores tela hecho a base de lana de carnero), y uso de sombrero de paja. La mayoría de las familias son evangélicos y tienen una iglesia donde asisten todos los jueves, sábados y domingos aquí se realizan actividades como: compartir la palabra de Dios, rezar y cantar.

En esta población viven actualmente 330 habitantes, de los cuales 150 son adultos que se ocupan mayormente a la agricultura y ganadería, dentro de los principales productos que cosechan son papa, chochó, alverja, trigo, olluco, quinua etc. También crían animales como ovino porcino, entre otros. Pocos adultos tienen otro tipo de ocupación como estudiantes; en el caso de las mujeres se dedican a la crianza de sus hijos y las labores del hogar.

El Puesto de Salud de San Miguel de Aco es Nivel, I - 2 que pertenece, Micro Red de Salud Marcara, Red de Salud Huaylas Sur, y a la Dirección Regional de Salud Ancash, donde se atienden el 100% de los adultos con un Seguro Integral de la Salud (SIS). Este puesto de salud cuenta con profesionales de salud como: una enfermera, médico, obstetrix, técnica en enfermería, odontólogo, cuentan con los equipos necesarios para una atención de calidad, brinda carteras o servicios; las cuales son los siguientes, Medicina general: consulta externa, adulto, adulto mayor, Obstetrix: control prenatal, Embarazo, planificación familiar, control de cáncer de cuello uterino (PAP), Enfermería: inmunizaciones (vacunas), Crecimiento y desarrollo del Niño, Cadena Frio, Odontología: profilaxis, salud bucal, extracción, curaciones, Asistencia Social, Atención de Emergencia.

Las 5 enfermedades según el Puesto de Salud más frecuentes en zona de estudio son los siguientes: Gastritis con 20% y EDAS 23%, IRAS 25%, Osteoporosis y Artritis 15%, estas son las enfermedades más comunes que se presenta en la zona de estudio en el año 2016 ⁽²⁰⁾.”

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

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.

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

Identificar los determinantes de la salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Caserío Sector “E” de Pampamaca San Miguel de Aco – Carhuaz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.

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

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos del Caserío de Pampamaca, Sector “E” – Carhuaz y reducirlos 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 es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección Regional de salud de Ancash y el municipio de la provincia de San Miguel de Aco, en el campo de la salud, así como para la población adulta del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN LITERARIA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

“Gonçalves, M. y col, ⁽¹⁴⁾, 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, ⁽¹⁴⁾, 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. y García, C. ⁽²¹⁾ en su investigación titulado: La Percepción del

Estado de Salud: una Mirada a las Regiones Desde la Encuesta de Calidad de Vida, 2003, donde concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.”

A nivel Nacional:

“Rodríguez, Q. ⁽²²⁾, en su investigación titulada: Determinantes del Desarrollo Humano en Comunidad Rural, Centro Poblado Menor Dos de Mayo – Amazonas 2011. 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.”

“Carrasco, Y. ⁽²³⁾, en su estudio titulada: Determinantes de la Salud en los Adolescentes del Asentamiento Humano Madre Teresa de Calcuta Castilla -Piura

2014. Donde concluye que: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos más de la mitad en los adolescentes son de sexo masculino, menos de la mitad de las madres tienen Secundaria Completa/Incompleta, tienen un ingreso económico familiar menor de 750.00 nuevos soles. En los determinantes de la vivienda, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, casa propia; material del piso tierra, material de techo Eternit, paredes de material noble; más de la mitad duermen en una habitación con 2-3 miembros de su familia; suelen eliminar su basura en el carro recolector. Según determinante de estilos de vida la mayoría no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual. En el determinante de redes sociales y comunitarias, más de la mitad se atendieron en un centro de salud estos 12 últimos meses; por presentar infecciones, trastornos respiratorios, la mayoría refieren que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa ⁽²³⁾.”

“Curay, J. ⁽²⁴⁾ en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en la urbanización popular Eliane Karp - Sullana, 2014. Donde concluye según los determinantes biosocioeconómicos, encontramos; que menos de la mitad son adultos jóvenes, ingreso económico es menor de 750 nuevos soles, ocupación eventual, más de la mitad son de sexo femenino, secundaria completa e incompleta. En cuanto a la vivienda: la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, cuenta con techo Eternit (calamina), eliminación de excretas letrina, utilizan gas para cocinar, botan su basura a campo abierto. Menos de la mitad se abastecen de cisternas. Todos entierran y queman la basura motivo que no pasa el carro recolector en lo que se refiere a los determinantes de estilos de vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6-8 horas, no se han realizado examen médico, más de la mitad

caminan.”

“En la actividad física. Casi todos se bañan. En cuanto a su dieta la mayoría consumen arroz diariamente. Según los Determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad no recibió apoyo social natural, apoyo organizado, atendiendo en centro de salud más de la mitad en villa primavera en los últimos 12 meses, teniendo más de la mitad seguro ESSALUD, si existe el pandillaje ⁽²⁴⁾.”

A nivel local:

“Julca, M. ⁽²⁵⁾, en su investigación titulada. Determinantes de la Salud en Madres de Escolares. Institución Educativa San Juan – Chimbote, 2014. En su investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de una sola casilla, la muestra estuvo conformada por 141 madres de los escolares, el instrumento para la recolección de datos: el cuestionario sobre los determinantes de la salud de la persona adulta, para la base de datos fueron utilizados el programa de SPSS versión 18.0. Se llegó a las siguientes conclusiones: En relación a los determinantes biosocioeconomicos, la mayoría es trabajadora eventual; más de la mitad es adulta joven, tienen grado de instrucción, secundaria completa/ incompleta, y tiene un ingreso económico de S/. 750 nuevos soles en relación a la vivienda, la mayoría tienen servicios básicos, utilizan gas.”

“Para cocinar, utilizan energía eléctrica permanente, depositan y eliminan su basura en el carro recolector. En relación a los determinantes de estilo de vida, la totalidad no se realizan examen médico; la mayoría no fuma ni ha fumado nunca, no consume bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 diarias, no realiza actividad física y consume frutas, pan, cereales y fideos diariamente. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría menciona que hay pandillaje y no reciben apoyo social

natural y organizado; más de la mitad se atendió en el puesto de salud en estos últimos meses, el tipo de seguro con el que cuentan es el SIS-MINSA ⁽²⁵⁾.”

“Ayala, J. ⁽²⁶⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. Donde llega a las siguientes conclusiones: En cuanto a los determinantes biosocioeconómicos tenemos: Menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, adultos jóvenes, en los determinantes relacionados al entorno físico tenemos, menos de la mitad comparte, un dormitorio entre 2 a 3 miembros, más de la mitad tienen vivienda con piso de tierra, techos y paredes de cemento y ladrillo, baño propio disponen y eliminan la basura en carro recolector, casi todos cuentan con vivienda unifamiliar casa propia, agua con conexión intradomiciliaria, cocinan a gas, energía eléctrica permanente, recogen la basura todas las semanas pero no diario en los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen bebidas.”

“Alcohólicas ocasionalmente, consumen carnes 3 o más veces/semana, pescado menos de 1 vez/semana y otros productos, más de la mitad se bañan 3 a 4 veces/semana, realizan deporte como actividad física, consumen frutas, fideo, pan, verduras y hortalizas diariamente, casi todos no fuman ni han fumado nunca de manera habitualmente, duermen de 6 a 8 horas diariamente en los determinantes de redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que la atención y el tiempo de espera es regular, la calidad de atención es buena, más de la mitad, reciben apoyo social natural y organizada, se atendieron en un centro de salud, cuentan con seguro (SIS) MINSA, refieren presencia de pandillaje cerca de su casa ⁽²⁶⁾.”

“Solís, B. ⁽²⁷⁾. En su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015. Donde llega a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, perciben menos de 750 nuevos soles, más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, trabajador estable. En los determinantes del entorno físico: menos de la mitad tiene habitaciones independientes, más de la mitad tiene techo de Eternit, baño propio, cocina con gas; la mayoría tiene vivienda unifamiliar, vivienda propia, piso de tierra, paredes adobe, energía eléctrica; todos tienen conexión agua domiciliaria, eliminan su basura en carro recolector, todas las semanas En los determinantes de los estilos de vida.”

“Menos de la mitad consumen fruta, huevos, pescado y fideos 3 veces/ semana y carne 1 a 2 veces/semana; más de la mitad consumen verduras diariamente, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría no fuma, se bañan 4 veces/semana, caminan por más de 20 minutos, consumen pan diariamente; casi todos duermen de 6 a 8 horas diarias. En los determinantes de la redes sociales y comunitarias: menos de la mitad reciben apoyo de sus familiares, como apoyo social organizado seguridad social, pensión 65, tienen seguro SIS-MINSA, tiempo espera muy largo; la mitad se atiende en un hospital, queda lejos de su casa; más de la mitad refieren atención regular y todos refieren que no hay pandillaje cerca de su casa.”

“Mezarina, V. ⁽²⁸⁾. en su estudio titulado: Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Chacuabamba –Pomabamba, 2013. Donde concluye: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos: menos de la mitad tienen inicial/primaria, trabajo eventual; más de la mitad son de sexo femenino, adultos

maduros, la mayoría tienen ingreso económico menor a s/750soles. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos: más de la mitad comparten una habitación, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, piso de tierra, disponen y eliminan basura en montículo o campo limpio, casi todos tienen casa propia, todos tienen techo de madera estera (teja), paredes de adobe, conexión domiciliaria de agua potable, letrinas, cocinan con leña/carbón, energía eléctrica permanente.”

“En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen frutas y panes 1 0 2 veces/semana, huevos menos de una vez/semana, fideos y verduras 3 o más veces/semana, otros alimentos menos 1 vez/semana, más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de manera habitual, duermen de 10 a 12 horas, consumen carne y pescado 1 o 2 veces/semana, la mayoría no se realizan exámenes médicos periódicos, caminan en su tiempo libre, casi todos se bañan 4 veces/semana. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: menos de la mitad refieren que es regular la distancia del lugar de atención de salud, más de la mitad consideran tiempo de espera regular, atención buena, la mayoría no reciben apoyo social natural, se atienden en hospital, y cuentan con seguro (SIS-MINSA), no reciben apoyo social organizado y no hay pandillaje cerca de su casa ⁽²⁸⁾.”

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

“El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mscck Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan

a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones ⁽²⁹⁾.”

“En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio - junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes ⁽²⁹⁾.”



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel

individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano ⁽²⁹⁾.”

“Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales ⁽²⁹⁾.”

“Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas ⁽²⁹⁾.”

“El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes

generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores ⁽²⁹⁾.”



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

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar ⁽²⁹⁾.”

a). Determinantes estructurales:

“Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios ⁽²⁹⁾.”

b). Determinantes intermediarios.

“Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar ⁽²⁹⁾.”

c). Determinantes proximales.

“Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones ⁽²⁹⁾.”

“La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud ⁽²⁹⁾.”

“Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes ⁽³⁰⁾.”

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

Comunidad: “Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las

redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.”

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

Educación: “Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.”

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

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

“Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud ⁽³¹⁾.”

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

“Cuantitativo, descriptivo ^{(32, 33).}”

3.2. Diseño de investigación

“Diseño de una sola casilla ^{(34, 35).}”

3.3. Población y Muestra

Población Muestral: La población estuvo conformado por 150 adultos de ambos sexos quienes residen en el Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, departamento de Ancash.

Unidad de análisis

Cada uno de los adultos que residen en el Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, que formaron parte de la muestra y respondieron los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que viven más de 3 a años en el Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.
- Adultos sanos.
- Adulto que acepto participar en el estudio, adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

Adulto que tuvo algún trastorno mental

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO

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 ⁽³⁶⁾.”

Definición Operacional

Escala de razón:

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (40 a 64 años)
- Adulto mayor (65 en adelante)

Sexo

Definición Conceptual.

“Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres ⁽³⁷⁾.”

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 ⁽³⁸⁾.”

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel e instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / secundaria completa
- Superior universitaria incompleta
- Superior no universitaria 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 ⁽³⁹⁾.”

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor a 750 soles
- De 750 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800

- De 1801 a mas

Ocupación

Definición Conceptual

“Actividad principal remunerativa del jefe de la familia ^{(40, 41).}”

Definición Operacional

Escala nominal

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

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO

Vivienda

Definición conceptual

“Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales ^{(42).}”

Definición operacional

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

Tenencia de vivienda

- Alquiler
- Cuidador/alojamiento
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler/ venta
- Casa propia

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Lámina asfáltica
- Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Nº de personas en un dormitorio

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

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Excremento de vaca

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Disposición de basura

- A campo abierto
- Río
- En pozo
- Se entierra, quema, carro recolector

Con que frecuencia recogen la basura

- Diariamente
- Todas las semanas, pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana
- Frecuencia de recojo de basura por su casa
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas

Suelen eliminar la basura en algún lugar

- Carro recolector
- Montículo o campo abierto
- Contenedor específico de recogida

- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

“Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas ⁽⁴³⁾”.

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica

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

Nº de horas que duerme

- (06 a 08 h)
- (08 a 10 h)
- (10 a 12 h)

Frecuencia con que se bañan

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

Realiza algún examen médico

Escala nominal

(Si) (No)

Realiza actividad física

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar
- Gimnasia Suave
- Juego con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte

- Ninguno

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

“Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación ⁽⁴⁴⁾.”

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

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 ⁽⁴⁵⁾.”

Apoyo social natural

- Familiares
- Amigos
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo

- No recibo

Apoyo social organizado

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

Apoyo de algunas organizaciones

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

“Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) ^{(46).}”

En que Institución de salud se atendió:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud

- Clínica particular
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Espero en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

- Muy buena

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

Pandillaje cerca de su casa

Escala nominal

(Si) (No)

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó un instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).

- ✓ Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.

- ✓ Los determinantes de salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo) de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.
- ✓ Los determinantes relacionados con el entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para

su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

$$(-1) / k$$

Dónde:

x: Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú ⁽⁴⁷⁾.

Confiabilidad interevaluador

Se evaluó 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 ⁽⁴⁸⁾. (Ver anexo N° 03)

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

- ✓ Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del dicho Sector, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- ✓ Se coordinó con los adultos con disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- ✓ Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto.
- ✓ Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto.
- ✓ El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info /software versión 20 en tablas simples.

3.7. Consideraciones éticas

“En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles ⁽⁴⁹⁾.”

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos, que la investigación será anónima y que la información obtenida será 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 adultos, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos de los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

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

IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados:

TABLA N° 01

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE
LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” –
CARHUAZ, 2014.**

Sexo	N	%
Masculino	62	41
Femenino	88	59
Total	150	100
Edad	N	%
Adulto joven (20 a 40 años)	61	41
Adulto maduro (40 a 64 años)	79	53
Adulto mayor (65 en adelante)	10	6
Total	150	100
Grado de instrucción	N	%
sin nivel e instrucción	42	28
Inicial/primaria	41	27
secundaria completa /incompleta	52	35
Superior universitaria	7	5
Superior no universitaria	8	5
Total	150	100
Ingreso económico	N	%
menor de 750	147	98
De 751 a 1000	3	2
De 1001 a 1400	0	0
De 1401 a 1800	0	0
De 1801 a mas	0	0
Total	150	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	27	18
Eventual	82	55
Sin Ocupación	41	27
Jubilado	0	0
Estudiante	0	0
Total	150	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Pampamarca Sector “E” – Carhuaz, Noviembre, 2014.

TABLA N° 02

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO
DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” -
CARHUAZ, 2014.**

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda unifamiliar	108	72
Vivienda Multifamiliar	42	28
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación	0	0
Otros	0	0
Total	150	100
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0
Cuidar/Alojado	60	40
Plan social(dan casa para vivir)	0	0
Alquiler / venta	0	0
Casa Propia	90	60
Total	150	100
Material del piso	N	%
Tierra	150	100
Entablado	0	0
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	0	0
Laminas asfálticas	0	0
Parquet	0	0
Total	150	100
Material del techo	N	%
Madera , estera	0	0
Adobe	0	0
Estera y adobe	0	0
Material Noble, Ladrillo, cemento	20	13
Eternit	130	87
Total	150	100

Continua...

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	138	92
Estera y adobe	0	0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	12	8
Total	150	100
Nº de Personas en dormitorio	N	%
4 a más miembros	0	0
2 a más miembros	87	58
Independiente	63	42
Total	150	100
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	0	0
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	150	100
Total	150	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	5	3
Acequia, canal	0	0
Letrina	0	0
Baño Publico	0	0
Baño Propio	145	97
Otros	0	0
Total	150	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	19	13
Leña, Carbón	131	87
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	0	0
Total	150	100

Continúa...

Tipo de alumbrado	N	%
Energía Eléctrica Permanente	150	100
Sin energía	0	0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Vela	0	0
Total	150	100
Disposición de basura	N	%
A campo Abierto	0	0
Río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	150	100
Total	150	100
Con que frecuencia recogen la basura	N	%
Diariamente	0	0
Todas las semanas pero no diariamente	0	0
Al menos 2 veces por semana	0	0
Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas	150	100
Total	150	100
Suelen eliminar la basura en algún lugar	N	%
Carro recolector	150	100
Montículo o Campo Limpio	0	0
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
Total	150	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Pampamaca Sector "E" - Carhuaz, noviembre, 2014.

TABLA N° 03

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.

Actualmente fuman los adultos	N	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	0	0
No fumo actualmente, pero he fumado antes	20	13
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	130	87
Total	150	100
Frecuencia que ingiere bebida alcohólica	N	%
Diario	0	0
Dos o tres veces por semana	0	0
Una vez a la semana	0	0
Una vez al mes	0	0
Ocasionalmente	60	40
No consumo	90	60
Total	150	100
Horas que duerme	N	%
(06 a 08 h)	148	99
(08 a 10 h)	2	1
(10 a 12 h)	0	0
Total	150	100
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	0	0
4 veces a la semana	0	0
No se Baña “1 vez/semana	150	100
Total	150	100
Se realizó algún examen medico	N	%
Si	0	0
No	150	100
Total	150	100
Realiza actividad física	N	%
Caminar	118	79
Deporte	20	13
Gimnasio	0	0
No realiza	12	8
Total	150	100

Continúa...

Actividad física las dos últimas semanas	N	%
Caminar	140	93
Gimnasia Suave	0	0
Juego con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	10	7
Ninguno	0	0
Total	150	100

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Frutas	1	6	33	22	70	47	25	16	21	14	150
Carne	2	1,3	9	6	31	20,7	63	42	45	30	150
Huevos	50	33,3	53	35,3	36	24	9	6	2	1,3	150
Pescado	2	1,3	15	10	25	17	35	23	73	49	150
Fideos	62	41	64	43	15	10	6	4	3	2	150
Pan	148	98,7	2	1,3	0	0	0	0	0	0	150
Verduras	101	67	48	32	1	1	0	0	0	0	150
Otros	30	20	20	13	40	26,6	0	0	60	40	150

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, Noviembre, 2014.

TABLA N° 04

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA
SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.**

Apoyo social natural	N	%
Familiares	130	87
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	20	13
No recibo	0	0
Total	150	100
Apoyo social Organizado	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Institución de acogida	0	0
Organización de voluntariado	0	0
No recibo	150	100
Total	150	100
Apoyo social Organizado	N	%
Pensión 65	30	20
Comedor popular	20	13
Vaso de Leche	10	7
Otros	90	60
Total	150	100
En que Institución de salud se atendió	N	%
Hospital	6	4
Centro de salud	0	0
Puesto de salud	144	96
Clínica Particular	0	0
Otros	0	0
Total	150	100

Continúa...

Distancia de lugar de atención de salud	N	%
Muy cerca de su casa	45	30
Regular	30	20
Lejos	25	17
Muy lejos de su casa	25	17
No sabe	25	16
Total	150	100
tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0
SIS-MINSA	150	100
Sanidad	0	0
Otros	0	0
Total	150	100
Que tiempo esperó para que lo atendieran	N	%
Muy largo	0	0
Largo	15	10
Regular	115	77
Corto	0	0
Muy corto	0	0
No sabe	20	13
Total	150	100
calidad de Atención que recibió	N	%
Muy buena	0	0
Buena	35	23
Regular	115	77
Mala	0	0
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
Total	150	100
Pandillaje cerca de la vivienda	N	%
Si	0	0
No	150	100
Total	150	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, noviembre, 2014.

4.2. Resultados:

TABLA N° 01

En cuanto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, 2014. En los factores biosocioeconómicos se observa 59 % (88) de la población encuestada son de sexo femenino ,53% (79) son adultos maduros, 35% (52) tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta, 98% (147) perciben un ingreso económico menor a 750 soles, 55% (82) tienen ocupación eventual.

“Los resultados de la presente investigación guardan relación con lo obtenido por Gonzales, S. (50), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos. Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote – 2014. Donde reporta que 100% (207), son de sexo femenino, 64,3% (133), son adultos maduros, 69,6% (144) tienen grado de instrucción secundaria incompleta/completa, 91,3% (189), tienen ingreso económico menor de S/ 750. soles, 100% (207) tienen ocupación eventual.”

“También se asemeja con lo encontrado por Vásquez, B. ⁽⁵¹⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto. Asentamiento Humano Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote-2014. Donde menciona que 57,3% (86), son de sexo femenino, el 55,3% (83) adultos maduros, 42% (63), tienen grado de instrucción secundaria incompleta/completa, 48,7% (73), tienen un ingreso económico menor 750.00 nuevos soles, 28,7% (43), tienen ocupación eventual.”

Este resultado se aproxima al encontrado por Hipólito, R. ⁽⁵²⁾, en su estudio

titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros –Nuevo Chimbote, 2015. Donde reporta: 67% (67) son de sexo femenino y el 33% (33) adultos maduros, 49% (49) tienen un grado de instrucción secundaria incompleta/completa, 65% (65), tiene un ingreso menor de 750 soles mensual, 65% (65), tienen ocupación eventual.

“Un estudio que difiere es el obtenido por Benites, F. ⁽⁵³⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud del Adulto Joven del Asentamiento Humano el Porvenir Zona a Chimbote, 2014. Donde reporta que el 54,1% (149) son de sexo masculino, el 62,2% (102) son adultos jóvenes, 69,8% (192) tienen el grado de instrucción inicial/ primaria, 53,9 (148) tiene un ingreso económico de 1000,00 soles, y el 68% (187) son jubilados.”

“Del mismo modo los resultados que difieren es lo obtenido por Castro, A. ⁽⁵⁴⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Escolares. Asentamiento Humano Prolongación Francisco Bolognesi, Coishco, 2014. Donde menciona que el 58,7% (47) son de sexo masculino, en cuanto a la edad 58,7% (47) son niños de 5 a 8 años, 65% (52) tienen inicial/ primaria, el 90% (72) tienen un ingreso económico de 1000.00, en la ocupación del jefe de familia, 83,8% (67) son estudiantes.”

“Así mismo los resultados difieren es lo obtenido por, Alvarado, Y. ⁽⁵⁵⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja – Chimbote, 2014. Donde menciona que el 51,7% son de sexo masculino, así mismo el 55,83% tienen grado de instrucción de inicial/primaria, de igual modo el 57,5% tienen ingreso económico es de 751 a 1000 nuevos soles, así

mismo el 42,5% son jubilados.”

“Según, Salas, M. El sexo es definido aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre y la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales. El sexo humano, implica comportamientos instintivos que están estrechamente asociados a procesos biológicos que se dan en los cuerpos, es decir, se manifiestan en ellos ⁽⁵⁶⁾.”

“Según Camino, J. ⁽⁵⁷⁾, el sexo también es todo aquello que está involucrado con los genitales y está muy relacionado con la reproducción humana. Una gran mayoría suelen confundir sexo-genital con sexualidad. La genitalidad es un aspecto orgánico del sexo, se trata de la condición humana que nos distingue como hombres y mujeres, desde el punto de vista heterogéneros, es decir el conjunto de órganos sexuales masculinos o femeninos.”

“Según Camino, J. de otra manera el sexo se define como un proceso de combinación y rasgos genéticos a menudo dando por resultados la especialización de organismos en variedades femeninas y masculinas. La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos para formar hijos que heredan rasgos de ambos padres, los gametos pueden ser idénticos en forma y función (isogametos), pero en algunos casos han evolucionado hacia una asimetría de tal manera que hay dos tipos de gametos específicos por sexo (heterogéneos), los gametos masculinos y gametos femeninos ⁽⁵⁷⁾.”

“Maguiña. H. La edad, proveniente de la palabra latín, tiene varios significados, pero todos ellos relacionados con una medida de tiempo que ayuda a la comprensión y a la organización. Cuando hablamos de la edad de las personas, estamos hablando de la

cantidad de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la misma, hasta el presente; La edad de las personas se mide en años (o en meses en el caso de los bebés), cada uno de ellos de 12 meses o 365 días ⁽⁵⁸⁾.”

“Maguiña, H. De igual manera se define la edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia. Así hablamos de época de oro o dorada como la de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades ⁽⁵⁸⁾.”

“Según. Maguiña, H. Así mismo la edad es expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento como la edad de un lactante que se expresen en horas días o meses y la edad de un niño que se expresen en años. Es la que corresponde con el estado funcional de nuestros órganos, comparados con patrones estándares para una edad ⁽⁵⁸⁾.”

“Según. Rodríguez, F. La etapa del adulto maduro comienza alrededor de los 40 años y concluye cerca de los 64, cuya característica principal, En esta etapa de la vida el individuo normal alcanza la plenitud su evolución biológica y psíquica. Su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros. El individuo maduro se distingue por el control que logra de su vida emocional, que le permite afrontar los problemas de la vida con mayor seguridad serenidad que en las etapas anteriores. ⁽⁵⁹⁾.”

“Según. Carranza. H. El grado de Instrucción es un término con origen en el latín

instructivo que hace referencia a la acción de instruir (enseñar, adoctrinar, comunicar conocimientos, dar a conocer el estado de algo). La instrucción es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo ⁽⁶⁰⁾.”

“Según. Carranza, H. También el grado instrucción se define como la formación o de la educación en general. En este sentido, el concepto es muy amplio y abarca cualquier tipo de enseñanza que se lleve a cabo en distintos ámbitos. Las instrucciones también pueden ser el conjunto de las reglas o advertencias para un fin. Los reglamentos de los juegos y el procedimiento para hacer funcionar una máquina se conocen como instrucciones ⁽⁶⁰⁾.”

“Carranza, H. El grado de instrucción es definido a cada uno de las secciones en que los alumnos se agrupan según su edad o según el nivel educativo que han alcanzado, el título obtenido al aprobar algunos niveles de estudio de la enseñanza media o superior, el nombre que recibe cada una de las etapas por la que pasa el alumno antes de dominar la materia estudiada, desde la más simple hasta la más compleja ⁽⁶⁰⁾.”

“Según. Matos, G. La educación secundaria es uno de los pilares de la educación formal junto con sus antecesoras: la educación infantil y primaria, y la que le continúa, la educación universitaria o superior, es decir, la secundaria debe aportarle al alumno conocimientos generales y básicos que, por supuesto estarán más adelantados en función de los contenidos primarios, y claro, abarcarán otras temáticas más complejas que en la edad de primaria se hacen difíciles de asimilar ⁽⁶¹⁾.”

“Chávez, G. El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás ⁽⁶²⁾.”

“Chávez, G. También se define como entradas por pagos no recuperables y no de pago, con contraprestación y sin ella; excepto las entradas no obligatorias, no recuperables y no de pago, sin contraprestación recibidas de Gobiernos nacionales o extranjeros e instituciones internacionales. El Ingreso aparece neto de reintegros y otras transacciones de ajuste ⁽⁶²⁾.”

“Calixto, J. Menciona del mismo modo el ingreso económico es definida ,el ingreso total de la empresa de un determinado período de tiempo se obtiene multiplicando la cantidad de producto vendida por su precio, en el caso de la producción simple, y sumando los ingresos producidos por los diferentes productos, en el caso de la producción conjunta o compuesta. Aunque los clientes que compraron la mercancía no hayan pagado, porque la venta ha sido efectuada a crédito, el ingreso ya ha sido devengado y se computa o contabiliza del mismo modo que si la venta hubiera sido efectuada al contado ⁽⁶³⁾.”

“Jaramillo, Y. La ocupación es definida como el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) 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 ⁽⁶⁴⁾.”

“Según, Reyes, M ⁽⁶⁵⁾, define la ocupación como aquella faceta del empeño humano

que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social. La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano.”

“Reyes, M. También define la ocupación como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo ⁽⁶⁵⁾.”

“Reyes, M. En muchas ocasiones, el personal que ingresa como temporario es contratado por la empresa cliente en forma efectiva, sin representar costos adicionales para el cliente. Los trabajadores eventuales, como mencionamos anteriormente, son considerados empleados de la empresa de servicios eventuales con la que media un contrato de trabajo por tiempo indeterminado ⁽⁶⁵⁾.”

Con respecto a los resultados obtenidos en la población en estudio la mayoría son de sexo femenino esto se puede explicar desde el punto de vista genético en la cual la población femenina es mayoritaria a nivel nacional y mundial pues las posibilidades de tener una hija se muestran con mayor porcentaje, que las de tener un hijo varón. Esto se sustenta en lo siguiente.

“Según, G. Se sabe que el cromosoma x contiene genes necesarios para la vida y el cromosoma y es mucho más pequeño y está formado casi completamente por heterocromatina constitutiva (lo que significa que es ADN casi no se menciona) por lo tanto los espermatozoides actúan más tiempo en cromosoma x permanecen más tiempo, pero son lentos y lo cromosomas y son más rápidos de esto proviene el sexo femenino ⁽⁶⁶⁾.”

También se puede mencionar la permanencia conyugal de muchas mujeres al lado de sus esposos en esta zona, ya que muchas de ellas han tenido como pareja personas de otros lugares, que al pasar del tiempo los abandonaron por diferentes motivos por cual encontramos más mujeres, también podemos mencionar que encontramos más mujeres viudas debido a que sus esposos fallecieron por diferentes causas tales como como accidente de tránsito por una enfermedad.

“De la misma manera al realizar una comparación según los datos Estadísticos de puesto de salud de san miguel Aco del año 2014 hasta el año 2016 en nacimiento de población de los recién nacidos vivos en cuanto al sexo femenino se muestra con un 92% en comparación de recién nacidos de sexo masculino se evidencia 78 % debido que las posibilidades de tener una hija mujer se muestra con mayor en zona de estudio por el cual se muestra más nacimiento de mujeres que varones ⁽²⁰⁾.”

“Del mismo modo al realizar una comparación según estadísticas el género de acuerdo al área de residencia en el año 2015, la composición de la población joven en el área rural del país es equitativa entre hombres (49,8%) y mujeres (50,2%). En cambio, en el área urbana, esta relación es desigual, observándose un mayor porcentaje de mujeres (53,3%) que hombres (49,7%). Asimismo, en algunas ciudades

como Lima, hay más mujeres que varones según la información difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), da cuenta de que las primeras llegan a 4'432.892 y los segundos a 4'184.422. En tanto, representando el 27,4%. Pero esta realidad según el resultado de la encuesta realizada a nivel nacional por el (INEI), difiere ya que 15 millones 438 mil 887 son hombres y 15 millones 375 mil 288 son mujeres. Esta estadística nos indica que en la zona rural encontramos un gran porcentaje significativo de mujeres que hombres ⁽⁶⁷⁾.”

Con respecto a la edad menos de la mitad son adultos maduros en comparación de los adultos jóvenes, estos últimos por razones de estudio tienen que trasladarse a otras ciudades que puedan satisfacer sus necesidades de estudios y superación, con ello buscando mejores oportunidades con la finalidad de cambiar o mejorar su estatus de vida, mientras que los padres se quedan trabajando en la misma zona. Para solventar los gastos de su familia y la de los jóvenes que estudian fueran del lugar. También se puede detallar que muchas de las personas adultas maduras de esta época continúan viviendo en el mismo sector después de terminar solo el colegio a diferencia de los hijos quienes actualmente migran por estudio.

“Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el trimestre del mes de abril-mayo-junio de año de 2015 con respecto a la encuesta aplicada a las regiones del país, se puede observar que en el año 2015 alrededor del 56,5% de la población era menor de 18 años, porcentaje que ha venido disminuyendo con respecto a los censos anteriores. Que en la actualidad las personas entre 15 a 64 años representa el 46,1% y las personas mayores de 64 años, el 20,5% ⁽⁶⁸⁾.”

Menos de la mitad de los adultos tienen secundaria completa/incompleta, ya que

muchos no tuvieron interés por el estudio, dedicados a la agricultura y ganadería, si nos retrocedemos unos 20 años atrás nos damos cuenta que los productos de siembra tenían un valor considerable, inclusive el costo para su producción de un determinado alimento era menor a comparación de hoy, que permitía tener un ingreso regular que satisfacía la canasta familiar.

Así mismo la crianza de animales pequeños era menos costosa que de alguna forma influyó que los adultos no tomen mucho interés en la educación, también cabe mencionar el desconocimiento de la importancia del estudio de los padres de esa época que no tomaban en cuenta la educación como algo indispensable para la vida, como se observa aun todavía en muchos pobladores de nuestra zona andina de nuestro país. Sumado a este podemos mencionar el poco acceso a las instituciones educativas, universidades de esa época, que no les permitió concluir con sus estudios secundarios, que en su defecto trajo como consecuencia la formación de familias a temprana edad y por ende las responsabilidades y obligaciones para con ellos.

“Al realizar una comparación con los datos estadísticos obtenidos por el INEI el 88% de los y las adolescentes de 12 a 18 años asistió a la educación secundaria, quedando fuera de la escuela más de 500 mil adolescentes en edad de cursar la secundaria. A nivel nacional, la brecha de género se ha cerrado por completo entre los años 2014 y 2015. No obstante, las brechas por área de residencia, pobreza y lengua materna siguen presentes ⁽⁶⁹⁾.”

El ingreso económico que perciben es menor a 750 soles al mes, pues la mayoría no cuentan con un trabajo estable lo cual los obliga a realizar trabajos eventuales y de esa manera sostener la canasta familiar, muchos de los adultos llegan percibir

mensualmente 450, 500, 600 soles algunos meses más o menos dependiendo del tipo de trabajo desarrollado o ventas de algún producto o animal en su costo más elevado como se da en el mercado o fechas exclusivos(navidad, 28 julio fiestas patronales, etc.) que son divididos minuciosamente para todo los gastos de la casa, para los estudios de los hijos, las compras de la semana de los productos de alimentación, inclusive en algunos casos cuando no alcanza el ingreso para el mes ven la forma de suplir esa necesidades, si se trata de dinero a veces se prestan de los vecinos si es alimentos consumen los productos de la zona. También cabe mencionar que algunos hijos apoyan en cuanto al ingreso económico familiar trabajando en sus horas libres, así como por ejemplo en (pollerías, chifas, etc.) que de alguna manera les permite solventar algunos gastos de la casa.

“Según Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI) realiza un informe del total de los ingresos que percibieron los hogares en el año 2015 (800) soles el ingreso por trabajo constituye la fuente principal representando el 84,8% del total de los ingresos, mientras que el 23,9% correspondió a transferencias, 16,6% a rentas de la propiedad, 34,1% del total de los ingresos, de manera desagregada se tiene que el 14,2% correspondió a la imputación de los ingresos por vivienda propia; el 22,4% a ingresos por donaciones públicas y el 19,7%, a ingresos por donaciones privadas ⁽⁷⁰⁾.”

Con respecto a la ocupación podemos decir que los adultos de la población en estudio tienen muchos oficios como por ejemplo de albañilería, fabricación y venta textilera, (polleras y medias de lana), el sembrío de productos de la zona, la crianza de animales pequeños (cuyes gallinas, ovejas etc.) que les sirve tanto para el consumo y venta, de esa manera logran satisfacer sus necesidades principales y

solventación de algunos gastos de la casa. Así mismo podemos recalcar que la mayoría de las adultas solo se dedican a los quehaceres de la casa, crianza y cuidado de los hijos y los adultos son los que realizan los trabajos forzados como se observa en las zonas rurales de nuestra región.

“Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el trimestre abril-mayo-junio de 2015, la Población Ocupada de 40 y más años de edad en el área urbana es de 1 millón 95 mil 700 personas, cifra que representó un incremento de 10,1 puntos porcentuales, en comparación con el trimestre abril-mayo-junio de 2013 (994 mil 800 personas). De este total, el 54,8%, se desempeñó como trabajador independiente y representó un crecimiento de 2,0 puntos porcentuales, con respecto a igual trimestre de 2013. Le siguió el 16,0%, que es empleado, el 12,7% obrero, el 7,8% empleador o patrono ⁽⁷⁰⁾.”

De lo expuesto se puede concluir que los determinantes biosocioeconómicos observados en la población en estudio, son un conjunto de variables de suma importancia que tienen las personas, que si están alteradas los vuelve vulnerables para poder adquirir algún tipo de enfermedad, sea de índole físico o emocional pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en el estilo de vida y salud de las personas por ejemplo los adultos que tiene una ocupación eventual y por ende un ingreso económico bajo sus hijos tienen menor posibilidad de superación, una enfermedad grave que cuesta grandes sumas de dinero para su curación no lo pueden pagar. Además, el desconocimiento de algunos temas predispone a creer lo que como tradición han escuchado o en tal caso vivir profundamente en el atraso con creencias antiguas negativas que definitivamente repercute en las vivencias de las familias.

TABLA N° 02

Se evidencia la distribución porcentual de los determinantes de la salud relacionados al entorno físico de las personas adultas participantes en la presente investigación que residen en el Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, 2014. Se observa que el 72% (108) de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, 60% (90), tienen casa propia, 100% (150) tienen el material piso de tierra, 87% (130) material de techo Eternit “calamina teja”, 92% (138) tienen material de las paredes de adobe, 58% (87), duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, 100% (150), tienen conexión de agua domiciliaria, 97% (145), cuenta con baño propio, 87% (131) cocinan con leña, carbón, 100% (150) cuentan con energía eléctrica permanente, 100% (150) disponen la basura en carro recolector, 100% (150) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas, 100% (150), suelen eliminar la basura en carro recolector .

“Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por Durand, G. ⁽⁷¹⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado San Francisco de Chocan – Querecotillo – Sullana, 2014. Donde reporta en cuanto a los Determinantes relacionados con el entorno físico con un, 70, 6% tienen vivienda unifamiliar, 93, 5% casa propia, 59,9% piso de tierra, 99,6% techo de adobe, 57,2% paredes de adobe, 75,5% ocupan una habitación 2 a 3 más miembros, 100% tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% cuentan con baño propio, 61,8% cocinan con leña, 100% tienen energía eléctrica permanente, en cuanto a la disposición de basura el 100% (173) eliminan en carro recolector, 67,9% indican que el carro recolector pasa diariamente, 100% suelen eliminar la basura en el carro recolector”.

“Otra investigación que guarda relación con la presente investigación es el encontrado por Vásquez, B. ⁽⁷²⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Asentamiento Humano Nueva Esperanza - Nuevo Chimbote, 2014. Donde reporta , el 54% (81), tienen vivienda unifamiliar, 93,3% (140), casa propia, 51,4% (77) piso de tierra, 65,3% (98) techo de Eternit, 56% (84) paredes de adobe, 48% (72), comparten 2 a 3 miembros/ dormitorio, el 66,7% (100) tienen agua de conexión domiciliaria, 90,4% (141) tienen baño propio, 88% (132) cocinan a leña, 100% (135) tienen energía eléctrica permanente, 53,3% (80) eliminan la basura a campo abierto, y el 69,3% (104) refieren que el carro recolector pasa todas las semanas, pero no diariamente, finalmente el 64,7% (97) suelen eliminar la basura en un montículo a campo limpio”.

“Así mismo los resultados de la presente investigación se asemejan a lo obtenido por Pintado, H. ⁽⁷³⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado la Golondrina – Marcavelica – Sullana, 2014. Donde reporta, 82,7% tienen vivienda unifamiliar, 89,1% vivienda propia, el 67,4%, piso de tierra, y el 100%, techo de Eternit, 59,6% la mayoría de las viviendas tienen sus paredes de adobe. En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 61,3% la utilizan de 2 a 3 miembros, 79,6% conexión de agua domiciliaria, 74,5% cuenta con baño propio; 62,3%, cocinan con leña y carbón, 94,9% cuenta con energía eléctrica permanente, 96,9% elimina su basura en carro recolector, 100,00% recogen 1 vez por mes, 94,9% elimina su basura en montículos o campo limpio.”

“En este estudio algunas variables difieren con el resultado encontrado por Gutiérrez, B. ⁽⁷⁴⁾ en su estudio titulado: La Vivienda Social Como Respuesta a Una Mejor

Calidad de Vida la Paz Bolivia, 2014. Donde concluyó que el 50% de familias tienen vivienda multifamiliar, el 71,5% cuentan con casa propia, 38,6%, en las viviendas urbanas el material predominante en paredes cementos, 63,8 material de piso es de cemento, loseta, 80% tienen el material de techo de Eternit, 80% menciona compartir el dormitorio entre 3 a 4 personas, 80% menciona contar con agua potable, el 100% cuentan con baño propio, el 75% suelen utilizar el gas , el 18% refieren recoger la basura en sus casas, el 98% utilizan como medio alumbrado permanente, el 83,3% suele eliminar su basura en vertido en fregadero o desagüe.”

“Del mismo modo en este estudio algunas variables difieren con los resultados encontrados por Villar, L. ⁽⁷⁵⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Niños Menores de tres Años con Riesgos Nutricionales. Puesto de Salud Florida - Chimbote, 2014. Donde reporta en el tipo de vivienda el 55,3% (56) tienen un tipo de vivienda multifamiliar, 42,9% (45) tienen casa alquilada, 70,5% (74) piso loseta, 89,5% (170) material de techo ladrillo y cemento, el 89,5% (170) paredes de material noble, ladrillo y cemento, 69,9% (66) número de personas que duermen en una habitación es 4 a 5 miembros, en cuanto saneamiento ambiental el 100% (190) tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% (190) tienen letrina, 90% (104) cocinan con gas, 99% (102) tiene energía eléctrica permanente, en cuanto a la disposición de la basura el 98,1% (103) eliminan en carro recolector, 45,7% (78) el carro recolector pasa todos los días, 98% (103) suele eliminar su basura en vertido en fregadero o desagüe.”

“Del mismo modo algunas variables difieren en la presente investigación realizada por Arbildo, M. ⁽⁷⁶⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en

Adolescentes de la Institución Educativa “Fe y Alegría 14” “Nuevo Chimbote, 2014. Donde reporta, 68% (168) tiene viviendas multifamiliar, 90,7% (224) tienen casa alquilada, 70% (173) piso cemento, 71,7% (177) techo de material noble, 84,2% (108) paredes de ladrillo, 60,3% (149) duermen en una habitación independiente, 59,9% (148) tiene agua de conexión domiciliaria, 91,1% (225) tienen baño propio, 97,2% (240) tienen gas, electricidad, 69,2% (171) tienen energía eléctrica permanente, 80,2% (198) entierra, quema o en el carro recolector, 44,6% (110) pasa toda las semanas pero no diariamente, 88,3% (218) en el carro recolector.”

“Según Julca, A. La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas. Las viviendas pueden clasificarse teniendo en cuenta distintos criterios, algunos de ellos son: vivienda unifamiliar, multifamiliar, barracas ⁽⁷⁷⁾.”

“Según, Franci, J. ⁽⁷⁸⁾. define la vivienda unifamiliar es aquella vivienda en la que habita una familia por lo general de uno o más pisos esta también puede ser una residencia habitual permanente o temporal, para una sola familia, estas se las puede encontrar en conjuntos residenciales o en barrios normales.”

“Según, Pinedo, T. Una Vivienda también es definida como la vivienda para los seres humanos es un edificio que cumple la función de albergarlos, siendo una propiedad privada obtenida generalmente por medio del dinero, o de la herencia. La vivienda está constituida por habitaciones para los miembros de la familia donde pueden

descansar, y otras habitaciones adaptadas a las necesidades cotidianas. En un sentido más amplio, la vivienda es para todo ser vivo, el lugar donde vive y se refugia de los peligros de su entorno ⁽⁷⁹⁾.”

“Según. Moreno. J. La tenencia de una vivienda La tenencia de vivienda propia constituye, en muchos casos, una de las razones por la que la población desplazada retorna a sus lugares de origen, al constituir un elemento que posibilita la reintegración definitiva de los retornantes ⁽⁸⁰⁾.”

“Guzmán, Y. Así mismo la tenencia es el sinónimo de pertenencia que es un elemento natural o artificial, que sirve para que los seres humanos hallen refugio y abrigo ante las inclemencias naturales. Así, es vivienda desde la cueva de un oso o del hombre prehistórico, hasta los grandes y suntuosos edificios humanos modernos. Tradicionalmente, en el mundo rural eran los propios usuarios los responsables de construir su vivienda, según sus propias necesidades y usos a partir de los modelos habituales de su entorno; por el contrario, en las ciudades, era más habitual que las viviendas fueran construidas por artesanos y/o arquitectos especializados ⁽⁸¹⁾.”

“Según. Pinedo, A. ⁽⁸²⁾ la tenencia propia es la vivienda ocupada por el dueño de la edificación y del terreno, o sólo de la edificación. La vivienda construida con recursos propios, las construidas mediante préstamos hipotecarios ya cancelados o las adquiridas a través de otros medios se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar.”

“Guzmán, L. El piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de

construcción, son elementos de terminación o acabado, utilizados en las construcciones, cuya superficie externa está sometida a la abrasión o desgaste, causado por el rozamiento de cuerpos móviles sobre esta, o al efecto erosivo de cualquier otro agente externo ⁽⁸³⁾.”

“Hinostroza, K. Los materiales del piso suelen agruparse en tres categorías: a) tierra; b) cemento o firme) madera, mosaico u otro material de recubrimiento. La categoría de piso se considera como no durable mientras que los dos restantes se consideran durables. Por lo general, cuando una vivienda cuenta con piso de tierra, además de los riesgos sanitarios principalmente en los niños, nos indica sobre las condiciones socioeconómicas de sus habitantes, que por lo regular son bajas ⁽⁸⁴⁾.”

“Chavarría, P. Los Pisos de tierra son muy comunes en los países en vías de desarrollo, especialmente en viviendas rurales: la capa vegetal (con materia orgánica) es removida y sustituida por suelo inorgánico (arcilla, arena, grava) bien compactado. Capas de arcilla mezclada con estiércol logran cierta estabilización de la superficie, pero tienen que ser renovadas periódicamente, para ser efectivas ⁽⁸⁵⁾.”

“Según. Vega, V. El techo de adobe es definido como: adobes primitivos que tomaron la forma de bolas de arcilla agrupadas alrededor de cerros pequeños o montículos, los que sirvieron de base para construcciones ligeras. El adobe es aplicado en dos formas manuales y con máquina de presión comúnmente utilizada en la aplicación del hormigón en la construcción de muros de piscinas, casas ⁽⁸⁶⁾.”

“Beramendi, P. El techo de ladrillo es el material de construcción más antiguo fabricado por el hombre. Los primeros ladrillos se fabricaron en Oriente Medio hace

más de 6000 años utilizándose un método primitivo, todavía vigente en cabañas de adobe de África y centro y sur de América ⁽⁸⁷⁾.”

“Vera, R. El Eternit es un sistema de fachadas livianas, a base de tablas de fibrocemento con textura de madera y ensamble en los cuatro bordes de cada pieza, que ha tenido gran aceptación porque maneja una avanzada e innovadora tecnología resistente al fuego y la humedad, desarrollada ⁽⁸⁸⁾.”

“Capillo, H. Material de paredes de adobe es uno de los materiales de construcción más viejos todavía en uso. Es un material de construcción de bajo costo y de fácil accesibilidad ya que es elaborado por comunidades locales. Las estructuras de adobe son generalmente autoconstruidas, porque la técnica constructiva tradicional es simple y no requiere consumo adicional de energía. Los bloques se adhieren entre sí con barro para levantar los muros de fachada o particiones interiores de una vivienda. Es usual en regiones semidesérticas de África, América Central y del sur ⁽⁸⁹⁾.”

“Según. Chávez, J. Material de paredes de madera, se les llama propiamente enchapes. Consisten en láminas de madera de 2 mm de grosor, pueden tener diferentes diseños y son trabajados en maderas como la caoba, el cedro, pumaqui, nogal, diablo fuerte eishpingo. Se pueden conseguir con veta o sin ella ⁽⁹⁰⁾.”

“Mautino, N. Define los ladrillos son utilizados como elemento para la construcción desde hace unos 11.000 años. Los primeros en utilizarlos fueron los agricultores del neolítico pre cerámico del Levante hacia 9500 a. c., ya que en las áreas donde levantaron sus ciudades apenas existía la madera y la piedra. Los sumerios y babilonios secaban sus ladrillos al sol; sin embargo, para reforzar sus muros y

murallas, en las partes externas, los recubrían con ladrillos cocidos, por ser estos más resistentes. En ocasiones también los cubrían con esmaltes para conseguir efectos decorativos. Las dimensiones de los ladrillos fueron cambiando en el tiempo y según la zona en la que se utilizaron ⁽⁹¹⁾.”

“Ibáñez, E. Define dormitorio es el nombre de la habitación (pieza o cuarto) usada, sobre todo, para el sueño o el descanso. Sin embargo, también puede utilizarse para otras actividades (leer, ver la televisión, vestirse, etc.). En diferentes culturas, los espacios usados principalmente para otras actividades durante el día se convierten en dormitorios durante la noche; mientras que en otras existen dormitorios específicos, que constituyen una parte importante de la casa, hogar o vivienda ⁽⁹²⁾.”

“Carrasco, B. El dormitorio también es definido espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. Debido a esto, cada persona decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales ⁽⁹³⁾.”

“Emiliano, L. Define el número de personas que ocupan una habitación depende de la cantidad de familias que llevan y el número de habitaciones lo ideal sería un máximo de tres personas y estos deben ser ambientes cerrados libres de corrientes de aire que no existan humedad para evitar enfermedades, pero tampoco este debe de ser demasiado cerrado ya que es importante dejar una pequeña abertura para la oxigenación ⁽⁹⁴⁾.”

“Rodríguez, R. Conexión de agua domiciliaria, la cantidad de agua que se provee y que se usa en las viviendas es un aspecto importante de los servicios de abastecimiento de agua domiciliaria que influye en la higiene y, por lo tanto, en la salud pública. Hasta la fecha, la OMS no ha proporcionado datos sobre la cantidad de agua domiciliaria que se requiere para promover una buena salud ⁽⁹⁵⁾”.

“Salinas, Y. Define el abastecimiento de agua acequia .la palabra acequia reconoce su origen en el idioma árabe, derivado de sāqiyah, y se refiere a un sistema de irrigación de agua, realizado a través de un canal o zanja, sin contener obras de mampostería. Son útiles en zonas secas, para poder cultivarlas, desviando el agua de sus cauces naturales y llevándolas a donde se las requiera ⁽⁹⁶⁾.”

“Retuerto, V. Red pública se conoce como red de abastecimiento de agua potable al sistema que permite que llegue el agua desde el lugar de captación al punto de consumo en condiciones correctas, tanto en calidad como en cantidad. Este sistema se puede clasificar por la fuente del agua en: agua de mar, agua superficial; esta procede de lagos o ríos, agua de lluvia almacenada, agua subterránea y las aguas procedentes de manantiales naturales ⁽⁹⁷⁾.”

“Moreno, A. 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. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario, en cualquier tipo de clima ⁽⁹⁸⁾.”

“Diestra, J. La letrina o retrete es un espacio destinado a defecar. La correcta disposición de las excretas es fundamental para preservar la salud de las comunidades rurales y urbanas. Mientras en las ciudades la solución ideal es la recolección de las aguas negras o servidas por medio de una red de alcantarillado y el posterior tratamiento en plantas de tratamiento de aguas servidas, en las áreas rurales, con poca densidad de población, la solución técnica y económicamente más viable es la letrina ⁽⁹⁹⁾”.

“Giraldo, A. El baño, también denominado por algunos como cuarto de baño, es aquella habitación que podemos encontrar tanto en las casas destinadas a vivienda, como en las oficinas, instituciones, entre otras y está destinada para que por un lado las personas concreten su aseo personal y realizar sus necesidades fisiológicas ⁽¹⁰⁰⁾”.

“Vásquez, T. Menciona que llamamos combustible a cualquier sustancia tiene la capacidad de arder en presencia de un comburente (oxígeno en la mayoría de los casos) mediante la aplicación de una energía de activación, que puede ser una chispa. El combustible libera parte de su energía en forma de calor cuando arde, al mismo tiempo que cambia su estructura química, debido al proceso de combustión ⁽¹⁰¹⁾”.

“Díaz, R. Define leña y carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad. La madera se utiliza igualmente para calentar el agua, aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico ⁽¹⁰²⁾”.

“Quito, K. El gas natural es una mezcla de gases compuesta principalmente por metano. Se trata de un gas combustible que proviene de formaciones geológicas, por

lo que constituye una fuente de energía no renovable Además de metano, el gas natural puede contener dióxido de carbono, etano, propano, butano y nitrógeno, entre otros gases. Estos componentes hacen que el uso del gas natural sea contaminante (103).”

“Julca, C. La energía eléctrica es la forma de energía que resultará de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, situación que permitirá establecer una corriente eléctrica entre ambos puntos si se los coloca en contacto por intermedio de un conductor eléctrico para obtener el trabajo mencionado (104).”

“Ortiz, L. Define la lámpara es el elemento, el aparato más popular y usado a la hora de suministrar luz a un espacio o sector dado de: nuestra casa, de una oficina, de un establecimiento comercial, de un espacio público, entre otros lugares. Al mismo tiempo, la lámpara, es soporte de la bombita de luz que ilumina y es la que facilita la conexión con la red eléctrica (105).”

“Ortiz, L. Energía eléctrica permanente es un sistema que dura permanente, supone un gran avance en la tecnología de abastecimiento eléctrico, permitiendo que cualquier vivienda pueda tener una energía eléctrica permanente y propia que le permita disponer de la energía necesaria en cada momento para su consumo propio. El sistema se compone de diversos dispositivos de generación eléctrica, establecimiento de red interna, inyección directa a la red eléctrica doméstica y acumulación (106).”

“Jaramillo, D. Define que el Grupo electrógeno es un conjunto de máquinas rotativas, eléctricas y de combustión, acopladas mediante un eje mecánico, capaces

de transformar la energía térmica precedente del combustible en energía mecánica en forma de giro del eje, y a su vez esta energía eléctrica en forma de corriente alterna (107).”

“Alcántara, H. Define que la disposición de basura es el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los que no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación y los daños o riesgos a la salud humana y al ambiente. Las basuras 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, trapos, cartones, etc (108).”

“Flores, S. Define la quema de basura en carro recolector es una alternativa para resolver el problema de la excesiva producción de basura, pues genera sustancias altamente tóxicas, persistentes y bioacumulables como las dioxinas. La basura es todo material considerado como desecho y que se necesita eliminar la basura es un producto de las actividades humanas al cual se le considera de valor igual a cero por el desechado (109).”

“Macedo, F. define la disposición de basura es llamada también la eliminación de los residuos sólidos por el método de relleno sanitario es considerada como una técnica de disposición final, que tiene en cuenta principios esenciales de ingeniería sanitaria a fin de evitar todo tipo de contaminación que resulte nociva para la salud pública y el medio ambiente (110).”

“Roca, Y. Define la frecuencia de recogida de basura es el criterio de segregación,

asepsia e inocuidad, al objeto de no trasladar la posible contaminación a otro medio receptor. Los sistemas de recogida son el conjunto de medios que facilitan la recogida de los residuos de diferentes lugares, desde el punto de aportación donde el poseedor los desecha hasta el primer destino, ya sea un almacén o una instalación para llevar a cabo un tratamiento de valorización o de eliminación ⁽¹¹¹⁾.”

“Rojas, L. Define que la frecuencia de recogida de basura es definida también en las poblaciones de mayor número de habitantes es frecuentemente la recogida de basura el resto de las localidades la frecuencia varía de 2 a 5 días por semana. Los residuos recogidos mediante camiones compactadores se depositan en un lugar designado ⁽¹¹²⁾.”

“Hipólito, A. la frecuencia de recolección de basura para un asentamiento humano depende principalmente del tiempo que tarda la basura en producir olores desagradables en función del clima de la ciudad y el ciclo de reproducción de la mosca, también es la frecuencia con que pasa la recolección de basura es cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de basuras, o sea que recogen la basura frente a su casa en un horario establecido y días fijas ⁽¹¹³⁾.”

“Martínez, J. Menciona la eliminación de basura es el acto de llevar elementos que ya no tienen valor para que sean destruidos. Es Parte de la eliminación de residuos es determinar si los materiales tienen un valor intrínseco que se pueda utilizar para compostaje o reciclaje. La segmentación de estos materiales para que sean redirigidos es parte de los esfuerzos de conservación para disminuir los vertederos ⁽¹¹⁴⁾.”

“Retuerto, L. Puntos Limpios constituyen el siguiente paso al reciclaje domiciliario. Para todo aquello que no se puede tirar a los contenedores de recogida selectiva se han creado los Puntos Limpios Los, centros de recogida de residuos peligrosos o de gran volumen para los que no existe un contenedor específico en la vía pública ⁽¹¹⁵⁾.”

“Cadillo, M. Define que los recolectores de la basura y material reciclable conocidos también como recolectores de basura, desechos o material reciclable, manejan y operan camiones para llevar a estaciones de transferencia y basureros certificados o bien materiales reciclables para transportarlos a centros de reciclaje ⁽¹¹⁶⁾.”

Con relación a los determinantes de salud relacionados al entorno físico de las viviendas en la presente investigación del Caserío de Pampamaca Sector “E” Carhuaz, se puede afirmar que la mayoría de la población cuenta con viviendas unifamiliares, quizás esto esté relacionado con la formación de familias a temprana edad, que necesariamente obligan a las parejas jóvenes a la prematura independización y la construcción de sus casas en parcelas pequeñas. Por otra parte, podemos mencionar que los adultos no tienen suficiente ingreso económico para construir casas grandes.

“Realizando un análisis situacional a nivel nacional la mayoría de la población posee vivienda propia: el 68,1% la tiene ya pagada y el 8,5% la está pagando a plazos o el terreno donde se ubica la casa lo obtuvo por invasión. Esta última condición es muy frecuente en las áreas urbanas marginales, dada la escasez de ella y los deficientes recursos económicos de las familias, especialmente de los migrantes hay un Porcentaje mínimo de 9,4% declararon que su vivienda era alquilada y el 14% que la tiene cedida por una institución o persona en calidad de guardianía ⁽¹¹⁶⁾.”

Respecto a la tenencia de las viviendas la mayoría de la población cuentan con casa propia, esto debe a que las familias de generación a generación han venido adquiriendo sus terrenos propios como parte de la herencia de los padres como se observa aun en muchas de nuestras zonas andinas, que los hijos e hijas una vez independizados o hayan formado sus propias hogares son considerados como una nueva familia y por ende el reclamo de su derechos (herencia) este hecho les permitió a muchos de ellos tener un terreno y una casa propia. También cabe mencionar que una minoría de las familias reside en la zona en forma de inquilinos o alojados por algún familiar que han migrado de las áreas cercanas en busca de mejores oportunidades de desarrollo.

“Según el Instituto Nacional Estadística Informática (INEI), mediante una encuesta aplicada en junio del 2015 que el 54,9% de las viviendas son propias totalmente pagadas, las viviendas propias por invasión representan el 5,6% del total y las que se están adquiriendo a crédito conforman el 2,5%, respecto al grupo de hogares no propietarios de una vivienda, el 7,1% de estos habita viviendas alquiladas, mientras que un 3,4% de hogares vive en viviendas cedidas por el trabajo⁽¹¹⁷⁾.”

Con respecto al tipo de material con la que están contruidos las viviendas la mayoría presentan piso de tierra, paredes de adobe y techo de Eternit o calamina, que son típicos de nuestra zona sierra específicamente de las partes rurales. Quizás podemos decir que el tipo de construcción también está relacionado con las costumbres arraigadas que tienen estos pobladores, a diferencia de la costa y selva de nuestro país. Así mismo podemos mencionar que el ingreso económico insuficiente que perciben los adultos en estudio no les permite construir vivienda con otro tipo de

materiales como de material noble que por lo general son costosos a diferencia de las viviendas construida con adobe que implica menor gasto, de fácil fabricación, son de mayor accesibilidad ya que existen en la zona.

“Referente al tema el INEI informa respecto a las viviendas los materiales predominantes el piso que más se han incrementado son: mármol 57,3%, tierra en 103,1%, la mayor proporción de viviendas con este material se encuentran principalmente en las provincias de Carhuaz y Asunción con 78,9% 77,3% respectivamente, cabe resaltar que en lima el mayor número de viviendas con techo de calamina se encuentran en el distrito de Villa María del Triunfo (50,1%), seguido de Lurigancho (33,1%), Villa El Salvador (32,6%), Cieneguilla (28,0%), San Juan de Miraflores (27,8%), Pucusana (26,7%) y Chaclacayo (26,0%) ⁽¹¹⁸⁾.”

Mucha de las viviendas de los adultos en estudio cuenta con ambientes mínimos de 2 a 3 cuartos generalmente distribuidas en una cocina, comedor y dormitorio que les obliga prácticamente compartir los ambientes entre hermanos o padres. Quizás esto se debe a la presencia de las construcciones de casas realizadas en las parcelas pequeñas heredadas de sus padres y los bajos ingresos económicos que no les permite hacer viviendas de gran tamaño y extensión como ya se mencionó anteriormente.

“A nivel nacional el 56,4% de viviendas tiene agua en la vivienda, el 14,4% utiliza el agua de un pilón fuera de la vivienda, el 4,4% se abastece de agua por camión cisterna de reparto, 6,9% de pozo y el 17,9% de un río, acequia o manantial. Si comparamos con la información obtenida por la ENDES-96, vemos que la situación de estos servicios básicos ha mejorado ⁽¹¹⁹⁾.”

“Así mientras que el 39,8% de viviendas en el primer estudio tenían servicios higiénicos en la vivienda, los datos de la ENAHO-98, indican que el 45,2% de viviendas a nivel nacional tienen la posibilidad de usar inodoros dentro de sus casas, un 4% tienen en uso colectivo, 24,3% usan letrinas y/o pozos sépticos y el 26,5% eliminan sus excretas en el campo, porque no tienen servicios Higiénicos; esto último ocasiona que las condiciones de salubridad sea altamente deficiente para más de la mitad de la población del país ⁽¹¹⁹⁾.”

Respecto al análisis sobre el abastecimiento de agua, eliminación de excretas y fluido eléctrico permanente se puede mencionar que casi todas las familias, cuentan con conexión domiciliaria de agua, baño propio y energía eléctrica, servicios que se han obtenido a través de muchas gestiones realizadas por las autoridades de la municipalidad de San Miguel de Aco, es así que este pueblo cuenta con este servicio desde el año 2006 tanto de agua potable, desagüe y fluido eléctrico, las familias nuevas para poder obtener el servicio tienen que pagar una suma de dinero a los dirigentes de la comunidad que son los representantes de la zona para hacer cumplir todos los acuerdos del pueblo, como un derecho al acceso a estos servicios básicos.

“El resultado obtenido se relaciona con datos estadísticos donde la mayoría de las familias Ancashinas tienen acceso a agua potable dentro de la vivienda, (48,2%), un importante porcentaje tiene un acceso deficitario a este servicio, ya sea porque existe, un 13,7% de familias que se abastecen de agua a través de ríos o acequias, esto debido que muchas de ellas son caseríos nuevos, eléctrico permanente en sus viviendas (57,7%), pero no hay que dejar de notar que el 21,1% restante no cuenta

con este tipo de servicio, por diferentes motivos, por ejemplo el ingreso económico en la mayoría de los casos ⁽¹¹⁹⁾.”

“La dotación de energía eléctrica en la mayoría de centros poblados del país se ha incrementado enormemente en los últimos años, si comparamos con los resultados obtenidos por la ENDES-96, se pasó de 32,9% de viviendas con luz eléctrica, al 70,7% encontrado en la ENAHO-98. Esta realidad es similar a la población estudiada ⁽¹²⁰⁾.”

Al analizar la variable el tipo de combustible que utilizan para cocinar podemos decir que la mayoría de la población utiliza la leña como medio para preparar sus alimentos en comparación al gas, quizás esto se debe al fácil acceso y menor costo que tienen las familias para conseguir estos materiales, por la misma ubicación de la zona donde hay muchos árboles, arbustos, etc. cómo es propio de nuestros lugares andinos. Así mismo podemos mencionar el bajo ingreso económico que no les permite costear otro tipo de combustible a pesar de que hay mayor probabilidad de contraer enfermedades respiratorias crónicas en el futuro. Por el humo que produce este tipo de material.

“Así mismo el INEI informa los resultados de un Censo realizado en marzo del 2014 concerniente al tipo de combustible más usado para cocinar en los hogares de la zona andina o sierra es leña, pues lo utilizan 3 millones 751 mil 930 de hogares (55,6%), seguido de gas que es utilizada por 2 millones 36 mil 901 hogares (49,2%). En el área rural sólo en el 5,6% de los hogares se utiliza el gas, y cobra relevancia la leña que es usada por el 77,4% de hogares y la bosta/estiércol que es utilizada por el 14,5% de los hogares rurales ⁽¹²¹⁾.”

En cuanto a la variable disposición, frecuencia con la que recogen y eliminación de la basura en algún lugar podemos decir que casi el total de la población suelen disponer o eliminar sus desechos o desperdicios en el carro recolector, gracias a las gestiones realizadas por las autoridades competentes de la comunidad, se logró la visita de dicho servicio al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas, así mismo cabe detallar si bien es cierto no eliminan la basura en otros lugares que no sea un carro recolector, algunos pobladores ya tienen conocimiento sobre la forma correcta de la selección y clasificación de los desechos y desperdicios tanto (orgánicos, inorgánicos), por lo tanto los adultos los cartones y plásticos suelen quemar y echar la ceniza en sus biohuertos, en casa de los desperdicios de comida suelen regalar a sus animales como chanco, por lo tanto tratan de cuidar su salud si en casa no tomaran la prevención pueden llegar a adquirir muchas enfermedades.

“Por otro lado, el INEI informa que, en el año 2014, se ha podido priorizar el uso preferente por los botaderos a campo abierto por parte de las municipalidades distritales, el cual representó el 70,7% (1 mil 230 municipalidades). Los rellenos sanitarios constituyeron el 32,3% (561 municipalidades), los destinos finales aumentaron respecto al año 2012, destacando el reciclaje al pasar de 363 a 413 municipalidades contribuyendo en la reducción y reutilización de los residuos. Igualmente, según las declaraciones al registro de municipalidades la disposición en rellenos sanitarios se incrementó en 7,9% al pasar de 520 a 561 municipalidades ⁽¹²²⁾.”

Con respecto a la variable relacionado con el entorno físico de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E”- Carhuaz, podemos concluir que estos

determinantes tienen un significativo impacto en la salud de la población, ya que el estilo y la forma de convivencias de muchos de los adultos quizás no sean los adecuados por ejemplo las casas de adobe si bien es cierto son económicos, accesibles fácil de construir pero también tienen mayor vulnerabilidad a cualquier situación de gravedad (lluvias, presencias de animales peligrosos, etc.). Así mismo podemos mencionar que en su gran mayoría los adultos tienen un poco más de conocimiento sobre la clasificación correcta de los desperdicios, que de alguna forma son precedentes de las enfermedades crónicas y agudas que se presentan en nuestra población por el cual hay que prevenir para evitar muchas enfermedades.

TABLA N° 03

En los determinantes de la salud relacionados a los estilos de vida de las personas adultas participantes en la presente investigación que residen en el Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014. El, 87% (130) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 60%, (90) no consumen bebidas alcohólicas, 98% (148) duermen de 6 a 8 horas, 100% (150) se bañan solo 1 vez por semana, 100% (150) no realizan ningún examen médico periódico, 79% (118) realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre, 67% (100) en los últimos dos semanas ha caminado por un tiempo de 20 minutos, 47% (70), consumen frutas 1 a 2 veces a la semana, 42% (63) consumen carne menos de 1 vez a la semana, 35% (53) consumen huevo 3 o más veces a la semana , 49% (73) consumen pescado nunca casi nunca, 43% (64) consumen fideos 3 a más veces a la semana, 98% (148) consumen pan, cereales a diario, 67% (100) consumen verduras y hortalizas a diario, 67% (100), otros nunca o casi nunca.

“Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por Pinedo, P. ⁽¹²³⁾, en su investigación: Determinantes de la Salud en Adultos Maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro – 2015. Donde reporta 61% (73) no fuman ni han fumado nunca manera habitual, 46% (55) no consumen bebidas alcohólicas, 90% (105) realiza caminatas durante más de 20 minutos, 60% (72) realizan caminatas, deportes como actividad física en tiempo libre, 80% (96) duermen de 6 a 8 horas, 43% (50) se bañan 1 vez a la semana, 39% (47) consumen frutas una o dos veces por semana, 34% (41) se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 42% (50) consumen carne de 1 o 2 veces por semana, 35% (42) consumen huevo tres o más veces por semana, 42% (50) consumen pescado 1 o 2 veces por semana, 15% (22), consumen fideos de tres o más veces/semana, 85% (108) consumen a diario pan o cereales, 46% (55) consumen verduras diario, 34% (42) consumen otros alimentos nunca casi nunca.”

“Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por Lavado, M. ⁽¹²⁴⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Pueblo Joven San Pedro - Chimbote, 2015. Donde reporta, 75% (75) no fuman, 87% (87) no consume bebidas alcohólicas, 62% (62) duermen de 06 a 08 horas, 74% (74) se baña 4 veces a la semana, 77% (86) no se realiza examen médico periódico, 92% (92) realiza actividad física en su tiempo libre caminar, 52% (52) en las dos últimas semanas se dedicó a caminar durante más de 20 minutos, 79% (79), consume pan diariamente, 67% (67) consumen huevo tres o más veces a la semana, 48% (55) consumen frutas diariamente, 73% (73), consume verduras de 1 o 2 veces a la semana, 39% (39) consume pescado 1 vez por semana, 43% (49) consumen fideos diariamente, 53% (53) consumen carne 1 a dos veces a la semana,

76% (76) consumen otros alimentos nunca casi nunca.”

“Los resultados de la siguiente investigación son similares a lo obtenido por Peña, Y. ⁽¹²⁵⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo - Chimbote, 2016. Donde reporta que el, 55,6% (65) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 76,7% (102) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 53,2% (58) suelen dormir a un promedio de 6 a 8 horas diarias, 55% (60) refieren bañarse 4 veces a la semana, 81,7% (89) no se realizan exámenes médicos periódicos, 84,4% (92) realizan actividad física como caminar y 61,5% (67) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 82,7% (100) consumen pan y cereales a diario, 47,3% (63) carne de 3 o más veces a la semana, 68,4% (91) frutas de 1 o 2 veces a la semana, 58,7% (64) pescado casi nunca , 48% (60) o nunca casi nunca consumen otros tipos de alimentos.”

“Del mismo modo este estudio difiere con los resultados encontrados por Guevara, D. ⁽¹²⁶⁾ en su estudio sobre: Determinantes de la Salud en Adolescentes de Segundo Año de Secundaria. Institución Educativa San Pedro - Chimbote, 2015. Donde reporta que el, 85,3% (87) si fuman diariamente, 71,6% (73) consumen bebidas alcohólicas, 100% (102) duermen de 10 a 12 horas diarias, 92,2% (94) se bañan 4 veces a la semana, 42,2% (43) si realizan examen médico anual, 44% (45) realizan alguna actividad física, 44,1% (45) consumen frutas nunca casi nunca, 88,3% (53) consumen carne de 3 a más veces a la semana, 25% (15) consumen huevos de 3 veces a la semana, 50% (30) consumen pescado diariamente, 31,6% (14) verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, 50,4% (40) fideos y papas 3 o más veces a la

semana, 52,9% (54) otro tipo de alimentos diariamente.”

“Del mismo modo en este estudio algunas variables difieren con el resultado encontrado por Lama, A. ⁽¹²⁷⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado Puente de los Serranos – Querecotillo – Sullana, 2014. Donde concluye que el 56% (77) ingieren bebidas alcohólicas diariamente, 62,9% (83) si fuman diariamente, 64,4% (85) se bañan todos los días, 60% (90) si duermen 9 a 10 horas diarias, 53% (70) se realizan examen médico periódico, 73% (97) no realizan actividad física. Con relación a la alimentación el 78% (103) consumen fruta diariamente, 57,6% (76) consumen carne diariamente, 38% (92) no consumen huevos, 68,2 % (90) si consumen otro tipo de alimentos a diario como gaseosas, legumbres, refrescos.”

“Por otro lado algunas variables difieren con el resultado encontrado por Salazar, K. ⁽¹²⁸⁾, en su estudio titulado: Determinantes De La Salud En Mujeres Adultas Jóvenes. Habilitación urbano Popular Golfo Pérsico. Nuevo – Chimbote, 2014. Donde concluye que el 50,7% (66), fuman cigarrillos diariamente, 66,9% (57) refieren haber consumido bebidas alcohólicas, 50% (50), duerme de 8 a 10 horas; 61,5% (80) se bañan diariamente, 100% (100) realizan examen médico anual, 75% (75) realiza actividad física, 75% (75) refieren haber realizado actividad física en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 55% (55) consumen frutas diariamente, 50% (50) consumen carne todo los días, 59% (59) consumen huevos 1 o 2 veces a la semana, 44% (44) consumen pescado diariamente, 85% (85) consumen pan y cereales a diario, 53% (53) consumen verduras y hortalizas diariamente, 89% (89) consumen fideos frituras a diario, 65% (65) consumen otro tipo de alimentos diario”.

“Julca, H. El fumar es definido la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador ⁽¹²⁹⁾.”

“Cueva, G. Fumadores también es definido los que se incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. No existe unanimidad acerca de a quienes debemos considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa el fumador habitual del esporádico ⁽¹³⁰⁾.”

“Diestra, H. Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, pero que también puede ser opio o marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las: drogas tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones ⁽¹³¹⁾.”

“Según Díaz, M. ⁽¹³²⁾. El alcoholismo es definido como una enfermedad primaria y crónica, de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales. Clínicamente se caracteriza por síntomas de abstinencia, al disminuir o suprimir voluntaria o involuntariamente la ingesta de alcohol, por déficit del control del consumo, por minimización o negación de la ingesta y por persistencia en el consumo a pesar de los efectos adversos.”

“Según García, J. ⁽¹³³⁾, El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica.”

“Vega, E. Define no consumir alcohol es un sentido estricto, hay quienes consideran que los abstemios son aquellos que nunca han tomado alcohol en toda la vida. Desde este punto de vista, los sujetos que han decidido dejar de beber en cierto momento o los alcohólicos recuperados no son abstemios. La consideración social sobre los abstemios es diversa, aunque siempre hay que reconocer que se trata de una decisión personal ⁽¹³⁴⁾.”

“Díaz, B. Define el sueño es una necesidad fisiológica, que tiene nuestro cerebro para eliminar tensiones y descansar. Nuestras preocupaciones o problemas, influyen directamente en nuestro estado de ánimo y, como no, en nuestro cerebro, quien, para eliminar dichas tensiones o preocupaciones, las expresa a través de los sueños ⁽¹³⁵⁾.”

“El sueño también es la experiencia de que es algo más de lo que contamos, que nuestros relatos no los recogen de una forma exacta, sin embargo, el conocimiento científico de los sueños tiene que basarse en las narraciones que se hacen de ellos, porque no vale analizar exclusivamente nuestros propios sueños para hacer una teoría sobre ellos ⁽¹³⁵⁾.”

“Según Maslow, A. ⁽¹³⁶⁾. El sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas. A pesar de una considerable investigación, no existe ninguna definición comúnmente aceptada del sueño. Históricamente se consideró un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido.”

“Según. Vega, T. Hábitos de descanso saludables de 6 – 8 horas, ofrecen beneficios generales y son fundamentales para mantener la buena salud y el bienestar a cualquier edad. Estos hábitos de descanso saludables generalmente le permiten levantarse renovado, pensar rápidamente y hacer correctamente tareas que implican un peligro, como conducir, que exigen la máxima atención, y lograr los mejores resultados en el trabajo o la escuela ⁽¹³⁷⁾.”

“Según. Jara, M. La higiene es una de las mejores formas de estar saludables y sanos, pero para ello es necesario prestar atención a los cambios corporales, olores y sudor. Esta observación nos ayudará a eliminar posibles gérmenes que provocan mal olor en nuestros cuerpos. Mantener la higiene es importante no sólo para prevenir infecciones o inflamaciones, e incluso enfermedades, como también para que nos sentamos más seguros de nosotros/as mismos ⁽¹³⁸⁾.”

“Jara, M. La higiene también es definido como una rama de las Ciencias Médicas cuyo objetivo es preservar la salud a través de la limpieza, tanto personal, como de la ropa, utensilios y vivienda, que debe permanecer no solo limpia y desinfectada, sino también aireada, ya que la suciedad y la falta de sol, son fuente de enfermedades. El baño diario, mantener las uñas cortas y limpias, lavarse las manos antes de comer,

antes de cocinar o tocar los alimentos, y luego de ir al baño, son normas mínimas de higiene personal ⁽¹³⁹⁾.”

“Figuerola, D. La higiene de forma es definida una combinación de actos y actitudes con el objetivo de mantener el cuerpo, el organismo y la mente en un buen estado de salud. La higiene no sólo consiste en la limpieza diaria. Para tener una buena salud, es importante conservar una buena higiene de vida que implica también el evitar las sustancias peligrosas y nocivas para nuestro organismo ⁽¹⁴⁰⁾.”

“García, Y. El examen médico son pruebas o exámenes que se realizan para conocer la buena salud de la persona, defectos físicos, enfermedades profesionales y otras no detectadas a simple vista para tener una visión más amplia sobre la salud del candidato y lo que se requiere para el puesto ⁽¹⁴¹⁾.”

“Rivera, S. Examen médico periódico es el que se realiza con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales o permanentes de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo ⁽¹⁴²⁾.”

“Según. Castillo, D. Examen médico es definido también reconocer o examinar a alguien para averiguar el estado de su salud o para diagnosticar una presunta enfermedad. Reconocimiento médico clínico es el examen que se realiza para averiguar el estado de salud de una persona ⁽¹⁴³⁾.”

“Acero, B. define que la actividad física es cualquier movimiento corporal producido

por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía, La actividad física se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados ⁽¹⁴⁴⁾.”

“Evangelista, V. define que la actividad física es toda actividad o ejercicio que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento un montón de fenómenos a nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que la realiza. La actividad física puede ser realizada de manera planeada y organizada o de manera espontánea o involuntaria, aunque en ambos casos los resultados son similares ⁽¹⁴⁵⁾.”

“Evangelista, V. define que la actividad física conlleva muchos beneficios tales como el mejoramiento de la salud a nivel corporal (mejora la circulación, permite perder grasa, activa el metabolismo, da fuerza a los músculos), pero también a un nivel emocional y psíquico ya que permite al organismo des estresarse, renovar energías y desgastar toda la fuerza que tengamos de sobra ⁽¹⁴⁵⁾.”

“Espinoza, G. define que la caminata es una posibilidad más para hacer ejercicio y perfecta para distintas personas debido a que no genera grandes exigencias, ni alto impacto de modo que no puede lesionar o perjudicar como otros deportes más exigentes sí pueden hacerlo. La caminata es una manera de estar en movimiento y ejercitar el organismo sin requerir un gran entrenamiento previo ni tampoco acceso a caros o exclusivos centros de ejercicio y actividad física, es decir que cualquiera puede realizarla ⁽¹⁴⁶⁾.”

“Diestra, K. Define que la actividad física durante 20 minutos es definida como el

principalmente resultado que obtenemos, según nuestros niveles de actividad física, aunque también son importantes los factores genéticos, gracias a los cuales algunas personas tienen una capacidad natural y un físico adecuado para destacar en algunas actividades ⁽¹⁴⁷⁾.”

“Vega, G. Es también definida como regular beneficiosa para muchas enfermedades no transmisibles frecuentes en los adultos mayores (enfermedades cardiovasculares, artrosis, osteoporosis, hipertensión), así como para prevenir las caídas. También se ha demostrado que mejora la salud mental y la función cognitiva de los adultos mayores y que contribuye al tratamiento de trastornos como la ansiedad o la depresión ⁽¹⁴⁸⁾.”

“García, A. Otra definición refiere que es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías ⁽¹⁴⁹⁾.”

“Chávez, I. Define que los alimentos pueden clasificarse de muy diversas maneras dependiendo de su origen pueden ser alimentos de origen animal, como la carne, la leche, los huevos o el pescado, y alimentos de origen vegetal, como las frutas, los cereales o las verduras. El agua y la sal son alimentos de origen mineral. Basándose en la función nutritiva principal que desempeñan en el organismo se diferencian en energéticos, constructores y protectores ⁽¹⁵⁰⁾.”

“Alimentos energéticos. son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas (caminar, correr, hacer deportes, etc.), como pastas, arroz,

productos de panificación (pan, galletas, etc.), dulces, miel, aceites, frutas secas (almendras, nueces, castañas, etc.)⁽¹⁵⁰⁾.”

“Alimentos constructores. Son los que forman la piel, músculos y otros tejidos, y que favorecen la cicatrización de heridas. Estos son la leche y todos sus derivados, carnes rojas y blancas, huevos y legumbres. Alimentos reguladores o Protectores. Son los que proveen los nutrientes necesarios para que los energéticos y reguladores se complementen y mantengan el cuerpo funcionando. Dentro de estos figuran las frutas, verduras y hortalizas y el agua⁽¹⁵⁰⁾.”

Los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” – Carhuaz, en relación a los determinantes de los estilos de vida mencionan un gran porcentaje de adultos no fuman ni han fumado de manera habitual, esto debido a que tienen conocimiento sobre las consecuencias del consumo de estas sustancias ya que son jóvenes que tienen algunas nociones sobre los efectos del tabaco en el organismo mediante las difusiones que se promociona el puesto de salud de San Miguel de Aco de parte del personal de salud, no solo en zonas urbanas, sino también en la zona rural donde en la actualidad los medios de comunicación son tan accesibles como en el medio urbano, también está relacionado con la cultura.

También un grupo de los adultos profesan la religión evangélica ellos mencionan que su religión no les permite ni fumar ni beber este tipo de sustancias. También los adultos mencionan que no cuentan con un ingreso económico suficiente para comprar este tipo productos, pero sin embargo un menor porcentaje manifiestan que fuman ocasionalmente lo realizan cuando celebran fiestas patronales o cuando tienen cumpleaños u otros compromisos.

“Así mismo el INEI informa en una encuesta realizada a nivel nacional resalta que el consumo de cigarrillo y alcoholes más frecuente en los hombres (33,9%) que en las mujeres (8,6%). De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró en Lima Metropolitana (24,7%) y la Selva (22,1%) los mayores porcentajes de consumo de cigarrillos en la población de 15 y más años de edad. Con menores porcentajes se ubican la Sierra (17,2%) y Costa sin Lima Metropolitana (17,9%) ⁽¹⁵¹⁾.”

Un porcentaje significativo refiere consumir ocasionalmente alcohol, solo cuando tienen compromisos influye mucho su nivel cultural ya que la mayoría de la población practican diferentes religiones tales como evangélicos, católicos por esta razón los evangélicos no acostumbran consumir alcohol por que mencionan que su religión no se los permite, cabe resaltar que algunas personas consumen bebidas alcohólicas en forma eventual solo en eventos importantes como fiestas patronales, bautizos, sabemos en la zonas rurales tienden a celebrar con mucho fervor estas festividades.

“Según fuentes del INEI analizando por regiones, la tasa de consumo de alcohol en los colegios de la capital (Lima) fluctúa entre el 19% y el 94%; mientras que en provincias (resto del país) lo fue el 17% y el 79%; siendo las primeras cifras de los primeros años de secundaria, estos resultados son similares a la población en estudio, pero esto no se percibe bien debido a que la mayoría de la población en estudio es de sexo femenino, la población no acostumbra consumir alcohol porque los adultos saben que afecta a su salud ⁽¹⁵²⁾.”

Respecto a las horas que duermen las personas adultas en su mayoría mencionan dormir entre 6 a 8 horas debido a que como es de conocimiento en las comunidades

suelen realizar actividades rutinarias desde tempranas horas, esto se mantiene también como una costumbre, los hábitos son adoptados desde años anteriores por sus antepasados. Es costumbre en las zonas rurales levantarse temprano, el jefe de familia y sus hijos varones alistan las herramientas para que cultiven la tierra, las mujeres preparan los alimentos tanto para el desayuno y almuerzo; en tiempos de siembra se almuerza en los campos de cultivo; hasta hoy en día existen familias que mantienen estas costumbres.

“Así mismo el INEI de una encuesta realizada en mayo del 2015 reporta que casi el 30% de los adultos informó un promedio de \leq de 6 horas de sueño por día. De esta realidad no es ajena nuestra región Ancash donde se reportó en el año 2013 el 40% de los adultos duermen más de 6 horas, 30% duermen de 6,5 a 7 horas y mientras que el 30% tienen sueño más de 8 horas ⁽¹⁵³⁾.”

Esta población en estudio acostumbra bañarse una 1 vez/semana se debe a que la población en estudio no acostumbran bañarse todos los días porque en esta zona la temperatura es muy baja mencionan cuando se bañan todo los días tienden a enfermarse con procesos respiratorios, por esta razón cuando se bañan tienen que calentar el agua con hierbas tales como la ruda mencionan que la ruda les da suerte en su trabajo, este producto viene de la cultura de sus antepasados, también podemos detallar que la zona se encuentra ubicado a 3100 m.m.s.m, siendo un clima de temperatura muy baja por lo cual están acostumbrados a bañar a sus hijos solo 1 vez a la semana. Otros motivos refieren que no se bañan diariamente por qué no tienen tiempo, porque tienen que salir a trabajar al campo muy temprano y cuando regresan están muy cansados solo se lavan manos y pies.

Si en caso no realizamos todos los días la higiene nos trae consecuencias para salud, sino que también en el ámbito social, pues ninguna persona quisiera acercarse a ti, lo que puede afectar mucho tu autoestima. Como podemos ver, es muy importante la higiene personal para bienestar nuestro y para nuestra salud, de lo contrario puede afectar en nuestra salud y podemos adquirir una serie de enfermedades, con el riesgo de ser rechazado en los círculos sociales.

En cuanto a la variable examen médico periódico, en un establecimiento de salud la gran mayoría de la población en estudio no se realizan exámenes médicos periódicos, esto se debe que los pobladores no conocen lo importante de cuidar la salud, solo acuden al establecimiento de salud cuando se sienten mal o cuando sufren de cualquier enfermedad, solo cuando se sienten muy enfermos y cuando tienen algún malestar prefieren utilizar sus plantas medicinales ya que mencionan que con las pastillas que reciben no muestran ninguna mejoría, otro motivo es que no tienen tiempo, esto sucede pese a que personal de salud realiza las visitas domiciliarias indicándoles cuán importante es realizar un examen médico, que lo deben realizar no solo cuando se sientan mal sino también es importante el diagnóstico precoz y oportuno de múltiples enfermedades.

“Según la encuesta esta realidad se observa en diferentes departamentos de nuestro País, según el INEI la proporción de población que buscó atención se incrementó en 2,2 puntos porcentuales al pasar de 37,3% a 39,5%, mientras que disminuyó en 1,1 puntos porcentuales la consulta en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) al pasar de 28,6% a 27,5%, en 0,2 punto porcentual en establecimientos de ESSALUD al pasar de 0,9% a 0,7%, en 0,1 punto porcentual su domicilio al pasar de

0,2% a 0,1% ⁽¹⁵⁴⁾.”

La gran mayoría de la población realizan actividad física como caminar por más de 20 minutos, sabemos que las personas normalmente se dedican a la agricultura y ganadería estos resultados se deben a que la población realiza actividad física como caminar porque cuando salen a pastar a sus animales caminan grandes hectáreas ,otra razón es porque se trasladan caminando a sus campos de cultivo para realizar faenas de sembrío, mantenimiento y cultivo de los productos que luego les servirán para el sustento diario. Esta actividad no les permite realizar otro deporte pues terminan muy cansados.

Con respecto al consumo de frutas, carne, fideos consumen 1 a 2 veces /semana, debido a la falta de concientización de lo importante que representa para la salud el consumo de frutas, por otro lado, la falta de ingreso económico lo que les limita compra de este producto, en Pampamarca, no se produce mucha fruta por lo frio del clima, por lo tanto, la fruta viene de otras ciudades como: Carhuaz, Huaraz, encareciéndose el costo por el transporte del producto.

La alimentación en el campo difiere de la alimentación en las ciudades, usualmente se desayuna muy temprano, el desayuno es una sopa con cancha y/o papas, a veces pan y una muña de alguna hierba de la zona, el almuerzo es abundante, sopa segundo plato, se consumen papas, maíz, harinas trigo, habas, cebada, generalmente se come tres veces al día.

Con respecto al consumo de carne consumen menos de una vez/semana esto debido que la población se dedica a la crianza de animales domésticos tales como (chanchos,

oveja, vacas, cuyes, gallinas) las familias mencionan que matan a sus animales para que puedan alimentar a sus hijos pues los adultos no pueden comprar este tipo de producto en el mercado porque no cuentan con suficiente ingreso económico, por otro lado, está relacionada con la cultura misma de donde provienen. A todo esto, se le atribuye que el departamento de Ancash es una zona ganadera donde existe un buen porcentaje de ingreso de carnes rojas a un costo accesible por lo cual los adultos optan por adquirirlo.

Con respecto a los resultados obtenidos al consumo de huevo, pan, cereales, verduras hortalizas la mayoría consumen a diario, lo consumen con mayor frecuencia porque los adultos crían gallinas por lo tanto consumen huevo de corral, este tipo de alimento contiene muchas propiedades nutritivas que benefician al buen funcionamiento del organismo, dentro ello encontramos el yodo, vitamina A, proteína, hierro.

Con respecto al consumo de pan, cereales, como trigo, habas, maíz estos productos como el trigo lo cultivan y lo almacenan teniendo como reserva durante el año para la elaboración del pan utilizan harina de maíz combinado con harina de trigo esta actividad lo realizan cada 2 semanas hacen panes en hornos artesanales. También suelen consumir verduras, hortalizas a diario porque es obtenido del cultivo en su casa a esto se les conoce como huertos, los productos más frecuentes en la zona son: zanahoria, lechuga, rocoto, rabanito, col, cebolla, etc.

Respecto al consumo de pescado mencionan que consumen pescado nunca casi nunca, se atribuye al bajo ingreso económico que perciben los adultos, el pescado es un producto con un costo no tan accesible para la población en general, también

porque no es un producto de la zona no se puede adquirir fresco y en buen estado todos los días a pesar de su gran valor nutritivo para la población en sus diferentes etapas de vida especialmente para el adulto debido a que contienen omega 3 y 6. El pescado se trae de la costa del Perú, en la sierra solo se puede obtener la trucha que es un pez de lagunas o ríos.

“Por otra parte el INEI nos indica en la encuesta realizada en junio del 2015 a nivel departamental, 19,2% de las personas de la zona sierra consumen alimentos hechos a base de carne/aves/pescado/huevo (66,9%), seguido de tubérculos/ raíces (68,2%), hechos de grano, trigo o cereal (64,2%), hechos de frutas/vegetales ricos en vitamina A (63,0%), de otras frutas y vegetales (58,9%) y hechos con aceite /gras as/mantequilla (53,8%). Con respecto a la zona costa el 96,2% consumió carne/aves/pescado, el 92,6% alimentos hechos en base a grano, trigo o cereal, y el 80,3% de aceite/grasas/mantequilla ⁽¹⁵⁴⁾.”

De lo expuesto se puede concluir que los determinantes de salud de los estilos de vida influyen significativamente en la salud de las personas ya que no realizan examen médico periódico que es una medida para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades; se puede observar también deficiencias en cuanto a la variación de los alimentos que consumen diariamente; se puede evidenciar que menos de la mitad ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente debido que en gran mayoría de los adultos practican la religión evangélica.

Esto resultado pueden traer consecuencias ya no se realizan examen médico periódico para Adultos por que ayuda a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad

(fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia.

TABLA N° 04

En cuanto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014. El 87 % (130) no reciben apoyo social natural, 100 % (150) no reciben algún apoyo social organizado, 90 % (60) reciben apoyo social organizado, 96 % (144) se atendieron en un puesto de salud, 30% (45) considera que el lugar donde se atendieron está a regular distancia de su casa, 100% (150) cuentan con seguro de salud (SIS)-MINSA, 77% (115) el tiempo de espera de atención de salud fue regular ,77% (115) refiere la calidad de atención de salud recibida fue regular, 100% (150) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Zavaleta, S. ⁽¹⁵⁶⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Donde reporta que el 53,5% (107) no recibe apoyo social natural de sus familiares, 51,5% (103) no reciben ningún apoyo social organizado,50,5% (101) reciben otros tipos de apoyo social organizado, 79,5% (159) se atiende en el centro de salud, 77% (154) considera que el lugar donde lo (la) atendieron está a regular distancia de su casa, 43% (86)cuentan con SIS-MINSA, 28% (56) refieren que el tiempo de espera es regular, 42,5% (85)) manifiestan la calidad de atención que se le brinda es buena y 31% (62)

niegan presencia de pandillaje.”

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Valdez, N. ⁽¹⁵⁷⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Con Hipertensión. Anexo la Capilla – Samanco. 2017. Donde reporta que el, 75% (59) no cuentan con apoyo organizado social natural, 80% (64) no reciben ningún apoyo social organizado, 72.5% (58) reciben algún apoyo social como el vaso de leche, 85% (68) se atienden en un centro de salud, 81% (64) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 45% (36) tienen SIS-MINSA, 100% (80) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud ,52% (42) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 37% (62) comunican que no hay pandillaje.”

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Maldonado, A. ⁽¹⁵⁸⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Escolares de la Institución Educativa N° 89002. Chimbote, 2015. Donde menciona que el, 61,1% (149) reciben apoyo social natural de sus familiares, 47,9% (117) no reciben apoyo social organizado, 78,3% (148) reciben otros tipos de apoyo social, 91% (134) se atendió en estos 12 últimos meses en el centro de salud donde pertenecen, 52,2% (73) refieren que la distancia del lugar de la institución donde lo atendieron se encuentra lejos de su casa; 98% (145) cuentan con el seguro de salud SIS (MINSA); 47,7% (66) refieren que el tiempo de espera para la atención es regular, 50,3% (70) refieren que la calidad de atención es regular; 83,4% (122) refieren no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.”

“Los resultados de la presente investigación difieren con los resultados encontrados

por Gonzales, M. ⁽¹⁵⁹⁾ en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adolescentes. Institución Educativa Micaela Bastidas. Chimbote, 2015. Donde menciona que el 77% (225) si recibe algún apoyo social natural, 100% (289) si recibe apoyo social organizado, 29,9% (86) se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el hospital, 48% (139) manifiestan que el establecimiento de salud está muy cerca de su casa, 63% (182) son asegurados en el SIS_MINSA, 40,8% (118) refieren el tiempo de espera fue muy largo, 38% (111) mencionan la atención que recibieron en el establecimiento de salud fue mala, 71% (107) refieren que si existe pandillaje por su casa.”

“Otro resultado que difiere de la presente investigación es el encontrado por Lino, H, ⁽¹⁶⁰⁾ en su estudio titulado: Determinantes de Salud en Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015. En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, Donde concluye que el, 49,6% (61) si reciben apoyo social natural, 27% (27) si reciben apoyo social, 83,7% (103) si reciben ningún apoyo social organizado, 46,3%(57) se atendió en estos 12 últimos meses en el hospital, 35% (43) considera que el lugar donde se atendió está lejos, 69,1%(85) tiene como seguro el SIS- MINSA, 100% (32) considera que el tiempo que espero para que le atendieran fue a largo tiempo, 80,5% (99) considera que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue mala, 35% (43) expresa que si existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa.”

“Así mismo difiere de la presente investigación lo encontrado por Pinedo, P. ⁽¹⁶¹⁾ en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos de Asentamiento Humano Nuevo Moro –Chimbote, 2015. Donde Se observa que el 100% (318) si

recibe algún apoyo social natural, 100% si recibe algún apoyo social organizado, 65% (206) de los adultos jóvenes la Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en un clínica particular, 63% (200) de los adultos jóvenes consideran que el establecimiento de salud está muy cerca de su casa, 74% (236) de los adultos jóvenes manifiesta que el tipo de seguro que tiene es el SIS-MINSA, 29% (92) de los adultos jóvenes manifiesta que el tiempo que espero para que lo atendieran fue muy corto, 36% (115) de los adultos jóvenes manifiesta que la Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue malo, 100% (318) manifiesta que si hay Pandillaje o delincuencia cerca de su casa.”

“Según. Cabrera, M. Define el apoyo social es definido como información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosas en el receptor, Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para la persona ⁽¹⁶²⁾.”

“Según, Guzmán, T. Define que el apoyo social también es definido como 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 interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social ⁽¹⁶³⁾.”

“Según. Vertiz, D. define que el apoyo social es también definido como el conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas

por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis” el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes ⁽¹⁶⁴⁾.”

“El apoyo de compañeros espirituales y de familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos compañeros espirituales ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos vestido vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen mejoras en su estilo de vida ⁽¹⁶⁴⁾.”

“El apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos ⁽¹⁶⁴⁾.”

“Según. Minaya, Y. define organización de voluntarios es definido como aquellas organizaciones de iniciativa social y de carácter privado sin ánimo de lucro, legalmente constituidas, que desarrollan su actividad prioritariamente en el ámbito de la acción social, a favor de los demás y de intereses sociales colectivos. Llevan a cabo sus actividades fundamente con voluntarios, aunque cuenten con profesionales remunerados, complementando esfuerzos y

funciones ⁽¹⁶⁵⁾.”

“Gutiérrez, R. La seguridad social es definida como un complejo fenómeno que se relaciona con el surgimiento del Estado benefactor, aquel Estado que se encarga de otorgar a los sectores más humildes de la sociedad el acceso a derechos tales como empleo, vivienda, seguridad, alimentación, educación. Esto nos permite establecer a la seguridad social como un fenómeno caracterizado ⁽¹⁶⁶⁾.”

“Apoyo social organizado es una idea generalmente aceptado el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana ⁽¹⁶⁶⁾.”

“Según. Diaz, B. Pensión 65 es definida como la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 125 nuevos soles por mes por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad ⁽¹⁶⁷⁾.”

“Según. Maguiña, K. Define los comedores Populares, son organizaciones de base que se crean en una comunidad con la finalidad de recibir el apoyo alimentario que brinda el estado a través del Programa de complementación alimentaria y su sub programa Comedores populares, con partidas económicas para la compra de alimentos ⁽¹⁶⁸⁾.”

“Según. Martínez, J. define que la institución de salud es 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 los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades, así como también en los distritos barriales y municipales. Esto quiere decir que mientras en algunas regiones los centros de salud son el único espacio disponible para recibir atenciones del tipo, en otros lugares como en las grandes ciudades los centros de salud conviven de manera adecuada con otros centros de salud más importantes ⁽¹⁶⁹⁾.”

“Huerta. K. define El Centro de Salud suele ser un lugar destinado para la atención primaria. En caso que el paciente requiera de una atención más completa, compleja o específica, es derivado a otro tipo de lugar, como un hospital o sanitario, el centro de Salud son lugares que brindan cuidados para la salud. Incluyen hospitales, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados, tales como las maternidades y los centros psiquiátricos ⁽¹⁷⁰⁾.”

“Según. Huerta, Y. define que el Puesto de salud es un establecimiento del primer nivel da atención desarrolla actividades de atención integra de salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo promocionales, con la participación de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidad ⁽¹⁷¹⁾.”

“Gutiérrez. Atención de Salud se comprende de varias fases que permitirán que la persona enferma pueda ser tratada de la manera más conveniente y se solucione la enfermedad o lesión con la que ha llegado al centro sanitario pertinente. En concreto, la atención se divide en la identificación de todo el conjunto de síntomas que tiene, el diagnóstico que lleva a cabo el médico correspondiente, el tratamiento, la

intervención quirúrgica en el caso de que sea necesaria y finalmente el resultado ⁽¹⁷²⁾”.

“Jaramillo, T. Define que la calidad de atención de salud Regular consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios ⁽¹⁷³⁾.”

“Según. Gálvez, W. define que el seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos) también se define como el seguro para el cuidado de la salud ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos ⁽¹⁷⁴⁾.”

“Según. Garcia. H. define que el Seguro Integral de Salud es un seguro de salud para quienes viven en condiciones de pobreza y de vulnerabilidad, y que no tienen ningún seguro que cubra sus atenciones en establecimientos de salud, hospitales, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema ⁽¹⁷⁵⁾.”

“Carranza, E. Define que el Seguro Social de Salud, que también puede identificarse con el nombre de Es Salud, es un organismo público descentralizado, creado con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de salud, que incluye la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; así como de prestaciones económicas y sociales ⁽¹⁷⁶⁾.”

“Según. Garcilaso, A. define que el tiempo de espera es cada situación en la vida, que requiere de un tiempo mínimo de espera. Este hecho puede explicarse partiendo de la idea de que somos seres sociales y vivimos en un mundo de interacción constante con personas y con el medioambiente. Los tiempos de cada uno de ellos es diferente, algunos tienen un sentido lógico, y otros no. Estará en la capacidad de cada persona, saber adaptarse a ellos y conseguir que la espera sea lo más pacífica y amena para nuestras emociones ⁽¹⁷⁷⁾.”

“Benites, F. define tiempo de espera, en algunas personas, puede resultar una situación incómoda o generar ansiedad debido a la extensión de tiempo que puede acarrear. En especial, el tiempo espera refiere a un hecho no programado y exige paciencia por parte del involucrado. La expresión: Quien espera se desespera, alude justamente a esta situación de incomodidad y mortificación que puede experimentar una persona frente a una espera incierta ⁽¹⁷⁸⁾.”

“Según. Sacramento, R. Define que el tiempo también definido como tiempo de espera que refiere a la acción y efecto de esperar algo o en su defecto a alguien, a expresión a la espera se emplea con frecuencia cuando se quiere referir que nos encontramos aguardando, esperando a que determinada situación se suceda, tiempo de espera se generan durante el procesamiento de las consultas. Si detecta errores de este tipo, intente aumentar el valor de tiempo de espera de la consulta ⁽¹⁷⁹⁾.”

“Camones, P. define que la calidad de atención paciente es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos. Los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, no todas las organizaciones consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto

a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben iniciar el proceso de mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la imagen de la organización depende de ello para mantener la imagen de la organización ⁽¹⁸⁰⁾”.

“La OMS define la calidad, a nivel general, como” "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos ya trogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". “Algunos autores incluyen en esta definición el uso adecuado de los recursos o eficiencia ⁽¹⁸⁰⁾”.

“Calidad de atención en Salud, es válida de forma universal, ya que dependerá de las circunstancias, del entorno en que se aplican, del objetivo final, del producto que se pretende conseguir, etc. La calidad, por tanto, puede definirse a varios niveles: calidad en general, calidad de los servicios de salud y calidad de un servicio concreto ⁽¹⁸⁰⁾”.

“Según. Vergara, G. define que el pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos ,de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar ,por lo cual se identifican con las pandillas ,en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales ⁽¹⁸¹⁾”.

“Según. Chávez, N. define que el pandillaje es un problema social que siempre ha afectado a nuestra sociedad. Es la agrupación de adolescentes y jóvenes que en los barrios se caracterizan por los actos de violencia callejera que protagonizan, terminando algunos malheridos y otros encontrando la muerte, las principales causas sociales que provocan el pandillaje son las siguientes: la familia y la educación ⁽¹⁸²⁾.”

“EL Pandillaje es definido también como una sociedad, los jóvenes, en su mayoría, tratan de buscar que identificarse con un estilo de vida con el que sientan que son tomados en cuenta realmente. Es por esta razón que cada vez más jóvenes buscan una solución en el pandillaje. Este es uno de los problemas sociales, que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses ⁽¹⁸²⁾”.

Con respecto al estudio de la persona adulta del Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, en relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias se observa que la mayoría refiere que el apoyo social natural fue regular, siendo los grupos que conforman su red básicamente constituidos por la familia, son pocos los casos que mencionan a los compañeros trabajo y amigos como fuente de apoyo social esto se debe a que los pobladores son familias humildes pero le dan mucho valor a la unión familiar, de esa manera apoyándose tratan de vencer diferentes adversidades que se presentan en su vida diaria.

Podemos concluir que el apoyo social natural 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.). Entendiendo

que la pertenencia a un grupo social o una comunidad pueden brindar apoyo emocional durante los momentos buenos y los malos, así como facilitar el acceso a empleos, servicios y otras oportunidades, el no contar con apoyo social y más aún natural por parte de sus familiares hace que se sientan discriminados, desprotegidos, sin valor para afrontar sus problemas.

“Por otro parte en el año 2015 el INEI informa en el área de apoyo al bienestar familiar los que fundamentalmente brindan ayuda a la madre trabajadora. En el área rural el porcentaje de hogares que recibieron ayuda en este aspecto alcanza al 7,1% del total del área. Asimismo, los hogares de la Sierra Sur con 7,2 % constituyen los usuarios con mayor representatividad. En Lima Metropolitana los hogares que se benefician con este apoyo social alcanzarían solamente al 1,1% de los hogares limeños ⁽¹⁸³⁾”.

En relación al apoyo social organizado la gran mayoría de los adultos no recibe ningún apoyo social organizado, esto se debe que la población en estudio tiene autoridades que no toma importancia a este tipo de organizaciones por lo cual no pueden apoyar a un financiamiento de cualquier identidad sea una empresa o una organización por ello no reciben ningún apoyo social de ninguna de las organizaciones mencionadas. La mayoría de la población en estudio recibe el apoyo social organizado del gobierno como el Programa Juntos, y un porcentaje mínimo de la población en estudio del adulto mayor reciben apoyo social organizado de pensión 65, el gobierno tiene este programa para las familias de pobreza extrema, esto ayuda a la población a solventar los gastos, pues son adultos mayores que no pueden trabajar para satisfacer sus necesidades, de alguna manera el gobierno los apoya

económicamente porque de esta manera la población cada día busca una calidad de vida mejor.

Por otra parte, podemos mencionar estos programas no son muy aprovechados por las personas que más lo necesitan, ya que los adultos gastan su dinero en compra de cosas innecesarias en lugar de invertir en su salud o alimentación. Esta población pertenece a quintil 1 – 2 más pobres según el índice de pobreza, y más del 50% de su población se encuentra en el proceso de inclusión.

El Programa JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos sigan viviendo en la pobreza que afectó a sus padres y como propósito generar capital humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema. Pensión 65 es un programa que entrega una subvención económica a los adultos mayores que superan los 65 años de edad y que viven en extrema pobreza. A través de esta subvención se busca atenuar la vulnerabilidad de sus ingresos.

“Esta realidad se observa en muchos departamentos según el INEI en una encuesta aplicada en 2015 respecto a los programas Sociales el programa vaso de leche/comedor popular es el de mayor cobertura, atiende a 493 mil productores, por departamento, se beneficia a los hogares de las mujeres de Loreto (32,9%), Huánuco (27,9%), Amazonas (18,3%), Apurímac (17,3%), Ayacucho (15,4%), Cajamarca y Huancavelica (14,8% cada uno), San Martín (14,1%), entre otros. Luego el programa sigue JUNTOS con 391 mil beneficiarios; le sigue el Desayuno o Almuerzo escolar que alcanza a 338 mil; en los hogares de los hombres de Loreto (35,0%), Huánuco (30,8%), Apurímac (25,6%), Amazonas (24,5%), Huancavelica (22,0%), Ayacucho (21,4%), Cusco (19,7%), San Martín (17,4%)⁽¹⁸⁴⁾.”

Respecto al acceso a los servicios de salud este sector se atiende en el Centro de Salud San Miguel de Aco, que está localizado 1 hora, caminando, al establecimiento de salud, el puesto de salud cuenta con una enfermera, un médico, una obstetrix, una técnica en enfermería, odontólogo, cuentan con los equipos necesarios para una buena atención de calidad, este puesto de es de nivel, I – 2 que pertenece a Micro Red de Salud Marcara, Red de Salud Huaylas Sur y a la Dirección Regional de Ancash. Brinda carteras o servicios de Medicina general: consulta externa, adulto, adulto mayor, Obstetricia: control prenatal, Embarazo, planificación familiar, control de cáncer de cuello uterino (PAP), Enfermería: inmunizaciones (vacunas), Crecimiento y desarrollo del Niño, Cadena Frio, Odontología: profilaxis, salud bucal, extracción, curaciones, Asistencia Social, Atención de Emergencia.

Para la atención de la salud de la población en estudio específicamente para realizar la parte preventivo promocional, esta sectorizado, y en cada sector se encuentra una persona responsable como sectorista, quien se encarga de realizar las coordinaciones con el promotor de salud, y entre los agentes comunales, trabajando en coordinación viendo las necesidades de la población respecto a su salud los pobladores solo acuden al establecimiento de salud cuando se sienten mal o cuando sufren de alguna enfermedad.

“Por otro lado en 2015 según el INEI ejecutó una encuesta de los pacientes que recibieron atención médica en diferentes instituciones que se desarrolló con una muestra de 181 establecimientos de salud, de los cuales el 50,8% correspondían al Ministerio de Salud, el 30,9% al Seguro Social de Salud del Perú, 13,3% a las Clínicas y el 5,0% a las Fuerzas Armadas y Policiales ^{(185).}”

Los adultos de esta zona cuentan con seguro de salud llamado SIS-MINSA, que es un seguro de salud que brinda el estado a los pobladores con bajos recursos económicos es decir en pobreza extrema, también se debe a labor constante del promotor de salud y la sectorista que siempre están concientizando y promocionando a la población sobre los beneficios de este tipo de seguro. De esa manera los adultos podrán satisfacer sus necesidades de salud, el seguro cubre los medicamentos necesarios y materiales que no tienen un costo elevado, por otro lado, los adultos cuando se siente mal tendrán que acudir al Centro de Salud para ser atendido, pero sin embargo hoy en día vemos que una persona para ser atendido tiene que hacer colas y sacar un cupo desde tempranas horas para que puedan ser atendidos.

“El INEI dio a conocer que en el último trimestre del año 2015, el 49,4% de las niñas, niños, adolescentes y adultos del país acceden al Seguro Integral de Salud (SIS), lo cual significó un crecimiento de 5,3 puntos porcentuales en comparación con similar trimestre del año 2014, el acceso a ESSALUD alcanzó al 21,3% y a Otros seguros (comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado, Entidad Prestadora de Salud y otro Sistema de Prestación de Salud) al 3,4% ⁽¹⁸⁶⁾.”

En cuanto a la calidad de atención que recibieron la mayoría de la población refiere que fue regular, uno de los indicadores para medir la calidad es el tiempo de espera en una institución de salud para ser atendido las personas que acuden al establecimiento, la población en estudio en su gran mayoría esperan un tiempo regular para ser atendidos lo que disminuye la calidad de atención, del mismo modo no son evaluados minuciosamente, en algunos casos no llegan a solucionar sus

problemas de salud, llegando a complicarse los cuadros patológicos presentados, además algunos pobladores refieren ser víctimas de malos tratos por parte de algunos profesionales que laboran en dicha institución de salud.

“Estos datos estadísticos según el informe del comercio los establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa) demoran 114 minutos (casi dos horas) en atender a los pacientes que acuden a consulta externa, reveló la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), estos resultados son similares a realidad de la población en estudio ^(187.)”

La gran mayoría de la población refiere que no hay pandillaje ni delincuencia cerca de su casa esto se debe que la población en estudio se dedican al trabajo cómo es la agricultura, la ganadería, son pobladores de zonas rurales donde no se observan este tipo de problemas sociales, están arraigadas a sus costumbres y culturas de donde migran, es un sector joven donde los integrantes se dedican a los diferente trabajos eventuales y alcanzado un grado de instrucción secundario, las pandillas son integradas por personas que no cuentan con ocupación, trabajo, ni han alcanzado un grado de instrucción. Por lo tanto, los adultos educan a sus hijos para que puedan superarse a través del estudio, lo cual les va a generar mejores condiciones de vida.

“Según el INEI los resultados del presente semestre en análisis (abril – septiembre 2015), los departamentos con mayor existencia de pandillaje son: Tacna (12,1%), Cusco (15,4%), Madre de Dios (14,9%), Piura (28,4%), Lambayeque (19,2%), Ucayali (11,0%), Arequipa (19,9%), Ancash (13,9%) La Libertad (25,5%), Puno (15,7%), Provincia Constitucional del Callao (39,6) ^(187.)”

Llegando a la conclusión en cuanto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias podemos mencionar que los pobladores hacen notar que el tiempo de espera para ser atendido fue regular esto atribuido obviamente a la alta demanda de pacientes que acuden al puesto de salud, lo que lleva a mencionar que consideran la calidad de atención como regular debido a los factores ya antes mencionados. También podemos detallar respecto a la existencia del pandillaje o delincuencia la totalidad de la población en estudio indico que no existen situaciones de este tipo debido a que en la localidad existen principios de ética y de responsabilidad social muy bien fundamentadas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- ❖ En los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen grado instrucción secundaria completa/incompleta, más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, tienen trabajo eventual, casi todos tienen ingreso económico menor de 750 soles. En los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad duermen 2 a 3 miembros/dormitorio, casa propia, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, techo de Eternit/calamina/teja, cocinan con leña/carbón, paredes de adobe, casi todos tienen baño propio, todos tienen piso de tierra, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, recogen la basura 1 vez/mes.

- ❖ En los determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen fruta y Carne 1 o 2 veces / semana, huevos y fideos 3 o más veces/ semana, pescado nunca, más de la mitad no consumen alcohol, caminan como actividad física las dos últimas semanas, consumen verduras a diario, otros nunca, la mayoría realiza actividad física caminar, no fuman, casi todos consumen, pan, cereales a diario, duermen 6-8 horas, todos se bañan 1 vez/semana, no se realizan examen médico periódico.

- ❖ En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que el establecimiento de salud es muy cerca de su casa, más de la mitad no reciben apoyo social organizado, la mayoría menciona que el tiempo de espera y la calidad de atención de salud es regular, no reciben apoyo social natural, casi todos refieren que la atención de salud en un puesto de salud, todos no reciben apoyo social organizado, cuentan con seguro integral salud (MINSÁ), no hay pandillaje por su casa.

5.2. Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones obtenidas en el presente estudio se recomienda lo siguiente.

- ❖ Difundir los resultados obtenidos en la presente investigación y continuar realizando estudios en el área de salud de los adultos a fin de promover, mejorar y ampliar los conocimientos sobre la influencia de los determinantes de la salud en la vida de cada individuo.
- ❖ Se sugiere a las autoridades del Puesto de Salud de Caserío Pampamaca implementar estrategias para mejorar la calidad de atención de salud, disminuyendo el tiempo de espera de los usuarios.
- ❖ Recomendar a las autoridades del Gobierno Regional, mejorar la Infraestructura del Puesto de Salud y dotar de más profesionales a fin de mejorar la calidad atención de la población de Pampamaca.
- ❖ Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las diferentes autoridades como a los líderes del caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014, para que tengan conocimiento de la realidad de su sector, en especial al Puesto de salud San Miguel de Aco para poder fortalecer estrategias educativas en temas referentes a determinantes de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya, L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.
3. Roja, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
4. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm.
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria, T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 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. Lip Licham. C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
10. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves M y Colab. 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.
15. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y

- de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alcohol y salud pública en las Américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
 17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5>
 18. Congreso de la República. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
 19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> en:
 20. Fernández. F, Sistema de vigilancia comunal. De los adultos del Caserío de

Pampamarca Sector “E” – Carhuaz, 2014.

21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida, 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en. http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:es-ES%3Aofficial&channel=np&client=psyab&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=12&gs_upl=2621133831015556141410101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.2621133831015557141410101012141611330121j2j11410.llsin.&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614.
22. Rodríguez, Q. “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo - Amazonas; 2011”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Perú- 2012 Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, [citado 15 de mayo de 2017], Disponible EN URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
23. Carrasco, Y. “Determinantes de la salud en los Adolescentes del asentamiento Humano Madre Teresa de Calcuta – Castilla – Piura, 2014”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Piura Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [12 de agosto]Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.

24. Curay, J. “Determinantes de la salud de la persona adulta en la urbanización popular Eliane Karp – Sullana, 2014”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Piura- Perú, 2016. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, [citado 23 de julio] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
25. Julca M. “Determinantes de la salud en Madres de Escolares. Institución Educativa, “San Juan” – Chimbote, 2014”. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Chimbote –Perú. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, [citado 10 de abril] Disponible en URL. <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
26. Ayala, J. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Huaraz, 2015. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, [citado 6 de mayo], Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
27. Solís, B. “Determinantes de salud de los adultos del centro poblado de marcac-independencia - Huaraz, 2015”. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [citado 7 de julio], Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
28. Mezarina, V. “Determinantes de salud de los adultos del caserío de chacuabamba -pomabamba,2013”. [Tesis para Optar el Título Profesional de

- Licenciada en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [citado 9 de noviembre] Disponible en URL <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
29. Vega, J. Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
 30. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
 31. 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.
 32. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
 33. 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>.
 34. 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](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
 35. Canales, F. Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

36. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.
37. Organización Panamericana de la Salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20sexualidad % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
38. Eustat, J. Conceptual de personas. [revista en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt_ 0/ tema_ 165/ elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
39. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)
40. Miro, K. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 20 Setiembre 2015]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupacion/](http://definición.de/ocupacion/).
41. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers- Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006.

Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf

42. Lama, A. En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
43. Licata, M. Concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>.
44. Vega, A. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf%C3%ADa).
45. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
46. Instrumentos de Investigación [revista en internet]. [citada el 30 de junio de 2014] de la Lengua venezolana © 2008 Editorial Venezuela. disponible desde <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2014/07/como-se-debe-citar-un-blog-como.html>.
47. Martínez, N. 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

48. Hernández, y otros. 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>.
49. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>
50. Gonzales, S. “Determinantes de la Salud en adultos. Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote - 2014” [Tesis para Optar el Título De Licenciada en Enfermería], Chimbote Perú: 2016, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca Virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/).
51. Vásquez, B “Determinantes de la Salud en el Adulto. Asentamiento Humano Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote - 2014.” [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Chimbote, Perú: 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 de diciembre] Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/).
52. Hipólito, R. “Determinantes de la Salud en adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2015” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote, Perú: 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 4 de enero] Disponible en URL: [http://erp .uladech.edu.pe/ Biblioteca Virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/).

53. Benites, F. “Determinantes de la Salud del Adulto Joven del Asentamiento Humano el Porvenir Zona A Chimbote, 2014” [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería] Chimbote - Perú 2016. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 2 de febrero] Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
54. Castro, A. “Determinantes de la Salud en Escolares. Asentamiento Humano Prolongación Francisco Bolognesi, Coishco - 2014”. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote - Perú: 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 15 de octubre] Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
55. Alvarado, Y. “Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja – Chimbote, 2014” [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Chimbote - Perú: 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 7 de agosto] Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
56. Salas, M. Convento general de sexo [portada en internet]; 2012 [citado 2013 noviembre. 12]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/sexo.php>.
57. Camino, J. Definición sexo y sexualidad. [artículo en internet]; 2012 [citado 2013 de mayo. 17]. [1 pantalla]. Disponible en URL <http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/690825/sexo-y-sexualidad-por-que-son-diferentes/>.

58. Maguiña, H. Concepto de edad, [archivo en internet] ; 2009[citado 2 de diciembre 2009] [1 pantalla] Disponible en URL: <http://sobreconceptos.com/edad#ixzz3ZTKQiVdJ>.
59. Rodriguez, F. Definición edad [artículo de internet]; 2015[citado 2016 de abril 11]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad#ixzz3ZTFPZUrs>.
60. Carranza, H. Definición de educación secundaria en el Perú [artículo en internet]; 2014 [citado 2015 de mayo.5]. [1 pantalla] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/educación-secundaria.php>.
61. Matos, G. Definición de grado de instrucción. [portada en internet]; 2015 [Citado 2016 abril. 25]. [1 pantalla de internet] Disponible en URL <http://definicion.de/instruccion/#ixzz3ZTiaiw4J>.
62. Chávez, G. Administración - Finanzas - Marketing. Definición de ingreso en economía. [Artículo en internet], 2012 [citado 2013 julio. 13]. [1 pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.eco-finanzas.com/diccionario/I/INGRESO.htm>.
63. Calixto, J. Definición de ingreso económico. [artículo en internet], 2016 [citado 2017 agosto. 12]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.economia48.com/spa/d/ingreso/ingreso.htm>.
64. Jaramillo, Y. Definición de ocupación. [artículo de internet] 2007 [Citado 2008

- mayo. 20]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>.
65. Reyes, M. definición de ocupación [documento en internet];2012 [citado 2013 abril. 13]. [pantalla libre] Disponible en URL: [://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html](http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html).
66. Hipólito, G. Definición de la importancia de los cromosomas que explica de sexo femenino [documento en internet];2013 [citado 2014 junio. 16] Disponible en URL: http://www.Elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-08-01/orgasmo-femenino-explicado-nuevo-estudio_1241239/.
67. Carrasco, Y. situación de la mujer adulta mayor en el peru [diccionario en internet], 2013[Citado el 3 julio de 2014], Disponible en URL: [Http://www.Semana.Cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf](http://www.Semana.Cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf).
68. Vega, G. población ocupada de adulta mayor. INEI. [Portada de internet] [Citado 5 de Setiembre de 2014] Disponible en URL: <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-ocupada-adulta-mayor-se-incremento-en-101-puntos-porcen-tuales-779>.
69. Andrade, C. indicadores de la educación según. INEI. [Artículo en internet] .2015 [citado, 16 de diciembre]. Disponible en URL http://www.snie.Sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html.
70. Rodríguez, E. estudio sobre la educación para la población rural en Perú.

Según INEI. [Portada de internet] 2014[citada 22 de noviembre de 2014]
Disponible en URL: [http://www. red-lerorg/estudio_educacion_poblacion_rural_peru.pdf](http://www.red-lerorg/estudio_educacion_poblacion_rural_peru.pdf).

71. Durand, G. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado San Francisco de Chocan – Querecotillo – Sullana, 2014” [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería.] Piura - Perú 2015, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote [citado 2016 enero. 16] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual.
72. Vásquez, B. “Determinantes de la Salud en el Adulto Asentamiento Humano Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote – 2014” [Tesis optar título Profesional de licenciado en enfermería]. Chimbote – Perú 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 2016 julio. 10] Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/> biblioteca virtual.
73. Pintado, H. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado la Golondrina Marca velica – Sullana, 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en enfermería.] Piura -Perú 2016, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 11 de abril] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
74. Gutiérrez, B. la vivienda Social como respuesta a una Mejor Calidad de vida, 2014. [portada en internet] Bolivia, 2014 [citado 2015 noviembre 16] . [1 pantalla] Disponible en URL: [http://www.construmatica .com/construpedia/el_adobe_en_la_construcc i%c3% b3n para_el_desarrollo](http://www.construmatica.com/construpedia/el_adobe_en_la_construcc_i%c3% b3n_para_el_desarrollo).

75. Villar, L. Determinantes de la Salud en Niños Menores de Tres Años Con Riesgos Nutricionales. Puesto de Salud Florida – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería] Chimbote - Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 27 de agosto]. Disponible en URL. http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
76. Arbildo, M. Determinantes de la Salud en Adolescentes de la Institución Educativa “Fe y Alegría 14”. Nuevo Chimbote, 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en enfermería.] Chimbote - Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 de febrero] Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
77. Julca. A. Definición de la vivienda [artículo en internet], 2011 [citado el 7 de mayo de 2012]. [pantalla libre en internet Disponible en URL: <http://definicion.de/vivienda/>].
78. Franci, J. Definición de vivienda unifamiliar [documento en internet], 2010 [citado 2011 diciembre. 11] [pantalla libre de internet] Disponible en URL: <https://sites.google.com/site/franci9622/concepto-de-vivienda-unifamiliar>.
79. Pinedo, T. Definición de vivienda [artículo en internet], 2012 [Citado 2013 octubre. 4]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL. <http://sobreconceptos.com/vivienda#ixzz3Zes4cZ62>.
80. Moreno, Y. Definición tenencia de vivienda [artículo de Internet], 2012 [Citado 2013 mayo. 25] [Alrededor de la pantalla]. Disponible desde URL:

<http://es.scribd.com/doc/3403949/Conceptos-de-Vivienda#scribd>.

81. Guzmán, Y. Indicador 23. Tenencia de la vivienda. [documento de internet] [Citado en Setiembre de 1998] [pantalla libre en internet] Disponible en URL: <https://www.coveg.Gob.mx/seiisv/módulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2023.pdf>.
82. Pinedo, A. definición tenencia de la vivienda. [documento de Internet] 2014 [citado 12 de noviembre 2014]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL: http://ies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion/vivienda.html.
83. Guzmán, L. Definición de tipo de pisos [diccionario de internet]. 2012 [citado 9 de mayo 2013] Disponible en URL: <http://www.tiposdeconstruccion.org/construccion/260-tipos-de-pisos/#ixzz3ZfZabW00>.
84. Hinostroza, K. Definición de tipo de material de tierra [artículo en internet]. 2012 [Citado 2013 mayo. 12]. [pantalla 1 de internet] Disponible en URL: <https://www.coveg.gob.mx/seis/módulos/secciones/indicadores/Indicador%2013.pdf>.
85. Chavarría, P. Definición de piso de tierra [artículo en internet] 2011 [citado 9 de mayo 2012]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL. <http://ces.iisc.ernet.in/energía/HC270799/HDL/spanish/sk01ms/sk01ms0h.htm>.
86. Vega, V. Definición de adobe [artículo en internet], 2008 Chile [citado 12 de

- agosto de 2008]. [pantalla libre] Disponible en URL: http://www.Coepsa.com.ar/Proyectos/basura/g06_materiales_alternativos.pdf.
87. Beramendi, P. Definición de ladrillo [artículo en internet], 2009 [citado 2010 abril. 15]. [1 pantalla] Disponible en URL. <http://www6.uniovi.es/users/fblanco/Tema4.materialesconstruccion.PetresArtificiales.Tipologiapiezas.ensayos.2009.2010.pdf>.
88. Vera, K. Definición de Eternit [portafolio en internet], 2012 [Citado 2012 Setiembre. 12]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL. <http://www.Portafolio.co/negocios/el-concepto-esta-plyding-eternit>.
89. Capillo, H. Definición de material de paredes de adobe [artículo de internet], 2012 [citado 27 de diciembre de 2012]. [pantalla libre] Disponible en URL: http://www.construmatica.com/construpedia/el_adobe_en_la_construccion_para_el_desarrollo.
90. Chávez, J. Definición de material de paredes madera. [archivo en internet].2015 [citado 15 de julio]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.arqhys.com/arquitectura/paredes-materiales.html>.
91. Mautino, N. Definición de ladrillos. [Artículo en internet], 2014 [citado 18 de febrero de 2014]. [pantalla libre de internet] Disponible en URL: [Http://es.wikipedia.org/wiki/Guarnecido](http://es.wikipedia.org/wiki/Guarnecido).
92. Ibáñez, E. Definición del dormitorio. [archivo en internet], 2013 [citado 4 de

- mayo 2013], [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <https://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20111009145804AA45XIF>.
93. Carrasco, B. Definición de dormitorio [revista en internet] 2015 [citado 13 de febrero 2015]. [1 pantalla en internet] Disponible en URL: [URL:http://www.definiciónabc.com/general/dormitorio.php](http://www.definiciónabc.com/general/dormitorio.php).
94. Emiliano, L. Definición de dormitorio [artículo en internet] [citado el 12 de febrero 2015] [pantalla libre] Disponible en URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
95. Rodríguez, R. Definición de abastecimiento de agua. [Programas y proyectos en internet] 2003 [citado enero 14 de 2015] [pantalla libre] Disponible desde http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/wsh0302/es/.
96. Salinas, Y. Definición de acequia. [artículo de internet], 2014 [citado 13 de enero de 2014]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/acequia#ixzz3ApwaSSwn>.
97. Retuerto, V. Definición de red pública. [artículo científico], 2015 [citado 20 de marzo de 2015]. [Pantalla libre] Disponible en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Red_de_abastecimiento_de_agua_potable.
98. Moreno, A. Definición de eliminación de excretas o disposición de excretas - saneamiento ambiental. [revista de internet] 2014 [Citado 4 de abril 2014]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>.

99. Diestra, J. Definición de letrina. [artículo científico en internet], 2015 [citado 12 de enero]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Letrina>.
100. Giraldo, A. Definición de baño propio. [revista en internet] 2007 [citado de 17 de enero]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL <http://www.Definicionabc.com/general/bano.php>.
101. Vásquez, T. Definición de combustible. [artículo en internet], 2013 [Citado 12 octubre 2013]. [1 pantalla] Disponible en URL: <http://www.expower.es/combustible-comburente-energia.htm>.
102. Diaz, R. Definición de leña y carbón. [portada en internet], 2013 [citado abril 13. [pantalla libre en internet]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.expower.es/combustible-comburente-energia.htm>.
103. Quito, K. Definición de gas natural. [artículo científico] 2013 [Citado 13 de abril de 2013]. [pantalla libre en internet], Disponible en URL: <http://definicion.de/gas-natural/#ixzz3aPtE7roI>.
104. Julca, C. Definición de energía eléctrica. [artículo en internet], 2015 [Pantalla libre]. [Citado el 20 agosto]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/tecnología/energia-electrica.php>.
105. Ortiz, L. Definición de lámpara [Artículo en internet] 2012 [Citado 25 de mayo de 2012]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://www>.

Definición bc.com/general/lampara.php.

106. Ortiz, L. Definición: de energía eléctrica permanente. [portada en internet] 2013. [citado 12 de julio]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/gulycba/la-energia-40184586>.
107. Jaramillo, D. Definición de grupo electrógeno [artículo en internet] 2014. [citado 10 de agosto 2014]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://www.um.edu.ar/catedras/claroline/backends/download.php?url=L03zZH Vsb19WL0dydX Bvc19lbGVjdHlzZ2 Vub3MucGR m& cid Reset= true& cid Req=4071>.
108. Alcántara, H: Definición de disposición de basura. [artículo en internet]; 2013 [Citado 11 setiembre de 2013]. [pantalla libre en internet] Disponible desde <http://www.slidefinder.net/c/collazosrelleno/collazosrellenos/18971127>.
109. Flore, S. Definición de recolección y quema de basura [artículo en internet]; 2012 [citado 22 de marzo]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.greenpeace.org/México/es/campanas/tóxicos/basura-cero/>.
110. Macedo, F. Definición de eliminación de basura [portada en internet], 2010 [Citado 18 setiembre de 2010]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://basurayreciclaje.blogspot.com/2008/09/disposicin-final-de-la-basura.html>.
111. Roca. Y Sistema de recogida - Gestión - R. Domésticos - Flujos de [documento]

- en internet], 2009 [Citado 12 Octubre]. [pantalla libre]. Disponible en URL: [http://www.magrama.gob.es/es/calidad – y - evaluacion - ambiental/ temas /prevención – y - gestion-residuos/ flujos / domesticos/gestion /sistema-recogida/](http://www.magrama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos-domesticos/gestion-sistema-recogida/).
112. Rojas, L. Definición residuos domiciliarios - Mancomunidad de Tolosaldea [artículo científico], 2015 [Citado 29 abril de 2015]. [pantalla libre]. Disponible en URL:[http://www.tolosaldea.org/espanol/mancomunidad /servicio -de-recogida/residuos-domic ili ar ios](http://www.tolosaldea.org/espanol/mancomunidad/servicio-de-recogida/residuos-domiciliarios).
113. Hipólito, A. Definición diseño de rutas de recolección. [artículo en internet], 2014. [citado 15 de julio 2014]. [pantalla libre] Disponible en URL: [http://ww w.google.es/url?sa=t&rct=j&q =&esrc = s&source=web&cd =12&cad= rja&uact =8&ved=0CDDcQFjABO&url=http %3ª%2F%2F virtual.cocef .org%2 FD documentos _digitalizados %2F Cursos_Tallere s%2FRe siduos _solido s%2 FArchivos_primer_dia%2FDISENO_RUTAS_RECOLECCION .doc&ei=RptnVYekOcS0sASz0IO4CA&usg=AFQjCNEIMh8TVG6iBSb5yG mqbF8WB5PT](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&cad=rja&uact=8&ved=0CDDcQFjABO&url=http%3A%2F%2Fvirtual.cocef.org%2FDocumentos_digitalizados%2FCursos_Talleres%2FResiduos_solidos%2FArchivos_primer_dia%2FDISENO_RUTAS_RECOLECCION.doc&ei=RptnVYekOcS0sASz0IO4CA&usg=AFQjCNEIMh8TVG6iBSb5GmqbF8WB5PT).
114. Martínez, J. Definición de eliminación de basura [documento en internet] 2015 [Citado 25 de abril de 2016] [pantalla libre] Disponible en URL: [http:// /www. ehowenespanol.com/definicion-eliminacion-desechos-hecho s_4561 65/](http://www.ehowenespanol.com/definicion-eliminacion-desechos-hechos_456165/).
115. Retuerto, L. Definición de contenedores específicos en la vía pública [artículo en internet], 2014. [citado 13 de junio de 2014] [pantalla libre] disponible en URL: [http:// www.redciela.com /puntoslimpios.html](http://www.redciela.com/puntoslimpios.html).

116. Cadillo, M. Ministerio de agricultura alimentación y medio ambiente definición de recogida de basura [documento en internet], 2013 [citado 23 de agosto] [pantalla libre] Disponible en URL: [http://. www.magrama.gov.pe](http://www.magrama.gov.pe).
117. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI- Proyectos de la población [Serie internet] 2015 [citado 20 marzo.]. [alrededor de una pantalla]. Perú 2016 Disponible en URL: [<https://www.inei.gov.pe/>].
118. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, Perú: Estimaciones y proyecciones de Población [documento en internet], 2016 [citado 11 de enero] [alrededor de la pantalla] Disponible en URL: [<https://www.inei.gov.pe/>].
119. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, CEPAL – Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 – 2025. Urbana – Rural 1970 – 2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Lima, septiembre 2012. Disponible en URL.: [<https://www.inei.gov.pe/>].
120. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, Encuesta Demográfico y de Salud Familiar (ENDES 2014) Informe general. [documento en internet] 2014 [citado 9 de noviembre]. [pantalla libre] Disponible en URL: [[https:// www.inei.gov.pe/](https://www.inei.gov.pe/)].
121. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI. Perú encuesta Demográfico y de salud Familiar [Documento en Internet]. 2013 [Citado 10 julio]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: www.inei.gov.pe/media/MenuRecurso/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf.

122. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, proyecciones de la población datos de problemas sociales. [Documento en Internet]. 2008 [Citado 4 agosto 2009]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [www.inei.gob.pe/ media/ Menu Recursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf)
123. Pinedo, P. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Pueblo Joven San Pedro - Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote - Perú 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 julio]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
124. Lavado, M. Determinantes de la Salud en Madres Gestantes Adultos Que Acuden al Puesto de Salud Miraflores – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 2 de febrero]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
125. Peña, Y. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo – Chimbote, 2016 [Tesis para optar el título Profesional de licenciada en enfermería] Chimbote – Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 17 de diciembre]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
126. Guevara, D. “Determinantes de la Salud en Adolescentes de Segundo Año de Secundaria. Institución Educativa San Pedro – Chimbote 2015”. [Tesis para optar el título Profesional de licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú, 2017

- Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 18 de agosto].
Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
127. Lama, A. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado Puente de los Serranos – Querecotillo – Sullana, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura – Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 de noviembre]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
128. Salazar, K. en su estudio Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Habilitación Urbano Popular Golfo Pérsico. Nuevo – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú, 2016 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 14 de julio] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
129. Julca, H. Definición de fumar. [artículo en internet];2012. [citado 10 octubre] [Pantalla libre] Disponible en URL: <http://educavital.blogspot.com/2012/10/concepto-de-fumar.html#sthash.RF4EkzoX.dpuf>.
130. Cueva, G. Definición de fumar. [Artículo en internet] 2013[Citado 21 de diciembre de 2013]. [pantalla libre]. Disponible en URL: <http://salud.kioskea.net/faq/8544-fumar-definicion>.
131. Diestra, H. Concepto de fumadores [documento en internet], 2010. [citado 13 de febrero de 2010]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://apagaelcigarro.foroactivo.com/t1421-concepto-de-fumador>.

132. Días, M. Definición de alcoholismo, [serie de internet] 2011. [Citado 12 de junio de 2011]. [pantalla libre] Disponible en URL:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2359889>.
133. García, J. Definición de alcoholismo, [documento en internet] 2010 [citado 6 marzo de 2011] [pantalla libre] Disponible desde http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf.
134. Vega, E. Definición de abstemio qué es, significado y concepto beber alcohol [artículo en internet], 2009 [Citado en 12 de abril del año 2009]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://definicion.de/abstemio/#ixzz3bY3g75eP>.
135. Diaz, B. Definición de sueños [artículo en internet], 2016 [Citado 17 de mayo de 2016]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://definicion.de/suenos/#ixzz3bY8mbSGO>.
136. Maslow, A. Definición de sueño [documento en internet] 2016 [citado 20 de mayo de 2016] [pantalla libre] Disponible en URL: http://www2.Ulpgc.es/mdescargadirecta.php?codigo_archivo=4471.
137. Vega, T. Definición de sueño [artículo Internet], 2011. [Citado 22 Febrero de 2011]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL:- <http://vivirsalud.imujer.com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir>.
138. Jara, M. Concepto de higiene en salud [artículo científico], 2009. [Citado 10 de abril]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL:<http://www>.

educando.edu .do/articulos/generico/higiene-y-salud/.

139. Jara, M. Concepto de higiene [documento en internet] 2013 [Citado 13 enero] [pantalla libre en internet] Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/higiene#ixzz3bjlxkMRL>.
140. Figueroa, D. Definición de higiene [artículo en internet];2014 [citado 29 de julio de 2014]. [pantalla libre]. Disponible en URL <http://salud.kioskea.net/faq/13935-higiene-definicion>.
141. García, Y. Concepto de examen médico. [Revista en internet] 2014 [Citado 25 de abril]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Examen-Medico/3113893.html>.
142. Rivera, S. Concepto de examen periódico, [artículo en internet] 2008 [citado 14 de mayo]. [pantalla libre] Disponible en URL: http://web.usbmed.edu.co/usbmed/gestion_ocupacional/evaluaciones_medicas.pdf.
143. Carillo, D. Definición de examen médico [artículo científico en internet], 2014. [citado 23 de abril]. [pantalla libre]. Disponible en URL: salud.doctisimo.es/diccionario-medico/clinico-examen.html.
144. Acero, B. Definición de actividad física [artículo en internet], 2011. [citado 14 de noviembre]. [pantalla libre]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>.
145. Evangelista, V. Definición de actividad física. [artículo en internet], 2015.

- [citado 10 de agosto]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>.
146. Espinoza, G. Definición de caminata. [artículo en internet]; 2011. [citado el 12 de diciembre]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.Definicionabc.com/deporte/caminata.php>.
147. Diestra, K. Concepto de actividad física de 20 minutos [documento en internet], 2011. [citado 22 de enero]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL: <http://www.actividadfisica.net/actividad-fisica-definicion-actividad-fisica.html>.
148. Vega, G. definición de actividad durante 20 minutos [Serie internet]. 2013. [Citado 3 octubre]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-actividad-fisica/>.
149. García, A. Definición actividad física [artículo científico en internet], 2015. [citado 25 de octubre]. [alrededor de 1 pantalla] Disponible en URL: <http://html.rincondelvago.com/actividad-fisica-y-educacion-alimentaria.html>.
150. Chávez, I. Definición clasificación de alimentos. [artículo en internet]; 2014. [citado el 8 de abril] lima-Perú [pantalla libre]. Disponible en URL: <http://lostriangulosmargaritapaico.blogspot.com/2008/04/los-alimentos-y-su-clasificacion.html>.
151. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, Estimaciones y

- Proyecciones consumo de sustancias toxicas [documento en internet]; 2013.
[citado 9 de julio] [pantalla libre] Disponible en URL:www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf
152. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, datos de problemas sociales. [Documento en Internet], 2016. [Citado 3 agosto]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en URL: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf.
153. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI reportes estadísticos [documento en internet], 2013. [citado 9 julio]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicacionesdigitales/Est/Lib0382/cap-04>.
154. Instituto Nacional de Estadística Informática. INEI, Chequeos Médicos Periódicos en el Perú. [documento en internet], 2014. [citado 5 de julio] 2014 [pantalla libre]. Disponible en URL:www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.
155. Miranda, F. Definición hábitos alimenticios [artículo en internet], 2013. [citado 22 de diciembre]. [pantalla libre] disponible en URL: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf
156. Zavaleta, S. Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote – Perú, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote - Perú, 2017,

Universidad católica los Ángeles de Chimbote. [citado 11 de diciembre]
Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.

157. Valdez, N. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo la Capilla – Samanco. 2017. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú, 2017, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 5 de enero] Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
158. Maldonado, A. Determinantes de la Salud en Escolares de la Institución Educativa N° 89002. Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú, 2017, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 de julio] Disponible en UR http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
159. Gonzales, M. Determinantes de la Salud en Adolescentes. Institución Educativa Micaela Bastidas. Chimbote, 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú, 2017 Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 12 de julio]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
160. Lino, H. Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería] Huaraz – Perú, 2014, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado de 15 de febrero]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.

161. Pinedo, P. Determinantes de la Salud de los Adultos Asentamiento Humano Nuevo Moro – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería] Chimbote Perú, 2015. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 7 de marzo]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
162. Cabrera, M. Concepto de apoyo social. [artículo científico en internet], 2015. [citado 12 de noviembre]. [al redor de pantalla de internet] Disponible en URL: <http://umh1870.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/159/2013/02/Pr%C3%A1ctica-1.-APOYO-SOCIAL.pdf>.
163. Guzmán, T. Definición de apoyo social [artículo en internet], 2013. [citado 23 de marzo]. [pantalla libre] Disponible en URL:[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1-1/13.1.2 que-es-el-apoyo-social](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1-1/13.1.2%20que-es-el-apoyo-social).
164. Vertiz, D. Definición de apoyo social [artículo en internet]; 2015. [citado 3 abril]. [pantalla libre] Disponible en URL:<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12319/1/tema5RUA.pdf>.
165. Minaya, Y. definición de organizaciones voluntarias [serie en internet], 2013. [citado 18 de marzo de]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://www.aulafacil.com/curso s/118304/docencia/pedagogía/voluntariado-como-herramienta-de-transformacion-social/las-organizaciones-de-acción-voluntaria- definición>.
166. Guitierrez, R. Definición de seguridad social. [artículo en internet], 2015.

- [citado 12 de junio]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/social/seguridad-social.php>.
167. Diaz, B. Concepto de pensión 65. [artículo en internet], 2011. [citado 11 mayo] [alrededor de la pantalla de internet]. Disponible en URL: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>.
168. Maguiña, k. Definición de comedor popular [artículo científico en internet], 2017. [citado 10 de diciembre de 2010] Disponible en URL: http://www.munisanignacio.gob.pe/index.php?Option=com_content&view=article&id=185:comedores-populares&catid=31.
169. Martínez, J. Definiciones de salud [artículo en internet], 2016. [citado 13 de octubre]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>.
170. Huerta, K. Definición de centro de salud [artículo en internet], 2008 [citado 5 de mayo de] 2008 [pantalla libre]. Disponible en URL: <http://definicion.de/centro-de-salud/#ixzz3dSOJ0s42>.
171. Huerta, Y. Definición de Puesto de Salud [artículo en internet], 2013. [citada 25 de mayo]. [pantalla libre]. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/ERS_09/digitalmormas.pdf.
172. Gutiérrez, G. Concepto de atención del paciente [artículo científico en internet] [citado 21 de mayo] 2016 [alrededor de pantalla de internet] Disponible desde

<http://definicion.de/paciente/#ixzz3dS VzMlj6>.

173. Jaramillo, T. Definición de calidad de atención de salud regular [Documento en internet][citado el 25 de octubre] 2007 [alrededor de pantalla de internet] disponible desde <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/servicios/regulacion-acreditacion-y-control-de-establecimientos-de-salud.html>.
174. Gálvez, W. Concepto de Seguro de salud [artículo en internet] 2014 [Citada 13 de noviembre de 2014] [pantalla libre] Disponible en URL:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthinsurance.html>.
175. García, H: Definición de Seguro Integral de Salud [artículo científico], 2013. [citado 17 de junio]. [alrededor de pantalla en internet]. Disponible en URL:<http://es.slideshare.net/julianayamines/seguro-integral-de-salud1>.
176. Carranza, E. Definición de Salud [artículo en internet], 2015. [citado 12 de octubre]. [1 pantalla]. Disponible en URL http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/difensoria/m anual_institucional.pdf.
177. Garcilaso, A. Definición de Tiempo de Espera [artículo en internet], 2013. [citado 6 de junio de 2007]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/espera.php>.
178. Benites, F. Concepto de Espera [artículo en internet], 2015 [citado 28 de diciembre de 2011] [pantalla libre en internet] Disponible en <http://sobreconceptos.com/espera/#ixzz3dT5UITS4>.

recibieron los pobladores de Lima Metropolitana. [documento en internet]. 2015.[citado 15 de noviembre]. Lima-Perú, [pantalla libre] Disponible en URL: www.proyectos.inei.gob.pe/web/biblioinei/pub/banco/pub/Est//cap05.pdf.

186. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): [Reporte de pandillaje]. [Serie en Internet], 2014 [Citado set. 10]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL: peru21.pe > ... > Delincuencia es el mayor problema de los limeños.

187. Instituto Nacional de Estadística e Informática: INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, calidad de Atención en los Centros de Salud. [documento en internet], 2015 [citado 22 de mayo]. [pantalla libre] Disponible en URL: peru21.pe > ... > Delincuencia es el mayor problema de los limeños.



ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD CATÒLICA LOS ÀNGELES CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ,
2014.**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iníciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (40 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

Grado de instrucción:

- Sin nivel ()

- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior universitaria ()
- Superior no universitaria ()

Ingreso económico

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

Ocupación:

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

II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

Tipo:

- Alquiler ()
- Cuidador, alojado ()
- Plan social (de casa para vivir) ()
- Alquiler venta ()

- Propia ()

Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílico ()
- Lámina asfálticas ()
- Parquet ()

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Abastecimiento de agua:

- Acequia ()
- Cisterna ()

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()
- Leña, carbón ()
- Bosta ()
- Tuza (coronta de Maíz) ()
- Carca de vaca ()

Tipo de alumbrado:

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

- Vela ()

Disposición de basura:

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

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

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos dos veces por semana ()
- Al menos una 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 específicos de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()
- Otros. ()

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()

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

¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

Número de horas que duerme:

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

Cuál es la frecuencia con la que se baña:

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

Usted realiza examen médico periódico

Si () 2 No ()

Usted realiza alguna actividad física:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

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

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo () Correr () Deporte ()
Ninguna ()

DIETA:

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

Alimentos	Diario	3 o más veces a la Semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Fruta					
Carne					
Huevos					
Pescado					
Fideos					
Pan, cereales					
Verduras y hortalizas					
Otros					

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Percibe algún apoyo social natural:

- Familiares ()
- Vecinos ()
- Amigos ()
- Compañeros espirituales. ()
- Compañeros de trabajo. ()

- No recibo. ()

Percibe algún apoyo social organizado:

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

Percibe algún Apoyo social organizado:

- Pensión 65()
- Comedor popular. ()
- Vaso de leche. ()
- Otros. ()

Indique en que institución de salud se atendió:

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

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

- 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 ¿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 de su vivienda

Si () No ()



ANEXO N° 02



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.

Validez de contenido:

La medición de la validez de contenido se realizó utilizando la fórmula de Lawshe denominada “Razón de validez de contenido (CVR)”.

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

n_e = número de expertos que indican esencial .

N= número total de expertos.

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es de 0,75.

De acuerdo con Lawshe si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos alguna validez de contenido.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS

ADULTOS DEL CASERIO DE PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.” (Ver anexo 03).

3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es? ¿Esencial? ¿Útil pero no esencial? ¿No necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.
5. Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo.)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo de la CVR teniendo en cuenta que fueron 8 expertas que evaluaron la validez del contenido. Valor mínimo 0,75.
7. Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.
8. Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.
9. Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{\sum CVR_i}{\text{Total de reactivos}}$$

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{25,5}{34}$$

Coeficiente de validez total = 0,75.

Este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú.



ANEXO N° 03



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE
SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE PAMPAMACA SECTOR “E”
– CARHUAZ, 2014.**

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

N°	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
Σ CVR										25,500

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por estas preguntas es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO								
P7								
P. 7.1.								
Comentario:								
P. 7.2.								
Comentario:								
P. 7.3.								
Comentario:								
P. 7.4.								
Comentario:								
P. 7.5.								
Comentario:								
P8								
Comentario								
P9								
Comentario:								
P10								

Comentario									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
P14									
Comentario:									
III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario									
P18									
Comentario:									
IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS									
P19									
Comentario:									
V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS									
P20									
Comentario									

P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
VI. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD									
P25									
Comentario:									
VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

(*) Preguntas N° 6 y N° 11 fueron consideradas como no necesarias por las expertas. Sin embargo estas preguntas permanecieron en el cuestionario por decisión de la investigadora ya que no afecto que la Validez total del cuestionario logrará el valor mínimo requerido (0,75).



ANEXO N° 04



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE
PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.

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.

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



ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO:

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE
PAMPAMACA SECTOR “E” – CARHUAZ, 2014.**

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 informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA