



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS
DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR
CAURURO – INDEPENDENCIA – HUARAZ, 2014.**

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

AUTORA:

Bach. Enf. SONIA MAURICIA RODRÍGUEZ EMILIANO

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 la Universidad Católica Los
Ángeles de Chimbote en especial
a toda la plana docente de la
escuela Profesional de Enfermería
por proporcionarnos la enseñanza
día tras día.

A mi asesora Dra. Rocío Vásquez,
por compartir su conocimiento y
enseñanzas en la elaboración de la
presente investigación.

A la población del Centro Poblado
de Curhuaz Sector Caururo por
brindarme su apoyo y todas las
facilidades necesarias para la
ejecución de la presente
investigación

SONIA

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A Dios por hacer de mis días, días productivos, donde siempre hay algo que aprender y sobre todo ayudarme a mejorar día a día; y en cada prueba tener mayor fortaleza y ganas de salir adelante.

A mis padres: Elías y Eudocia por haber caminado junto a mí, por guiarme y brindarme su apoyo incondicional y hacer de mí una persona con metas y poder enfrentar los retos que se presenten a lo largo de la vida.

SONIA

RESUMEN

Trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz, 2014. Muestra estuvo conformada por 110 adultos, se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.0. Se llegó a las siguientes conclusiones: Determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, con instrucción inicial/primaria; más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría perciben menos de 750 soles, trabajo eventual. Determinantes del entorno físico: más de la mitad tienen piso de tierra, queman/entierran la basura, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, paredes de adobe, dormitorio compartido 2 a 3 miembros, letrina, casi todos tienen vivienda propia, techo de eternit/tejas/calamina, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente, todos recogen la basura 1 vez/mes, eliminan su basura en montículo/campo limpio. Determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen alcohol ocasionalmente, frutas, carne, huevo 3 o más veces/semana, otros alimentos nunca/casi nunca, más de la mitad caminan como actividad física, consumen pescado menos de 1 vez/semana, pan/cereales diario, la mayoría no fuman, duermen 6-8 horas, se bañan 1 vez/semana, caminan más de 20 minutos, consumen fideos diario, casi todos no realizan examen médico, consumen diario verduras y hortalizas. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que la distancia al establecimiento de salud es regular, la mitad refiere tiempo de espera regular, más de la mitad refiere calidad de atención regular, la mayoría reciben apoyo natural de familiares, no reciben apoyo social organizado de otros, se atendieron en puesto de salud, cuentan con seguro integral de salud SIS (MINSA), casi todos refieren que no hay pandillaje por su casa, todos no reciben apoyo social de otros.

Palabras claves: Determinantes de salud, Adultos.

ABSTRACT

Research work of a quantitative, descriptive type, single-box design. Its objective was to describe the health determinants of the adults of the Curhuaz Town Center - Sector Caururo - Independencia - Huaraz, 2014. The sample consisted of 110 adults, the questionnaire on the determinants of health was applied. The analysis and data processing was through the SPSS Software version 20.0. The following conclusions were reached: Biosocioeconomic determinants: less than half are mature adults, with initial / primary education; more than half are female, most receive less than 750 soles, temporary work. Determinants of the physical environment: more than half have dirt floors, burn / bury garbage, most have a detached house, adobe walls, shared dormitory 2 to 3 members, latrine, almost all have their own house, roof of eternit / tiles / calamine, home water connection, cook with firewood, permanent electric power, all collect garbage 1 time / month, remove their garbage in mound / clean field. Determinants of lifestyle: less than half consume alcohol occasionally, fruits, meat, egg 3 or more times / week, other foods never / almost never, more than half walk as physical activity, consume fish less than 1 time per week , bread / cereals daily, most do not smoke, sleep 6-8 hours, bathe once / week, walk more than 20 minutes, consume noodles daily, almost all do not perform a medical examination, consume daily vegetables. Determinants of social and community networks: less than half say that the distance to the health establishment is regular, half refers to regular waiting time, more than half refers to quality of regular care, most receive natural support from family members, they receive organized social support from others, they attended a health post, they have comprehensive SIS health insurance (MINSA), almost all report that there is no gang for their house, all do not receive social support from others.

Keywords: Determinants of health, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
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.....	116
5.1 Conclusiones.....	116
5.2 Recomendaciones.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
ANEXOS.....	149

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01.....	36
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA – HUARAZ, 2014.	
TABLA N° 02.....	37
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	
TABLA N° 03.....	40
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ – SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	
TABLA N° 04.....	42
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	

I. INTRODUCCIÓN

“La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo - Independencia - Huaraz, 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 la alternativa 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, 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 Salud

Pública; por último, en España tanto 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 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, funcionamientos de los sistemas de salud y los problemas ligados a 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 ⁽¹⁴⁾.”

“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 antitabáquica (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⁾.”

“Referente 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, el 339,132 afiliado 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).”

“La situación problemática de salud no es extraña, al Centro Poblado Curhuaz que se encuentra ubicado en el Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash, limitando por el este: con el Centro Poblado de Paria Willcahuain (que cuenta con su atractivo turístico que es Ichic y Hatun Willcahuain), por el oeste: con el Caserío de Chequió (que cuenta con una vegetación de árboles exóticos), por el norte: con el Caserío de Ullucuyoc (zona tranquila e inhóspita) y por el sur: con el Río Paria y el Centro Poblado de Huanchac (una ciudad en crecimiento poblacional por la existencia de las residencias el Pinar) ⁽²⁰⁾.”

Este Centro Poblado cuenta con un local comunal donde realizan reuniones, cuenta con autoridades como: un delegado (autoridad máxima que tiene la potestad de organizar reuniones y gestionar proyectos a favor del sector), un secretario (es uno de los representantes que está encargado de controlar la asistencia de todo los usuarios y

levantar el acta de los acuerdos de cada reunión), un tesorero (se encarga de administrar los fondos económicos tanto ingresos como egresos del sector) y 2 vocales (encargados de comunicar a los usuarios para una cierta actividad como faenas, reunión, etc.). Y la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS) conformado por un presidente, un secretario, un tesorero, un fiscal y 2 vocales.

Cuenta con servicios básicos como: agua clorada, energía eléctrica permanente, pagan mensualmente por dichos servicios a la empresa hidroeléctrica Hidrandina S.A. Sin embargo, no cuentan con los servicios básicos de desagüe, utilizando letrinas en su reemplazo. Cerca del pueblo pasa una acequia, el agua de este lugar lo utilizan para regar sus cultivos. En cuanto a la recolección de la basura, refieren que no pasa el carro recolector por lo que desechan su basura en el campo, la basura inorgánica como papel y plástico lo queman, el resto lo eliminan al aire libre.

El sector Caururo no cuenta con una Institución educativa por lo que los niños y adolescentes tienen que acudir a estudiar al colegio San Cristóbal de Paria, y a diferentes colegios de la ciudad de Huaraz. Tiene una plaza pequeña con una capilla donde siempre acuden a rezar. Tienen un campo deportivo donde efectúan los distintos campeonatos que el pueblo organiza.

En cuanto a sus fiestas patronales rinden homenaje a la imagen de San Isidro de Caururo fecha que se celebra el 1 mayo y el 24 de junio, también celebran en febrero la misa de cruces en honor a San Isidro de Caururo. Sus comidas típicas son el picante de cuy (papas con ají amarillo o rojo), puchero (sopa de pellejo de chanco), llunca

con gallina (sopa de trigo), cuchicanca (chanchito asado) y la pachamanca (papa, carnes, choclos sancochados en piedras calientes y enterrados).

La comunidad no cuenta con un puesto de salud, por lo que tienen que acudir al Centro Poblado de Curhuaz, que pertenece a la Micro Red de Salud Palmira. La distancia de Caururo al puesto de salud de Curhuaz está de 10 a 15 minutos de caminata, los recursos humanos que cuenta son: una Lic. En enfermería, una obstetra y un técnico en enfermería, la cartera de servicios del establecimiento de salud Curhuaz es de categoría I – 1; que brinda los servicios de: consulta externa (consulta ambulatoria, atención de urgencias, emergencias), servicio de atención AIS niño (CRED, inmunizaciones, consejería nutricional, suplementación con multimicronutrientes, examen HB – HTO, visita familiar, atención a la salud según prioridades IRA, EDA, etc.), servicio de atención adolescente (CRED, consejería integral, consejería en planificación familiar, inmunizaciones, examen HB-HTO).

Servicio de atención joven (evaluación integral, orientación y consejería nutricional en planificación familiar, ITS VIH/SIDA, inmunización, exámenes HB-HTO), servicio de atención adulto (evaluación integral, consejería nutricional, planificación familiar, toma de papanicolau, inmunización, atención a la salud según prioridad), servicio de atención del adulto mayor (evaluación integral, nutricional, consejería integral, inmunización, atención a la salud según prioridad), servicio de atención a la gestante (atención prenatal, consejería nutricional en salud reproductiva - planificación familiar, control de puerperio, consejería integral, inmunización, visita familiar, atención a la salud según prioridades), salud familiar y comunitaria (visitas

domiciliarias, identificación de riesgos – seguimiento a personas y familias sanas – con morbilidad y riesgo de morbilidad, actividades preventivo promocionales), atención de urgencias y emergencias (atención inicial de urgencia y emergencias) ⁽²⁰⁾.

Las enfermedades más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas (IRA) con un 27% (376), lumbalgia (lumbago) con un 12% (172), gastritis con un 10% (137), anemia (por deficiencia de hierro sin especificación) con un 8% (112), y gastroenteritis de origen infeccioso con 7% (103). Algunas personas no acuden al puesto de salud por lo que utilizan la medicina tradicional para los males que los aquejan ⁽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 Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz, 2014?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz.

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

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómico: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico

(Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz.

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 de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz.

Finalmente se justifica realizar la investigación ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se 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, 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 salud de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: las autoridades regionales de la Dirección Regional de salud de Ancash y la Municipalidad de Independencia, en el campo de la salud, así como para la población adulta del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de 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. 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.”

“Luza, J. ⁽²³⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en las Personas Adultas de la Urbanización Caplina, Centro Poblado Menor Francisco Bolognesi –

Tacna, 2013. Concluye en los determinantes de la salud socioeconómico: la mayoría son del sexo femenino, ingreso de 1401 a 1800 soles, trabajo estable, menos de la mitad edad entre 40 a 64 años, más de la mitad grado de instrucción Secundaria Completa/Incompleta. Determinantes relacionados con la vivienda: vivienda unifamiliar, tenencia propia, piso loseta, techo y pared noble; 2 a 3 miembros duermen en una habitación. Abastecimiento de agua, baño propio, cocinan con gas, energía eléctrica permanente, disponen la basura en carro recolector diariamente.”

“Determinantes estilos de vida: menos de la mitad no han fumado nunca, realizan deporte, gimnasia suave en las dos últimas semanas, la mayoría no consume alcohol, más de la mitad realizan examen médico. La mayoría consume fruta, pan, verduras diariamente; carne, pescado, hortalizas 3 o más veces a la semana, huevos, fideos y otros 1 o 2 veces por semana. Determinantes redes sociales y comunitarias: más de la mitad se atendieron en clínicas particulares, tiempo de espera regular, la mayoría refiere lugar de atención está cerca, tipo de seguro ESSALUD, calidad de atención y apoyo social es regular.”

“Quinde, Y. ⁽²⁴⁾, en su investigación. Determinantes de la Salud en los Adolescentes del Centro Educativo San Miguel - Piura, 2013. En los determinantes biosocioeconómicos: la mayoría son de sexo masculino, edad entre los 15 años a 17 años 11 meses, 29 días, trabajo estable, más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completo/incompleto, menos de la mitad percibe menos 750 soles, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, propia, material noble techo y paredes, baño propio, cocinan con gas, elimina su basura quemándola o a través el carro recolector.”

“En los determinantes de estilos de vida: la mayoría no ha fumado nunca, duerme de 6 a 8 horas, diario se baña, consume fideos, pan y cereales, más de mitad no ingiere bebidas alcohólicas, menos de la mitad acude una vez al año al centro de salud, en cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias menos de la mitad no recibe ningún apoyo social natural, acudió a un centro de salud en los últimos 12 meses, la mayoría no recibe ningún apoyo social organizado, tienen seguro de Es Salud, si existe pandillaje cerca de casa, más de la mitad reporta que la distancia es regular para ir al centro de salud, menos de la mitad considera regular el tiempo de espera para la atención, considera buena la calidad de la atención.”

A nivel local:

“Camones, Z. ⁽²⁵⁾, en su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Sector Nuevo Paraíso – Huaraz, 2013. Las conclusiones son: En los determinantes biosocioeconómicos: más de la mitad con trabajo eventual, la mayoría son sexo femenino, adultos jóvenes, con secundaria completa/incompleta, perciben menos de 750 soles: En relación a los determinantes del entorno físico: la mayoría tiene vivienda multifamiliar, casa propia, piso de cemento, techo de material noble, pared de ladrillo, duermen 2 a más miembros, todos tienen conexión domiciliaria de agua, baño propio, cocinan con gas, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, recogen la basura todas las semanas pero no diariamente.”

“En los determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen carne 3 o más veces/semana, huevo 1 ó 2 veces/semana, más de la mitad caminan, consumen fruta diaria, otros menos de 1 vez/semana, la mayoría no fuman, consumen alcohol

ocasionalmente, duermen 6-8 horas, se bañan 4 veces/semana, caminan más de 20 minutos, consumen fideos, pan, verduras a diario. En relación a determinantes de redes sociales y comunitarios más de la mitad se atendió en centro de salud, tiempo de espera regular, la mayoría reciben apoyo de familiares, apoyo social organizado del vaso de leche, la distancia es regular al centro de salud, cuentan con SIS (MINSA), la calidad de atención es regular, no hay pandillaje, todas no reciben apoyo social organizado.”

“Salazar, F. ⁽²⁶⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P- Huaraz, 2013. Concluye en los determinantes biosocioeconómicos, más de la mitad son adultos jóvenes, sexo masculino, secundaria completa/incompleta, ocupación eventual, ingreso menor a 750 soles. En los determinantes relacionados al entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, casa propia, piso loseta, pared material noble, techo material de noble, comparten dormitorios de cuatro personas, cocinan a gas, casi todos tienen conexión domiciliaria de agua, baño propio, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, que pasa toda las semanas pero no diariamente.”

“En los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad caminan, consumen carne, huevo, pescado y otros, más de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, se bañan 4 veces a la semana, consumen frutas, fideos, arroz, casi todos fuman, duermen de seis a ocho horas, no se realizan exámenes médicos, consumen pan, cereales, verduras y hortalizas. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren la calidad de atención buena, más de la mitad reciben apoyo familiar y organizado, se atienden en centro de salud, lugar y el tiempo de espera de atención regular, cuenta con SIS-MINSA, no hay pandillaje.”

“Vergaray, R. ⁽²⁷⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector A Huaraz – Ancash, 2013. Concluye en los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen secundaria completa, ingreso menor a 750 soles, más de la mitad son sexo femenino; trabajo eventual, la mayoría son adultos jóvenes. En los determinantes del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, dormitorio compartido, la mayoría tienen casa propia, piso de loseta, techo de cemento/ ladrillo, paredes de material noble, disponen y eliminan la basura en carro recolector, casi todos cocinan con gas, cuentan con energía eléctrica permanente, todos tienen conexión de agua domiciliaria, baño propio.”

“En los determinantes de estilo de vida: menos de la mitad no fuman, realizan deporte, caminan, consumen fideos 1 o 2 veces/semana, más de la mitad no consumen bebidas alcohólicas, fruta, huevo más de 3 veces/semana, carne diaria, pescado 1 o 2 veces/semana, la mayoría duermen 6 a 8 horas, higiene menos 4 veces/semana, no realizan examen médico, consumen pan, verduras diario. En los Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias: menos de la mitad reciben atención de salud regular, más de la mitad se atendieron en centro de salud, la distancia y el tiempo de espera regular, la mayoría reciben apoyo de familiares, no reciben apoyo social organizado ni de organizaciones, no hay delincuencia, tienen seguro de salud SIS/MINSA.”

“Santillán, Y. ⁽²⁸⁾, en su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma –Taricá, 2013. Las conclusiones fueron: Los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, con secundaria completa/incompleta, más de la mitad son sexo masculino,

la mayoría perciben un ingreso menor de 750 soles, trabajo eventual. En los determinantes del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, techo de adobe, paredes de adobe; la mayoría baño propio, cocinan con leña; casi todos duermen de 2 a 3 personas en una habitación, todos disponen y eliminan la basura en carro recolector, agua domiciliaria, energía eléctrica, vivienda propia, piso de tierra.”

“Los determinantes de estilo de vida: menos de la mitad consumen frutas 3 veces /semana, más de la mitad no fuma, realizan examen médico, no realizan actividad física, consumen carne, fideo, verdura, otros 1 o 2 veces/semana, huevo, pan 3 veces /semana; la mayoría consumen pescado, bebe alcohol ocasionalmente, duermen 6 a 8 horas, se bañan 4 veces/semana. Los determinantes de redes sociales: menos de la mitad no recibe apoyo social organizado, tiempo de espera de atención fue largo, más de la mitad no reciben apoyo social, se atienden en puesto de salud, queda regular, calidad de atención buena, no hay pandillaje y casi todos tienen SIS - MINSA.”

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 Mack 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 ⁽²⁹⁾. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes ⁽³⁰⁾.”



“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⁽³⁰⁾.”

“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⁽³⁰⁾.”

“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⁽³⁰⁾.”

“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 ⁽³⁰⁾.”



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 ⁽³⁰⁾.”

“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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

“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 una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre enfoque teórico de determinantes sociales de 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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

Educación: “Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

Territorio (ciudad): “Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, calidad de vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en salud ⁽³⁰⁾.”

“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

Estuvo conformado por 110 adultos que viven en el Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz, departamento de Ancash.

Unidad de análisis

Los adultos que residen en el Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que vive más de 3 años en Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz.
- Adultos sanos
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informante 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 (41 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/tejas/calamina

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 miembros
- Independiente

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliario

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia, canal
- Letrina

- Baño publico
- Baño propio
- Otros

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- 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
- 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/1 vez a la semana

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

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?:

- 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 Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz, 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).
- ✓ Los determinantes del entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la

salud de 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 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 CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR
CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

Sexo	N	%
Masculino	50	45,5
Femenino	60	54,5
Total	110	100
Edad	N	%
Adulto joven (20 a 40 años)	43	39,1
Adulto maduro (40 a 64 años)	51	46,4
Adulto mayor (65 en adelante)	16	14,4
Total	110	100
Grado de instrucción	N	%
sin nivel e instrucción	16	14,5
Inicial/primaria	44	40
secundaria completa /incompleta	39	35,5
Superior universitaria	4	3,6
Superior no universitaria	7	6,4
Total	110	100
Ingreso económico	N	%
menor de 750	80	72,7
De 751 a 1000	26	23,6
De 1001 a 1400	4	3,6
De 1401 a 1800	0	0
De 1801 a mas	0	0
Total	110	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	6	5,5
Eventual	82	74,5
Sin ocupación	13	11,8
Jubilado	0	0
Estudiante	9	8,2
Total	110	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vilchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia, Huaraz. Agosto, 2014.

TABLA N° 02

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO
FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ -
SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda unifamiliar	99	90
Vivienda Multifamiliar	11	10
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación	0	0
Otros	0	0
Total	110	100
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0
Cuidar/alojado	2	1,8
Plan social(dan casa para vivir)	0	0
Alquiler / venta	0	0
Casa propia	108	98,2
Total	110	100
Material del piso	N	%
Tierra	76	69,1
Entablado	1	0,9
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	0	0
Laminas asfálticas	33	30
Parquet	0	0
Total	110	100
Material del techo	N	%
Madera , estera	0	0
Adobe	0	0
Estera y adobe	0	0
Material noble , ladrillo, cemento	5	4,5
Eternit/teja/calamina	105	95,5
Total	110	100

Continúa...

Material de las paredes	N	%
Madera ,estera	1	0,9
Adobe	104	94,5
Estera y adobe	0	0
Material noble, ladrillo, cemento	5	4,5
Total	110	100
N° de Personas en dormitorio	N	%
4 a más miembros	24	21,8
2 a 3 miembros	80	72,7
Independiente	6	5,5
Total	110	100
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	2	1,8
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	108	98,2
Total	110	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	8	7,3
Acequia ,canal	0	0
Letrina	102	92,7
Baño público	0	0
Baño propio	0	0
Otros	0	0
Total	110	100
combustible para cocinar	N	%
Gas, electricidad	3	2,7
Leña, carbón	107	97,3
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	0	0
Total	110	100

Continua...

Tipo de alumbrado	N	%
Energía Eléctrica Permanente	109	99,1
Sin energía	0	0
Lámpara(no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Vela	1	0,9
Total	110	100
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	18	16,4
Río	0	0
En un pozo	23	20,9
Se entierra, quema, carro recolector	69	62,7
Total	110	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	110	100
Total	110	100
Suelen eliminar la basura en algún lugar	N	%
Carro recolector	0	0
Montículo o campo limpio	110	100
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
Total	110	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vilchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz. Agosto, 2014.

TABLA N° 03

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR
CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

Actualmente fuman los adultos	N	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	7	6,4
No fumo actualmente, pero he fumado antes	19	17,3
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	84	76,4
Total	110	100
Frecuencia que ingiere bebida alcohólica	N	%
Diario	1	0,9
Dos o tres veces por semana	1	0,9
Una vez a la semana	17	15,5
Una vez al mes	14	12,7
Ocasionalmente	51	46,4
No consumo	26	23,6
Total	110	100
Horas que duerme	N	%
(06 a 08 h)	102	92,7
(08 a 10 h)	8	7,3
(10 a 12 h)	0	0
Total	110	100
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	1	0,9
4 veces a la semana	26	23,6
No se baña/1 vez a la semana	83	75,5
Total	110	100

Continúa...

Se realizó algún examen médico		N	%
Si		5	4,5
No		105	95,5
Total		110	100

Realiza actividad física		N	%
Caminar		76	69,1
Deporte		34	30,9
Gimnasio		0	0
No realiza		0	0
Total		110	100

Actividad física los dos últimas semanas		N	%
Caminar		82	74,5
Gimnasia suave		0	0
Juego con poco esfuerzo		0	0
Correr		0	0
Deporte		28	25,5
Ninguno		0	0
Total		110	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	34	30,9	46	41,8	24	21,8	6	5,5	0	0	110
Carne	11	10	43	39,1	41	37,3	15	13,6	0	0	110
Huevos	23	20,9	33	30	24	21,8	24	21,8	6	5,5	110
Pescado	0	0	10	9,1	26	23,6	60	54,5	14	12,7	110
Fideos	94	85,5	12	10,9	4	3,6	0	0	0	0	110
Pan/cereales	69	62,7	27	24,5	13	11,8	0	0	1	0,9	110
Verduras y hortalizas	108	98,2	2	1,8	0	0	0	0	0	0	110
Otros	9	8,2	13	11,8	15	13,6	28	25,5	45	40,9	110

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz. Agosto, 2014.

TABLA N° 04

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE
CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

Apoyo social natural	N	%
Familiares	95	86,4
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	0	0
No recibo	15	13,6
Total	110	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	110	100
Total	110	100
Apoyo de algunas Organizaciones	N	%
Pensión 65	7	6,4
Comedor popular	0	0
Vaso de leche	14	12,7
Otros	89	80,9
Total	110	100
En que Institución de salud se atendió	N	%
Hospital	2	1,8
Centro de salud	4	3,6
Puesto de salud	98	89,1
Clínica particular	6	5,5
Otros	0	0
Total	110	100

Continúa...

Distancia de lugar de atención de salud	N	%
Muy cerca de su casa	32	29,1
Regular	45	40,9
Lejos	15	13,6
Muy lejos de su casa	13	11,8
No sabe	5	4,5
Total	110	100
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	6	5,5
SIS-MINSA	104	94,5
Sanidad	0	0
Otros	0	0
Total	110	100
Qué tiempo esperó para que lo atendieran	N	%
Muy largo	13	11,8
Largo	10	9,1
Regular	55	50
Corto	15	13,6
Muy corto	6	5,5
No sabe	11	10
Total	110	100
Calidad de atención que recibió	N	%
Muy buena	12	10,9
Buena	8	7,3
Regular	59	53,6
Mala	11	10
Muy mala	9	8,2
No sabe	11	10
Total	110	100
Pandillaje cerca de la vivienda	N	%
Si	4	3,6
No	106	96,4
Total	110	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz. Agosto, 2014.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA N° 01

El presente cuadro muestra los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo, se observa que el 54,5% (60) de los adultos son de sexo femenino; 46,4% (51) son adultos maduros; 40% (44) tienen como grado de instrucción de inicial/primaria; 72,7% (80) perciben un ingreso menor a 750 soles; y el 74,5% (82) tienen trabajo eventual.

“El presente estudio tiene equivalencia a la investigación realizada por Villanueva, C. ⁽⁵⁰⁾, en su encuesta sobre: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla – Huaraz, 2013. Donde el 100% (133) de personas adultas que participaron en el estudio el 51,1 % (68) son de sexo femenino; el 38,3% (68) tiene entre 30 – 59 años; 58,6% (78) tienen grado de instrucción inicial/primaria; 100% (133) tiene un ingreso económico menor a 750 soles y el 74,4% (99) tienen trabajo eventual.”

“Incluso tiene igualdad con la tesis de Hipólito, R. ⁽⁵¹⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. Donde se muestra que el 67% (67) son de sexo femenino; 49% (49) tienen un grado de instrucción Inicial /primaria; 65% (65), tiene un ingreso menor de 750 soles mensual. El 65% (65) son trabajadores eventuales.”

“Del mismo modo tiene afinidad con el estudio de Méndez, N. ⁽⁵²⁾, en su encuesta: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector T Huaraz,

2013. El 51 % (86) son de sexo femenino; 54 % (92) son adultos entre 20-40 años; 42,6% (72) tienen grado de instrucción inicial primaria; 84% (142) perciben un ingreso económico menor de 750 soles; 54,4% (92) tienen como ocupación trabajo eventual.”

“Un análisis que difiere es logrado por Ayala, J. ⁽⁵³⁾, en su estudio titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua, Bajo Sector S Huaraz, 2013. Con respecto al sexo el 52,5% (84) son de sexo masculino; 56,3% (90) son adultos jóvenes; 46,3% (74) tiene secundaria completa/ incompleta; 37,5% (60) perciben un ingreso de 751 a 1000 soles; pero tiene parecido el 43,2% (69) con trabajo eventual.”

“Otra investigación distinta es el hallado por Castellanos, N ⁽⁵⁴⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Puesto de Salud San Francisco – Huancayo, 2013. Donde el 100% (346) de las personas adultas jóvenes el 34,1% (118) tiene un grado de instrucción secundaria completa; 37,3% (129) tienen ingresos de 550 a 999 soles; 61,3% (212) tienen negocio propio.”

“También otro estudio que difiere con lo alcanzado es el de Salazar, K. ⁽⁵⁵⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Habilitación Urbano Popular Golfo Pérsico. Nuevo – Chimbote, 2014. Se evidencia que el 100% (130) son adultas jóvenes; 50% (66) tienen grado de instrucción superior universitario; en el ingreso económico 48% (63) consta de S/. 751.00 a S/. 1000.00 soles; 63% (83) tienen trabajo estable; además es parecido en que el 100% (130) son de sexo femenino.”

“El sexo es la agrupación de caracteres biológicas que de una y otra manera van a diferenciar el sexo masculino al del femenino, así como en el reino animal como en el vegetal y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción, no solo se refieren a los órganos sexuales, también podemos decir que es como la posesión que pueden distribuirse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas ⁽⁵⁶⁾.”

“La valoración sexo es la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza, también representa un porcentaje poblacional importante ya que separa a la especie humana en dos, los hombres de sexo masculino se diferencian de las mujeres de sexo femenino por sus características del cuerpo humano y las alteraciones emocionales. Es un procedimiento de combinación y aleación de rasgos genéticos ⁽⁵⁷⁾.”

“El sexo se explica como la situación orgánica que diferencia al macho y a la hembra dentro de una misma especie que tienen características anatómicas y cromosómicas, el sexo originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre, cada individuo perteneciente a uno de estos grupos ⁽⁵⁸⁾.”

“Edad es el periodo que ha transcurrido la vida de un ser vivo en sus diferentes periodos de vida. El discernimiento de edad brinda la probabilidad de distinguir la diversidad de la vida, entonces de fraccionar la vida humana en diferentes periodos eventuales, cada edad tiene sus propias características ⁽⁵⁹⁾.”

“La percepción edad adulta, es la etapa donde las personas participan plenamente en las ocupaciones comunitarias o eventos sociales. Se ingresa a la vida profesional, es el

comienzo de las principales preocupaciones de encontrar trabajo permanente, de ser independiente, hacerse responsable de su vida y de las personas que los rodea, como también de encontrar su pareja y formar su propia familia. ⁽⁶⁰⁾”

“La edad es el tiempo que una persona ha vivido desde que nació, el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento determinado de su vida, los cuales tienen características bien definidas, estas diferencias culturales evidencian que el concepto de edad es relativo y subjetivo y que se clasifican en distintos periodos de vida ⁽⁶¹⁾.”

“En relación al grado de instrucción, es la técnica de aprendizaje que se desarrolla en las diferentes Instituciones educativas y/o universidades, de forma específica, de la transmisión de conocimientos por parte del maestro y de la adquisición de esos conocimientos por parte del alumno. Por medio de la instrucción en clases, el maestro va formando y desarrollando habilidades, destrezas y hábitos en el alumno ⁽⁶²⁾.”

“Grado de instrucción, es un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener espacios jerárquicos o simplemente tener lugar improvisada ⁽⁶³⁾.”

“Grado de instrucción es un factor que garantiza la salud y accesibilidad a la educación como la más importante herramienta de un individuo para realizar cambios en su estilo de vida dado que el estilo de vida está determinado por las condiciones de vida, el conocimiento es un elemento importante en la identificación de los factores de riesgo.”

“Ingreso económico es la agrupación de beneficios y remuneración que un individuo obtiene de sus capacidades, de su empleo o de su capital para complacer de sus necesidades de acuerdo a sus demandas ya sea al número de integrantes de la familia o satisfacción de la misma persona en particular ⁽⁶⁵⁾.”

“Ingresos económicos, son todos los ingresos financieros que cobra un individuo, una familia, una institución, entidad, empresa, una organización, un gobierno. El tipo de ingreso que recibe una persona o una empresa u organización depende del tipo de actividad que realice (esto ya sea un trabajo, un negocio, unas ventas, etc.) ⁽⁶⁶⁾.”

“Se comprende por ingresos económicos a todos los beneficios que percibe de la agrupación total del presupuesto de una empresa, ya sea tanto pública o privada, individual o grupal, las ganancias son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan un círculo de gasto-beneficio ⁽⁶⁷⁾.”

“La ocupación es la actividad que ejecuta un individuo ya sea esto hombre o mujer que está trabajando para llevar a cabo una serie de labor o acción ya sea a nivel físico o bien intelectual sea esto fuera o dentro de su hogar por lo cual obtiene un salario económico mensual para sus gastos que genera durante su vida ⁽⁶⁸⁾.”

“Incluso la ocupación se determina como el conjunto de competencias, compromiso y labor que ejerce un individuo en su trabajo, empleo o puesto de trabajo, independientemente de su derivación de actividad y de las relaciones que establece con los demás agentes provechosos, definidos por la postura en el trabajo ⁽⁶⁹⁾.”

“Además la ocupación se narra como la tarea teórica y práctico, que esto conlleva cierta conmoción en el entorno, es decir son convertidores. Este tipo de producción permite que el humano modifique el entorno y también a sí mismo en un procedimiento continuo, que además se da en el marco de apoderarse de la herencia instructiva y la fortuna anecdota aglomerado ⁽⁷⁰⁾.”

El desenlace de la presente indagación sobre los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo. En relación al sexo se muestra que más de la mitad de los pobladores son de sexo femenino, este resultado se obtiene debido a que en la mayoría de los hogares se ha visto el nacimiento de más niñas que niños. También podemos manifestar que algunos varones salen en busca de trabajo a diferentes lugares del país, motivo por el cual en los resultados se evidencia el mayor porcentaje del sexo femenino.

“Según los datos obtenidos de la Oficina General de Estadística e informática (OGEI) del puesto de salud Curhuaz de cada 18 nacidos vivos durante el año 2016, se observa un mayor porcentaje de nacimientos de sexo femenino con un 61% (11) a comparación del sexo masculino con un 39% (7) ⁽²⁰⁾.”

“Según el Censo del 2014, la población masculina del departamento de Ancash es, 529 mil 708, que representan 49,8% de la población y la población femenina, 533 mil 751, es decir el 50,2%. En el período intercensal en los últimos años, la población masculina se incrementó en 59 mil 597 hombres, es decir, 12,7%. Asimismo, la población femenina aumentó en 48 mil 839 mujeres, que representa el 10,1% ⁽⁷¹⁾.”

Como resultado del indicador de grupo etáreo en el presente trabajo encontramos que predominan los adultos maduros, lo cual se puede explicar que es debido al fenómeno migratorio que ocurre en poblaciones pequeñas como es en el Sector Caururo donde abandonan el hogar paterno en busca de mejores condiciones de vida. Cabe mencionar sin embargo que existe también un buen grupo de jóvenes (39,1%) que se quedan en el lugar, ellos manifiestan querer seguir viviendo con las tradiciones de sus ancestros, formando sus familias y así poder acompañar a los adultos para que ellos no se queden solos.

“Según la encuesta en 2016 del adulto maduro, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2017, la población adulto maduro (40-64 años) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%) ⁽⁷²⁾.”

“Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad. ⁽⁷²⁾.”

Con respecto al grado de instrucción encontramos que menos de la mitad tienen educación inicial/primaria, esto puede deberse a la falta de los recursos económicos suficientes, por otro lado estos resultados nos invitan a reflexionar sobre ciertas

creencias que conservan algunas personas donde mencionan la idea de que es innecesaria la educación de las mujeres como también en algunos casos la de los varones; pues los colaboradores mencionan que si se van a dedicar actividades del campo no necesitan de mucho estudio y si es que se educan manifiestan que la educación que reciben no les favorece en nada a ellos, por lo que nos encontramos con un grupo mínimo de adultos maduros quienes tienen estudios superiores lo cual demuestra que hubo también familias que se preocuparon por la educación de sus hijos y realizaron un esfuerzo personal para que los adultos maduros actuales lleguen a tener una profesión.

En el Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo, no existen instituciones educativas propias, la más cercana se encuentra en el Centro Poblado de Paria, a una distancia de 15 minutos de caminata, allí funciona la Institución educativa San Cristóbal de Paria, que brinda servicios de educación inicial, primaria y secundaria en el turno de mañana, con profesores foráneos; para el nivel superior necesariamente los estudiantes tienen que ir a Huaraz, ya que en la zona no existen dichas posibilidades. Las carreras que estudian con mayor frecuencia, son de nivel técnico, porque les permite insertarse al mercado laboral en un tiempo más corto pudiendo aportar de esa manera a la economía familiar; sin embargo, también hay algunos jóvenes que estudian en la universidad.

“Los datos del INEI indican el nivel educativo en Perú en 2015, del total de población, el 29,3% tenían educación primaria, 11,2% educación secundaria y 4,9% educación superior, comparado con el 2012 se incrementó aproximadamente 2,0 puntos porcentuales en los niveles de primaria (27,1%) y secundaria (9,4%); en el año 2015

fue mayor en los niveles más bajos, 20,7% en el primer quintil y 15,7% en el segundo quintil frente al 5,4% del quintil superior y 7,3% del cuarto quintil de riqueza ⁽⁷²⁾.”

En relación al ingreso económico, la mayoría de los participantes percibe menos de 750 soles mensuales, que lo obtienen de generar sus propios ingresos desarrollando actividades centradas en la venta de: animales menores, productos agrícolas, hortalizas en el mercado popular y trabajando como amas de casa. Podemos decir que este ingreso no llega a cubrir la canasta básica familiar, por lo que priorizan la satisfacción de las necesidades más básicas como la alimentación, dejando de lado otras necesidades como la compra de ropa o enseres para el hogar quedando aún más lejos la realización de actividades recreativas y de esparcimiento por lo oneroso que estas resultan.

Afortunadamente los adultos del Sector Caururo, utilizan algunos alimentos que producen para el autoconsumo, el dinero que consiguen de manera eventual e independiente lo utilizan para la compra de productos como: aceite, arroz, azúcar, de vez en cuando productos cárnicos y pescado, así como algunas frutas, lo que nos estaría indicando que existen deficiencias en su alimentación a causa de su bajo ingreso económico.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que entre los meses de marzo y mayo de este año el ingreso promedio mensual proveniente del trabajo en Lima Metropolitana se ubicó en S/1,622.7, resultado mayor en 0,8% comparándolo con similar periodo del 2016, de los cuales el ingreso de las mujeres representa aproximadamente el 71% del ingreso de los varones ⁽⁷³⁾.”

“El jefe del INEI, Aníbal Sánchez, especificó que si bien el ingreso promedio de los hombres (S/1.862,4) sigue siendo mayor al de las mujeres (S/1,320), este último aumentó un punto porcentual más (0,8% vs 0,9%, en ese orden). Asimismo, explicó que, por sector económico, el ingreso mensual en construcción, servicios y comercio aumentaron en 2,8% (S/. 53,1), 1,9% (S/. 32,1) Y 1,5% (S/.18,6), respectivamente, presentándose mayores empleos formales con mayor experiencia y calificación profesional. ⁽⁷³⁾.”

Al realizar el análisis, de la ocupación, se obtuvo que la mayoría de los adultos participantes en la investigación tienen trabajo eventual, esto está directamente relacionado con el grado de instrucción que tienen, ya que no todos llegaron a ser profesionales e insertarse al mundo laboral estatal o privado; por lo que sólo trabajan en actividades rústicas como la albañilería, amas de casa, otro grupo se dedica a la pequeña agricultura y vive de la venta de sus productos, estos resultados guardan estrecha relación con los obtenidos en el análisis respecto al ingreso económico, ya que estas dos variables están íntimamente ligadas; se puede mencionar que este panorama repercute en la pobreza de sus hogares, que los hace vulnerables a adquirir múltiples problemas de salud tanto física como mental.

“En el último trimestre del 2016 (octubre, noviembre y diciembre), la tasa de desempleo de Lima Metropolitana fue de 6,2%. Por ello, se estima que existen 324,500 personas que buscan un empleo activamente, informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La entidad también señaló que, del total de personas desempleadas, el 49,8% (161,700 personas) son hombres y el 50,2% (162,800

personas) son mujeres y respecto a la tasa de desempleo por género, la desocupación femenina se ubicó en 6,8% y la masculina, 5,7%. ⁽⁷⁴⁾.”

Los resultados de la presente tabla nos llevan a la conclusión que los adultos maduros tienen como determinantes negativos de tener una educación incompleta, la falta de empleo oportuno, a la vez podemos manifestar que estos resultados predisponen a problemas potenciales de salud y también nos indican que a futuro traerán como consecuencia el incremento de personas con falta de una educación, alimentación, y estarán sujetos a adquirir múltiples problemas de salud.

TABLA N° 02

El presente cuadro muestra los determinantes de salud relacionados al entorno físico de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo, se observa que el 90% (99) tienen vivienda unifamiliar; 98,2% (108) cuentan con vivienda propia; 69,1% (76) material de piso de tierra; 95,5% (104) tienen como techo eternit/tejas/calamina; 94,5% (104) material de las paredes son de adobe; 72,7% (80) duermen 2 a 3 miembros en una habitación; 98,2% (108) tienen como abastecimiento de agua conexión domiciliaria; 92,7% (102) tienen letrina; 97,3% (107) cocinan con leña; 99,1% (109) tienen energía eléctrica permanente; 62,7% (69) entierran y queman la basura; 100% (110) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; y el 100% (110) suelen eliminar la basura en montículo a campo limpio.

“El presente estudio tiene equivalencia a la investigación realizada por Lama, A. ⁽⁷⁵⁾, en su encuesta sobre: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro

Poblado Puente de los Serranos-Querecotillo-Sullana, 2014. Donde el 83% tienen vivienda unifamiliar; 96% tienen vivienda propia; 75% piso de tierra, 98% techo de plancha de calamina o eternit; 65% paredes de adobe y conexión domiciliaria; 98% utiliza letrinas; 96% cuenta con energía eléctrica permanente; 50% elimina la basura al campo abierto; 100% afirma que nunca pasan recogiendo la basura; 98% elimina su basura en montículos o campo libre; pero difiere en que el 58% tienen habitación independiente y el 77% utiliza gas para cocinar.”

“Otra investigación similar es el hallado por Castro, A. ⁽⁷⁶⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío de Miraflores-Salitral-Sullana, 2014. Donde se muestra que el 79% tienen vivienda unifamiliar; 92% tienen vivienda propia; 68% piso de tierra; 96% techo de eternit/calamina; 50% tienen paredes de estera y adobe; 54% duermen de 2-3 miembros; 84% tienen agua potable dentro de la vivienda; 57% tienen letrina; 51% utiliza leña y carbón; 97% tiene energía eléctrica permanente; 99% entierra, quema la basura; pero es opuesto ya que el 47% recogen la basura al menos 2 veces por semana; y 71% utiliza el carro recolector para la eliminación de la basura.”

“Del mismo modo tiene afinidad con el estudio de Durand, G. ⁽⁷⁷⁾, en su encuesta sobre: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado San Francisco de Chocán – Querecotillo - Sullana, 2014. El 70% tienen vivienda unifamiliar; 93% vivienda propia; 59% piso de tierra; 99,6% con techo de calamina o eternit; 75% duermen de 2 a 3 miembros; 100% tiene conexión domiciliaria; utiliza las letrinas; 99,2% cuenta con energía eléctrica permanente; 67% entierran, queman su basura;

100% afirman que nunca pasan recogiendo la basura; elimina su basura en montículos o campo libre; pero además se diferencia en que el 57% tienen paredes de material noble ladrillo, cemento y 61% utilizan gas para cocinar.”

“Un análisis que difiere es logrado por Castillo, R. ⁽⁷⁸⁾, en su estudio titulada: Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote – 2014. Donde el 100% (60) tienen otro tipo de vivienda (penal); por Plan social (dan casa para vivir); piso 100% (60) loseta, vinílicos y sin vinílicos; techo 100% (60) de material noble, ladrillo y cemento; paredes 100% (60) de material noble, ladrillo y cemento; 75% (45) duerme de 4 a más miembros; 100% (60) tienen cisterna; 100% (60) baño propio; 100% (60) cocina a gas, electricidad; 100% (60) tiene energía temporal; disposición de basura el 100% (60) entierra, quema, carro recolector; frecuencia de recojo de basura por su casa el 100% (60) diariamente; 100% (60) eliminan la basura en contenedores específicos de recogida.”

“Otra investigación distinta es el hallado por Romero, M. ⁽⁷⁹⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven del Asentamiento Humano la Victoria. El Tambo – Huancayo, 2013. Se evidencia que del 100% (382) 32,5% (124) tiene vivienda de alquiler; 88,2% (337) piso de cemento; 99,9% (378) techo de concreto armado; 99,5% (380) paredes de cemento; 86,4% (330) red pública dentro de la vivienda; 67,3% (382) tiene desagüe; 100% (382) cocina a gas; tiene energía eléctrica; refiere que pasan recogiendo la basura al menos 2 veces por semana; elimina su basura en carro recolector, pero es similar con 64,9% (248) que duermen en una habitación de 2 a 3 miembros.”

“También otro estudio que difiere con lo alcanzado es el de Juan de Dios, L. ⁽⁸⁰⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven. Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida-Tambo, 2013. Donde 30,5% (112) tiene vivienda multifamiliar, alquilada; 67,3% (247) piso de cemento; 51,4% (189) techo de concreto armado; 89,9% (330) paredes de cemento; 34,6% (127) duermen en una habitación de 3 miembros; 95,9% (352) tiene desagüe, 100% (367) cocina a gas; tiene energía eléctrica; 79,3% (291) refiere que pasan recogiendo la basura todas las semanas pero no diariamente; 100% (367) elimina su basura a través del carro recolector, pero se asemeja, en que el 100% (367) tiene red pública dentro de la vivienda.”

“Una Vivienda: es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras ⁽⁸¹⁾.”

“La casa unifamiliar es la forma de vivienda de preferencia. Sin embargo, en los últimos años no sólo han cambiado las necesidades de sus ocupantes, sino que los precios cada vez más elevados de la energía y la materia prima contribuyen a que aspectos como la multifuncionalidad, un buen modo de ahorrar espacio, es la conformación de una gran estancia con distribución adecuada ⁽⁸²⁾.”

“Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las

personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas⁽⁸³⁾.”

“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 adquiridas a través de otros medios se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar⁽⁸⁴⁾.”

“La seguridad de la tenencia es un componente central del derecho a la vivienda adecuada. Cualquier iniciativa relacionada con la vivienda, ya sea en el contexto de la renovación urbana, la gestión de la tierra u otros proyectos de desarrollo, tendrá repercusiones en la seguridad de la tenencia⁽⁸⁵⁾.”

“La falta de seguridad de la tenencia hace muy difícil la protección contra el desalojo forzoso, dejando a los más vulnerables. Las normas de derechos humanos estipulan que todas las personas deben gozar de cierto grado de seguridad de la tenencia que les garantice una protección legal contra el desalojo forzoso, y otras amenazas⁽⁸⁵⁾.”

“Piso de tierra es cuando en el interior de la estructura, no se ha hecho ninguna mejora a la tierra en su estado original, además de los riesgos sanitarios principales, nos indica sobre las condiciones socioeconómicas de sus habitantes. Para que una vivienda se considere con estructuras durables, se toman a consideración los materiales⁽⁸⁶⁾.”

“Del mismo modo el piso es el lugar que se pone el pie, donde se pisa, del verbo pisar, proveniente en su etimología del latín: pinsare, el piso se halla ubicado en la parte

inferior de la superficie en la que transitamos, que puede ser exterior. En una habitación, el piso puede ser de cemento, alfombrado, cerámicos, tierra, etc. ⁽⁸⁷⁾.”

“Así mismo 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), que es el elemento estructural horizontal de una planta y que se utiliza como medio de una vivienda ⁽⁸⁸⁾.

“En construcción se conoce por techo a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie ⁽⁸⁹⁾.”

“Teja de barro es una pieza realizada en forma de canal; usada para cubrir exteriormente los techos y no permitir la entrada de agua de lluvia a un espacio dejándola escurrir. Las tejas son delgadas placas (planas o curvas) de tierra arcillosa mezcladas habitualmente con arena, que se endurecen por cocción ⁽⁹⁰⁾.”

“Las calaminas son resultados del corte de bobinas zincadas, y luego conformadas en forma continua plancha por plancha a través de una serie de rodillos. Su uso está orientado a techado de viviendas, graneros, depósitos en general las cuales generan una protección a las viviendas ⁽⁹¹⁾.”

“Adobe son ladrillos de barro que se secan con el sol, de esta manera pasa a significar toda masa barrosa, en general consistente en una mezcla formada en su mayor cantidad

por arena (80%) arcilla (20%) y agua, que en algunos casos aparece mezclada con paja, para evitar las grietas, secada con el sol, dándole forma rectangular ⁽⁹²⁾.”

“El adobe es un material de construcción milenario que es fácil de hacer y muy duradero. Los edificios de adobe también ofrecen ventajas significativas en climas cálidos y secos; ya que permanecen más frescos durante el día y más cálidos durante la noche, esto se debe a que los adobes almacenan y liberan el calor muy lento ⁽⁹³⁾.”

“El 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, y no requiere consumo adicional de energía ⁽⁹⁴⁾.”

“Entendemos por dormitorio al 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 ⁽⁹⁵⁾.”

“Dormitorio es una habitación usada, sobre todo, para el sueño o descanso. En la mayoría de casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo personal o compartido. De los cuales las actividades pueden variar desde dormir, leer, o simplemente aislarse un poco al exterior en dicha habitación ⁽⁹⁶⁾.”

“Según el diccionario de uso del español de América y España, habitación es la parte separada por paredes o tabiques en que se divide una casa u otro edificio,

especialmente la que está destinada a dormir: un departamento con tres habitaciones, cocina y baño; habitación de hotel; habitación de hospital ⁽⁹⁷⁾.”

“Abastecimiento del agua es la forma como se abastecen de agua para el consumo en la vivienda. La red pública es el sistema mediante el cual los moradores se abastecen de agua por medio de una red comunitaria, que puede estar administrada por una institución oficial, privada o por la comunidad. Conexión domiciliaria es el sistema de abastecimiento de agua privado para uso exclusivo ⁽⁹⁸⁾.”

“A su vez la protección de las fuentes de abastecimiento del agua se realiza para evitar la contaminación del agua. La protección de las fuentes es importante porque de esto depende la calidad del agua que será utilizada por la población y por nuestra familia y así evitar las enfermedades ⁽⁹⁹⁾.”

“El agua conectada a una red domiciliaria son aquellas instalaciones exigidas por la urbanización, inclusive los arranques de agua potable, operadas y administradas por el prestador del servicio público de distribución, a las que se conectan las instalaciones domiciliarias de agua potable ⁽¹⁰⁰⁾.”

“La eliminación de excretas es definida como 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, la falta de sistemas de saneamiento básico favorece la proliferación de vectores, así como de agentes infecciosos ⁽¹⁰¹⁾.”

“El baño/ letrina se refiere a la disponibilidad de un espacio cerrado por paredes que se elevan del suelo hasta el techo, o por tabiques utilizado por el hogar para la evacuación de excretas. El baño / letrina puede estar dentro o fuera de la vivienda y ser de uso exclusivo del hogar o compartido con otros hogares ⁽¹⁰²⁾.”

“Letrina es el lugar destinado a la evacuación de las heces y los orines, y a la eliminación del material empleado en la limpieza anal, es una alternativa sencilla, consta de una cabina ventilada, para dar privacidad a la losa o la taza, y que se conecta con un gran pozo o cámara, cuyas paredes suelen reforzarse con ladrillos o tablones para que no se derrumben. El diámetro del pozo varía entre 0,80 m y 1,50 m ⁽¹⁰³⁾.”

“La OMS define que los combustibles y tecnologías ineficientes para cocinar producen elevados niveles de contaminación del aire de interiores dado que liberan elementos nocivos para la salud, tales como pequeñas partículas de hollín que penetran profundamente en los pulmones. En viviendas mal ventiladas el humo puede producir concentraciones de pequeñas partículas 100 veces superiores a las aceptables. ⁽¹⁰⁴⁾.”

“Así mismo el combustible para cocinar ya sea madera, los residuos de cosechas, el carbón y leña son los combustibles más usados para cocinar. Sin embargo, al arder todos estos combustibles producen contaminación y problemas respiratorios. Además, el carbón y la leña son escasos en ciertos lugares ⁽¹⁰⁵⁾.”

“Se define como unos combustibles importantes al uso de leña, además que la leña tiene múltiples usos entre los que destacan la calefacción de la vivienda, cocción de

alimentos y calentamiento agua para consumo humano. Así mismo se usa en pequeñas industrias tales como ladrilleras, talleres de alfarería, panaderías y otras ⁽¹⁰⁶⁾.”

“La energía eléctrica, es lo que trata o guarda relación con la electricidad. Es, según los expertos, una propiedad esencial que se caracteriza por la repulsión o la atracción que se genera entre las porciones de una materia, de acuerdo a la presencia de protones (de carga positiva) o de electrones (cuyas cargas son negativas) ⁽¹⁰⁷⁾.”

“La energía eléctrica se ha convertido en parte de nuestra vida diaria. Sin ella, difícilmente podríamos imaginarnos los niveles de progreso que el mundo ha alcanzado, las instalaciones eléctricas también permiten utilizar la energía hidroeléctrica a mucha distancia del lugar donde se genera ⁽¹⁰⁸⁾.”

“Así mismo la energía eléctrica es una fuente de energía renovable que se obtiene mediante el movimiento de cargas eléctricas (electrones positivos y negativos) que se produce en el interior de materiales conductores (por ejemplo, cables metálicos como el cobre) ⁽¹⁰⁹⁾.”

“La basura es todo aquello considerado como desecho y que se necesita eliminar, es un producto de actividades humanas al cual se considera sin valor e indeseable por lo cual normalmente se coloca en lugares predestinados para la recolección para ser canalizada a tiraderos o vertederos, rellenos sanitarios u otro lugar ⁽¹¹⁰⁾.”

“La basura es todo aquel material considerado como desecho y que se necesita eliminar. Normalmente se la coloca en lugares previstos para la recolección para ser

canalizada a tiraderos, rellenos sanitarios u otro lugar. Actualmente, se usa ese término para denominar aquella fracción de residuos que no son aprovechables y que, por lo tanto, debería ser tratada para evitar problemas sanitarios o ambientales⁽¹¹¹⁾.”

“La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), define como basura a aquellas materias generadas en las actividades de producción y consumo, que no han alcanzado un valor económico en el contexto en el que son producidas y que en algunas ocasiones perjudican la salud de la población⁽¹¹²⁾.”

“El recolector de basura debe tener un comportamiento correcto y predecible para que sea útil, si el programador no puede confiar en el recolector de basura, éste se vuelve más un problema que una solución, porque introduce nuevos puntos de falla en los programas, volviendo mucho más difícil la búsqueda de errores⁽¹¹³⁾.”

“El portal (Municipio al Día) recuerda que: Las municipalidades deben proveer el servicio de limpieza pública y recojo de basura. Además, para evitar que la basura contamine el medio ambiente se deben determinar áreas de acumulación de desechos, rellenos sanitarios y de aprovechamiento industrial de desperdicios⁽¹¹⁴⁾.”

“La recolección de los residuos es el primer paso en la eliminación de la basura. Los municipios deben organizarse para garantizar a los ciudadanos que los residuos sean recogidos con una frecuencia que responda a sus necesidades y por ello evitar focos infecciosos en una dicha población⁽¹¹⁵⁾.”

Dentro de la investigación realizada en el Centro Poblado de Curhuaz Sector Caururo, la mayoría tienen viviendas unifamiliares, es decir la organización familiar de los

adultos mayores tienen sus propios domicilios y viven solo con sus menores hijos, por lo que alguno de sus hijos al llegar a tener la mayoría de edad conforman sus propias familias y salen del hogar con la finalidad de poder vivir independientemente en unión de su familia, buscar un futuro mejor y de esa manera afrontar los problemas que se presentan a futuro.

“Existe un estudio realizado por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a nivel nacional en 2015, donde el mayor porcentaje son viviendas unifamiliares con 75,9%, seguido de viviendas multifamiliares 12,5%, vivienda de uso mixto 3,6%. Por otro lado, en España el perfil de los hogares unifamiliares, casi llegan al 25%, aunque el número de personas que viven solas es 9% del total ⁽⁷¹⁾.”

Se puede evidenciar que casi todos los adultos tienen casa propia, esto se debe, a que en esta localidad la comunidad entregó un predio individual a todos sus usuarios y que éstos a la vez también optaron por entregar sus lotes correspondientes a sus hijos quienes van adquiriendo la mayoría de edad y van conformando sus familias, razón por la cual las familias organizadas optaron por construir sus viviendas propias en donde puedan vivir adecuadamente y tener mejores oportunidades, es por eso que hoy en día en esta comunidad ya están realizando los trámites del título individual de cada lote de terreno, esto lo realizaron para que a lo largo de su vida vivan tranquilos.

“Según el diagnóstico situacional de vivienda en Huánuco en 2016. El régimen de tenencia 15,425 viviendas son propias, los cuales 14,141 son propias y 1,284 compradas a plazos, 3,688 (15%) alquiladas, 2,851 (12%) ocupadas en calidad de

(cuidadores) con autorización de los propietarios, mientras podríamos decir que hay 1,877 (8%), en el cual están incluidos los propiedades fiscales o privadas ⁽¹¹⁶⁾.”

“En comparación con el Censo de 2016, en el departamento de Ancash, es importante destacar el incremento de las viviendas propias en 24 mil 882 viviendas, que representa un 16,8% durante el periodo intercensal, y un incremento anual de 1 mil 777 viviendas. Las viviendas alquiladas se incrementan en 11 mil 15 durante el mismo periodo, y representa un crecimiento del 95,7%, un crecimiento anual 787 viviendas y una tasa de crecimiento promedio anual de 4,8% ⁽¹¹⁶⁾.”

En cuanto al material de piso la mayoría es de tierra esto debido a que la población no cuenta con los recursos económicos suficientes para poder comprar y utilizar otros materiales adecuados para mejorar y mantener la salubridad de sus hogares; otra de las razones es también que las familias prefieren su piso de tierra porque conservan el calor, tienen las costumbres de sentarse en el suelo y así ellos se sienten más cómodos otro material de piso refieren que les ocasiona molestias como: dolores de rodillas, los huesos entre otros, como también en épocas de lluvia se ensucian muy rápido y tendrían que realizar limpiezas frecuentemente por lo cual el cuidado necesita de más tiempo y dedicación.

“Según INEI en Ancash, en el año 2016. El material predominante en el piso de los hogares fue tierra/arena (50,5%), seguido de cemento/ladrillo (38,3%). El material menos utilizado fue de madera (entablado) con el 0,9% de los hogares. Asimismo, existen diferencias entre los pobres, cerca del 80% de los pobres extremos viven en

viviendas con piso de tierra y casi el 55% de pobres no extremos viven en tal condición, aun en el área urbana, el mayor porcentaje de hogares pobres residen en viviendas con piso de tierra, 49,3% en la costa, 49% en la sierra y 55,3% en la selva ⁽¹¹⁷⁾.”

En cuanto al material de techo que utilizan cada una de las familias investigadas se evidencia que casi todas las viviendas poseen techo de eternit, teja, calamina, esto se debe que los materiales son más económicos, por lo que optan por comprar materiales que están a su alcance y disposición, el techo de eternit y calamina proporciona protección, evita el ingreso de agua en temporadas de lluvia y es más liviano en su uso, traslado y son de menor costo, así como también protege el ingreso de animales tales como ratas o murciélagos, también observamos que un 4,5% de las familias tienen construidos sus domicilios con material noble, ladrillo y cemento dentro de ellos están los profesionales y los que tienen sus pequeños negocios, quienes pues con un poco de esfuerzo llegan a construir sus viviendas con materiales más fuertes y estables.

“Según INEI en la Encuesta Nacional de Hogares en 2015, el material que predomina en los techos de las viviendas a nivel nacional muestran que 60,8% de la población bajo análisis reside en viviendas con techo de madera, tejas, eternit, plancha de calamina, fibra de cemento, caña o estera con torta de barro, características que han sido clasificadas como material (No Noble). Un 20,4% vive en viviendas cuyo techo tiene material precario, es decir, son de estera, paja, u otro material ⁽¹¹⁷⁾.”

En cuanto al material de las paredes de las viviendas, más de la mitad es de adobe, esto se debe a la utilización y disposición de la tierra como material de construcción de las

viviendas, la fabricación del adobe es sencillo, económico donde no se requiere equipo complejo, ayuda a la población a fabricar de manera manual sin mucha complicación y relativamente sencillo para su proceso constructivo, ya que la población mencionó que las construcciones de adobe actúan como barrera de protección contra los ruidos y la temperatura excesiva, si ellos están dentro de la casa el clima estará templado y abrigado y al contrario si hace mucho calor la casa de adobe estará fresca y resistentes a las lluvias, vientos, logrando fácilmente un agradable bienestar térmico.

“Según el INEI a nivel nacional en 2016, los hogares pobres cuentan con paredes de adobe o tapia, 57,2%, un 49,6% de hogares no pobres tienen paredes de ladrillo o bloque de cemento. Por ámbito geográfico, se delinea la tendencia observada a nivel nacional, es decir mayor presencia de paredes construidas con ladrillo y con adobe como estándar o promedio. Asimismo, se advierte mayor proporción de hogares pobres con paredes de adobe, y en el caso de los no pobres predomina el ladrillo. La excepción es la selva, donde lo más frecuente para pobres es levantar paredes con madera ⁽⁷¹⁾.”

En cuanto al uso de la vivienda se encontró que la familia de los adultos comparten la habitación con 2 a 3 de sus menores hijos, ya que sus viviendas no cuentan con divisiones para poder ser entregado y utilizado por sus hijos, también esto es debido a que las construcciones no han tenido una estructura y planificación adecuada para poder ser habitado a futuro, este tipo de vivienda no ofrece privacidad familiar y traen muchas consecuencias fatales como violaciones, transmisión de enfermedades, hacinamientos entre otros, y otro de los objetivos es que también estas viviendas lo utilizan como habitaciones para criar sus animales menores dentro de la vivienda, las

cuales generan un ambiente inadecuado , también observamos que hay un grupo menor que cuenta con habitaciones independientes y bien distribuido para cada uno de sus hijos, para ello es oportuno recomendar a la población de adulto que a futuro cada padre debe tener muy claro cómo debe ser su vivienda para sus hijos y su familia.

“En Departamento de Ancash de acuerdo a habitaciones con que cuenta la vivienda, excluyendo la cocina, baño y pasadizo, se considera como hogar hacinado aquel donde habitan más de 3 personas por cuarto. Según las cifras del Censo de 2015, el 14% de los hogares estarían en tal condición. Según provincias, Asunción y Huari, tienen mayor porcentaje de hogares hacinados, con 23,4% y 23,2%, respectivamente ⁽¹¹⁸⁾.”

De igual manera en la investigación realizada encontramos que nuestros encuestados entienden como una necesidad básica el servicio del agua esto demuestra el interés de los usuarios que se organizaron y buscaron los mecanismos necesarios para poder construir sus sistemas de agua clorada, por lo que en la actualidad la mayoría de las familias organizadas cuentan con agua clorada con conexión domiciliaria, de esta manera aseguraron el buen consumo del agua y a la vez manifiestan que a través de sus comités organizadas encontraron apoyo por parte de la municipalidad para realizar el tratamiento trimestral del agua y de esa manera mejorar la calidad del servicio y a la vez disminuir las EDAS, parasitosis, afecciones dermatológicas entre otras.

“Según la Encuesta nacional de Hogares (ENAH), en los hogares que acceden al servicio de agua por red pública según la residencia en el trimestre octubre, noviembre y diciembre del 2015 – 2016 de cada 100 hogares 86 consume agua proveniente de red

pública, siendo 92 en el área urbana y 68 en el área rural. Comparando con similar trimestre del año 2015, la cobertura de este servicio prácticamente es similar a la del año anterior, en el área rural se incrementa en 1,6 puntos porcentuales al acceso a agua por red pública dentro de la vivienda, mientras que en el área urbana disminuyó en 1,4 puntos porcentuales ⁽¹¹⁷⁾.”

Los resultados sobre la eliminación de excretas nos muestran que la mayoría de los encuestados lo realizan en letrinas, esto se debe a que la población aún no cuenta con un servicio de desagüe, necesidad primordial que debe tener una familia organizada, también encontramos un 7,3%, quienes eliminan sus excretas al aire libre por lo que a los encuestados se les motivó y se manifestó para que conformen un comité de gestión pro construcción del desagüe y solicitar a una entidad municipal para su pronta ejecución y de esa manera lograr a mejorar la eliminación de las excretas y tener una vida saludable y no tener consecuencias fatales en el futuro.

“En la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), los servicios de desagüe en trimestre enero, febrero y marzo del 2017 en el área urbana, el 90,9% de los hogares tienen sistema de eliminación de excretas por red pública, y en el área rural el 19,5%. Por otro lado, de cada 100 hogares rurales, 26 eliminan las excretas mediante pozo séptico, mientras que solo el 2 de cada 100 hogares utiliza este medio en el área urbana. ⁽¹¹⁷⁾.”

En cuanto a la variable combustible para cocinar un porcentaje significativo de los encuestados utilizan la leña para preparar sus alimentos, estos resultados nos indican que en dicha comunidad la población cuenta con maderas en sus chacras y por ello tiene la mayor facilidad para su uso como combustible, ya que ellos no tienen ingresos

suficientes para optar otros medios, aunque atentan contra su salud generando problemas como alergias, problemas pulmonares; irritación de los ojos, y otros. También en la actualidad manifiestan nuestros encuestados que un cuarto de la población utiliza el gas por las facilidades que dio el gobierno a través del programa FISE (Fondo de Inclusión Social Energético) y son las personas que utilizan la energía eléctrica por debajo de los 15.00 soles.

“Según ENAHO en 2015, la variable combustible que emplean las familias de menores ingresos en la cocción de los alimentos, resalta el uso, la leña (40,1%), seguido de kerosene con 31,7% y finalmente, el gas con 22,6%. El uso de la leña constituye una práctica básicamente del área rural. En efecto el 84,5% de las familias de menores ingresos, utilizan leña, su uso en el área urbana es menor 16,5% ⁽¹¹⁹⁾.”

Como respuesta a la variable energía eléctrica encontramos que casi todos los encuestados cuentan con energía eléctrica permanente en sus viviendas, esto debido al apoyo oportuno que se logró por parte de la municipalidad de Independencia sobre la ejecución del proyecto de energía eléctrica, el servicio de alumbrado público se presta en las zonas donde hay mayor concentración de la población y en vías principales que une las diferentes calles. También con el servicio de la energía eléctrica observamos que facilita a los estudiantes para poder realizar sus actividades educativas, el uso de artefactos eléctricos y algunos que son obreros les permite el uso de la tecnología para la fabricación de sillas, mesas, etc.

“Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en 2016 destaca la energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares del país. A nivel Nacional

93,8% de hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 4,6 puntos porcentuales respecto al año 2015 (89,2%), los hogares más beneficiados fueron los de área urbana, donde el servicio cubre 98,6%, en área rural, 80,1% disponía de este servicio. Sin embargo, fue en área rural donde se dio el mayor incremento de 10,5 puntos porcentuales con respecto al año 2015 (de 69,6% a 80,1%)⁽¹²⁰⁾.”

En cuanto a la disposición de la basura, más de la mitad de los pobladores manifiestan que todos los desechos que acumulan a diario lo entierran en pozos o los queman y un 16,4% manifiesta que sus residuos sólidos los dejan al campo libre, lo cual puede traer consecuencias contra la salud humana, animal así como también contra la naturaleza, todo esto es debido al desconocimiento por parte de nuestros encuestados sobre el tratamiento de los residuos sólidos, y la no presencia de los carros recolectores por parte de la municipalidad también son causantes para no poder realizar un buen tratamiento de la basura lo cual puede traer como consecuencia la presencia de insectos y roedores que pueden convertir la localidad en un foco infeccioso, generando problemas gastrointestinales, micóticas y respiratorias.

“Según el INEI – Registro Nacional de Municipalidades, en el año 2016, se observa el uso por los botaderos a cielo abierto por parte de las municipalidades distritales, el cual represento el 70,7%, los rellenos sanitarios un 32,3%, la quema de basura implicó el 20,2%, el reciclaje y vertidos en río, laguna o mar alcanzo 23,7% y 4,1% respectivamente. El departamento que realizó mayor disposición en rellenos sanitarios fue Lima con 73 municipalidades, sin embargo, existe 90 que depositan a cielo abierto, constituyendo una fuente de peligro que afecta la salud, el suelo, agua y aire⁽¹²¹⁾.”

En cuanto a la frecuencia de recojo de la basura, los pobladores en su totalidad manifiestan que al menos una vez por mes lo realizan, pero no todas las semanas; esto debido al poco interés que toman los funcionarios de las instituciones públicas (Municipalidades), por el tratamiento de los residuos sólidos; aunque los dirigentes de este sector solicitan el apoyo con carros recolectores teniendo como fortaleza una carretera accesible al sector, pero nunca son atendidos, por lo que los residuos sólidos en mucho de los casos son quemados al aire libre, debido al desconocimiento por parte de los pobladores las cuales traen consecuencias como la contaminación al medio ambiente, por lo que es necesario realizar charlas de concientización para la toma de conciencia, y de esa manera mejorar las condiciones de vida saludable y evitar la presencia de enfermedades tanto para los niños como para los adultos.

“El Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU) en año 2015 realizado por el (INEI), señaló que del total de municipios informantes que realizaron el recojo de basura, 694 municipios aseveraron hacerlo con una frecuencia diaria, por otra parte 341 municipios lo realizaron semanalmente, 382 recogen dos veces por semana y finalmente 325 recogen desperdicios de manera interdiaria. El departamento de Lima mantiene el liderazgo en recojo de frecuencia diaria (85 municipios), seguido de Cuzco y la Libertad con 49 municipios, los departamentos más rezagados son Madre de Dios y Moquegua con 4 y 2 municipios respectivamente ⁽¹²²⁾.”

En referencia a la pregunta suelen eliminar la basura en algún lugar, el 100% de los encuestados señalaron que la basura se elimina en montículo o campo limpio, es decir que como no pasa el carro recolector de basura, la comunidad ha dispuesto un lugar

cerca de la población, el mismo que se ha cercado con un cerco perimétrico y donde la población arroja su basura y la quema, de esta manera se evita que los perros desparramen la basura y que existan roedores, que constituyen un potencial peligro para la salud de la población y que se pueda convertir en un foco infeccioso.

Los resultados de la presente tabla nos llevan a la conclusión que los adultos de esta comunidad cuentan con algunos servicios básicos incompletos la cual no se demuestra el avance y cambio que se pueda tener a futuro; así como también nuestros encuestados aún desconocen algunas formas de tratamiento de sus residuos sólidos y de sus excretas las cuales lo expulsan a campo abierto, por lo que pueden estar sujetos a adquirir cualquier tipo de enfermedades comunes y que estos peligrarían la salud de los pobladores de la zona en estudio así como también de los animales y de la naturaleza.

TABLA N° 03

En determinantes de los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo. Se observa que el 76,4% (84) de los adultos no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual; 46,4% (51) ha ingerido ocasionalmente bebidas alcohólicas; 92,7% (102) duermen de 6 a 8 horas; 75,5% (83) no se bañan o se bañan 1 vez/ semana; 95,5% (105) no realizan ningún examen médico periódico; 69,1% (76) realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre; 74,5% (82) en los últimos dos semanas ha caminado por un tiempo de 20 minutos; 41,8% (46) consumen frutas de 3 o más veces / semana; 39,1% (43) consumen carne 3 o más veces/ semana; 30% (33) consumen huevo 3 o más veces/ semana; 54,5% (60) consumen pescado al menos 1

vez /semana; 85,5% (94) consumen fideos a diario; 62,7% (69) consumen pan, cereales a diario; 98,2% (108) consumen verduras y hortalizas a diario; y otros 40,9% (45) consumen nunca o casi nunca.

“El presente estudio tiene equivalencia a la investigación realizada por Torre, L. ⁽¹²³⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Churap – Monterrey – Huaraz, 2013. Se evidencia que el 73% (99) no han fumado nunca de manera habitual; 61% (83) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente; 96% (129) duermen de 6 a 8 horas; 80% (108) no se realizan exámenes médicos periódicos; 70% (94) caminan como actividad física; 54% (73) lo hacen por más de 20 minutos; 35% (47) refieren consumir frutas 3 o más veces a la semana; 50% (67) consumen carne 1 o 2 veces a la semana; 33% (44) huevos de 3 o más veces a la semana; 36 % (48) pescado al menos 1 o 2 veces a la semana; 80% (108) fideos a diario; 81% (109) pan a diario; 64% (86) verduras y hortalizas diariamente. Pero es opuesto ya que el 88% (119) se bañan 4 veces a la semana.”

“Incluso tiene igualdad con la tesis de Rufino, H. ⁽¹²⁴⁾, en su encuesta: Determinantes de la Salud en la Mujer Adulta de la Urbanización los Titanes II Etapa – Piura, 2013. Donde se muestra que el 80,9% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual; 64,6 % consume bebidas alcohólicas ocasionalmente; 75,8% duerme de 6 a 8 horas; 51,1% no se realizan algún examen médico periódico; 43,8% actividad física que realizan en su tiempo libre es caminar y en las dos últimas semanas es la que más realizaron por 20 minutos; 94,9% consumen frutas diario; 63,5% carne 3 o más veces a la semana; 91,6% fideos diario; 95,5% pan y cereales diario; 85,3% verduras y

hortalizas diario; 69,1% legumbres diario; 42,7% nunca o casi nunca consumen dulces y gaseosas; 100% nunca o casi nunca refrescos con azúcar; 52,3%. Pero es opuesto con el 100% que se baña diariamente, 77,5 % consumen huevo diario; 49,9% pescado 3 o más veces a la semana.”

“Del mismo modo tiene afinidad con el estudio de Pajuelo, A. ⁽¹²⁵⁾, en su encuesta: Determinantes de la Salud de los adultos del Sector C Huaraz - Distrito, 2013. Donde 69% (151) refieren no haber fumado nunca de manera habitual; 66% (147) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente; 96% (216) duermen de 6 a 8 horas diarios; 82% (184) no realizan exámenes médicos periódicos; 53% (118) realizan actividad física el caminar y 53% (119) lo hacen por más de 20 minutos; en la frecuencia de consumo de los alimentos; 46% (104) carne de 3 o más veces a la semana; 33% (75) pescado al menos 1 vez a la semana; 82% (184) fideos diariamente; 81% (182) pan y cereales diariamente; 61% (135) verduras y hortalizas diariamente; Pero además se diferencia en frecuencia de baño donde 88% (197) refieren bañarse 4 veces a la semana; 34% (77) consumir frutas diariamente; 40% (89) huevos de 1 o 2 veces a la semana.”

“Un análisis que difiere es logrado por Quenaya, W. ⁽¹²⁶⁾, en su encuesta sobre: Determinantes de la Salud en las Personas Adultas de la Asociación 28 de Agosto I Etapa Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2013. Donde el 38,4% (108) no fuman actualmente, pero han fumado antes; 51,9% (146) no consumen alcohol; duermen de 08 a 10 horas; 74% (208) se bañan diario; no realizan actividad física en su tiempo libre; 79,4% (223) no han realizado ninguna actividad física durante más de 20 minutos; consume fruta 34,2% (96) de una a dos veces/semana.

El 48,8% (137) carne tres a dos veces/semana; 38,4% (108) huevos nunca o casi nunca; 48,9% (136) pescado nunca o casi nunca; 82,9% (233) fideos tres a más veces/ semana; 48,4 (136) verduras, hortalizas una o dos veces/semana; 64% (180) otros alimentos al menos una o dos veces/semana; además es parecido que el 74% (208) no se realizan algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; 68,3% (192) consume pan, cereal diario.”

“Otra investigación distinta es el hallado por Aranda, J. ⁽¹²⁷⁾, en su estudio sobre: Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba - Piura, 2013. Donde reporta que el 77% si fuman y afirman que continúan fumando; 31% consume bebidas alcohólicas diariamente; 50% duerme de 8 a 10 horas, 65% no se bañan; 54% no realizan actividad física en su tiempo libre; 48 % consumen arroz y pan 3 o más veces a la semana; 14% nunca consume frutas; 24% consume carne a diario; 23% consumen huevos nunca o casi nunca; 12,5% pan y cereales 3 o más veces a la semana y 2% verduras nunca o casi nunca. Sin embargo, se relaciona en que el 90% no se realizan ningún examen médico periódico; 54% caminan por más de 20 minutos.”

“También otro estudio que difiere con lo alcanzado es el de Vergaray, R. ⁽¹²⁸⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector A – Huaraz – Ancash, 2013. Donde el 48,9% (93) no fuman, ni han fumado nunca; 63,2 (120) no consumen bebidas alcohólicas; 86,9% (165) se bañan 4 veces a la semana; 44,7% (85) realiza deporte en su tiempo libre; 60,5% (115) consumen fruta 3 o más veces a la semana; 55,3% (105) consumen carne diario; 51,1% (97) consumen huevo 1 o 2

veces/semana; 52,6% (100) consumen pescado de 1 o 2 veces/semana; 44,7% (85) consumen fideos 1 o 2 veces/semana; 89,5% (170) consumen pan cereales diario; 91,6% (174) consumen verduras y hortalizas. Además, es parecido con el 77,4% (147) que duermen 06 a 08 horas; 92,6% (176) no realizan examen médico periódico; 44,2% (84) caminan más de 20 minutos.”

“Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín: fumare que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, los fumadores son personas que comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su stress ⁽¹²⁹⁾.”

“El hábito de fumar es una práctica donde una sustancia (tabaco, opio o marihuana, entre otras sustancias) 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 ⁽¹³⁰⁾.”

“Fumar es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un medicamento principio activo del tabaco, la nicotina es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. Adicción a nicotina requiere a los fumadores a fumar y, de esta manera, eliminar o prevenir los síntomas resultantes de la disminución en los niveles de nicotina en el cuerpo ⁽¹³¹⁾.”

“El alcoholismo es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas. La

enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado ⁽¹³²⁾.”

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina al alcoholismo: como síndrome de dependencia del alcohol; que es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo ⁽¹³³⁾.”

“Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas ⁽¹³⁴⁾.”

“Horas de sueño es una necesidad humana básica, caracteriza por un estado de conciencia en que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, ejerciendo efectos fisiológicos tanto sobre el Sistema Nervioso como sobre otras estructuras corporales, favoreciendo la síntesis proteica ⁽¹³⁵⁾.”

“Dormir, descanso, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para atención que podamos prestarles a las cosas; obviamente la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente ⁽¹³⁶⁾.”

“El sueño es un estado normal y reversible del organismo en el que se entra de manera recurrente. El sueño está controlado por un grupo de sistemas interconectados que se activan y/o inhiben entre ellos. El sueño es un estado de inercia de actividad, motriz controlada por el sujeto y que cumple todos los aspectos de un ciclo circadiano ⁽¹³⁷⁾.”

“El baño es la mejor forma de aseo, con esta práctica se controlan olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o el sudor. La higiene personal está constituida por el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Es el concepto básico de aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo ⁽¹³⁸⁾.”

“La higiene personal se define como el conjunto medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así para mantener un buen estado de salud ⁽¹³⁹⁾.”

“El baño o la higiene corporal es el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad (con las implicaciones sociales y, por tanto, la relatividad cultural que la misma posee) ⁽¹⁴⁰⁾.”

“Un examen médico es un examen, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las

enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa ⁽¹⁴¹⁾.”

“El examen médico periódico son pruebas médicas que se realizan para procurar tener mejor salud de los mismos. Cómo su nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente ⁽¹⁴²⁾.”

“Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades ⁽¹⁴³⁾.”

“Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) ⁽¹⁴⁴⁾.”

“Del mismo modo una actividad física produce beneficios sobre la salud para personas mayores entre 18 y 65 años de edad, es una actividad que dura 20 minutos de intensidad elevada y practicada 3 veces por semana. Es necesario saber qué actividad física y actividad deportiva son dos cosas diferentes ⁽¹⁴⁵⁾.”

“La caminata es una actividad física que mejora nuestra calidad de vida, se puede realizar a cualquier hora del día en un lugar abierto, solo o acompañado. Ayuda a

mantener en perfectas condiciones el sistema cardiaco y es muy importante para la salud, pues es una actividad en la que participan todos los sistemas humanos ⁽¹⁴⁶⁾.”

“Los alimentos constructores son aquellos alimentos ricos en proteínas que se encuentran en todo tipo de carnes, y que nos ayudan a fortalecer nuestros huesos y músculos. Entre estos alimentos tenemos el huevo, la leche, legumbres, trigo, lenteja, soya y queso, que son vital para el ser humano ⁽¹⁴⁷⁾.”

“Los alimentos reguladores o protectores como su nombre lo indica protegen nuestro cuerpo y lo mantienen siempre listo para funcionar. Existen alimentos que contienen vitaminas y minerales, este es el caso del hígado, huevos, leche, etc. Sin embargo, son alimentos protectores por excelencia las frutas, los cereales y las verduras porque contienen vitaminas y minerales en mayor cantidad ⁽¹⁴⁷⁾.”

“Los alimentos energéticos son los alimentos que nos proporcionan energía para poder desarrollar diferentes actividades como correr saltar, estudiar, etc. Estos alimentos energéticos son ricos en carbohidratos y lo encontramos también en las grasas, harina, azúcar como el pan, fideos arroz, dulces, cereales, chocolates, mantequilla, aceite, maní, etc. ⁽¹⁴⁷⁾.”

Al analizar los resultados obtenidos en el Centro Poblado de Curhuaz, Sector Caururo, observamos que la mayoría no fuma ni han fumado nunca habitualmente, estas personas detestan el cigarrillo, no saben fumar, les fastidia el humo y se ahogan cuando intentan fumar, no les gusta el olor del humo del tabaco, e impiden que alguien fume

delante de sus hijos menores, consideran que el tabaco mata y es muy dañino para la salud, por eso es que no fuman, ni pretenden hacerlo en el futuro, además consideran que fumar es tirar la plata en algo perjudicial y consideran el priorizar sus gastos en invertirlo en alimentación. Esto es considerado adecuado pues a futuro traerá menos problemas respiratorios, EPOC, cáncer de pulmón a la población en estudio.

Menos de la mitad manifestó que no fuman actualmente pero que han fumado antes y dejaron de fumar porque saben las consecuencias y los riesgos que trae para la salud el fumar cigarrillo, es por ello que no fuman; otro motivo es que la gran mayoría son mujeres que se dedican a los quehaceres de la casa y al cuidado de su familia y no se relacionan con este tipo de hábitos o vicios, como ellas lo consideran. Menos de la cuarta parte restante señaló que, si fuman, pero no diariamente, refirieron que lo hacen de manera ocasional, lo hacen cuando sienten frío o cuando están ingiriendo bebidas alcohólicas. Esta actitud de los adultos de este sector es positiva ya que es necesario que toda la generación debe tener conocimiento sobre las causas y consecuencias que trae el consumo de tabaco.

“Según la OMS en el año 2016 conoce que el mayor porcentaje de fumadores están localizados en la capital, siendo en un mínimo porcentaje en la sierra, son poco frecuentes que las mujeres consuman tabaco la gran mayoría de la población en estudio está conformada por personas del sexo femenino. Además, la OMS está determinada a luchar contra la epidemia de tabaco, de las cuales el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco entró en vigor en febrero de 2005 y en la actualidad hay 180 partes suscritas que representan más del 90% de la población mundial⁽¹⁴⁸⁾.”

En relación a la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas menos de la mitad de los participantes señalan que realizan un consumo ocasional, manifiestan que han dejado de tomar porque han visto que anteriormente las personas que tomaban frecuentemente se han enfermado y como consecuencia de este consumo han fallecido, refieren no querer enfermarse y dejar a su familia desamparada, o tener problemas de salud; en algunos casos también comentan que las mujeres han abandonado a sus esposos alcohólicos. Al respecto se puede manifestar que hay toma de conciencia de los adultos sobre el consumo de bebidas alcohólicas por las desastrosas consecuencias que trae contra su salud.

El 0,9% señaló que consume alcohol de 2 a 3 veces por semana; en la comunidad se tiene un solo caso de alcoholismo; esta persona vive en situación de abandono físico y moral, algunas veces llega a su casa, en otras se duerme en las calles y cantinas; al respecto su familia actúa con indiferencia debido a que ya han perdido toda esperanza de que se opere algún cambio en su familiar.

“El estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en 2015 en ciudades de la sierra (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) encontró una prevalencia de vida de consumo de alcohol 96,5% y una prevalencia en el último mes de 46%. Mientras que el estudio realizado el año 2016 en ciudades de la selva (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) encontró una prevalencia de vida del consumo 97,6% y una prevalencia en el último mes 50%.

En referencia al número de horas que duermen los adultos, se evidencia que la mayoría duerme entre 6 a 8 horas diarias; este es un promedio normal que coincide con la

literatura, es un tiempo en el cual los procesos reparativos del cuerpo se producen sin interferencias permitiendo recuperar las energías y levantarse preparados para enfrentar un nuevo día. Es conocido también que la población rural generalmente acostumbra dormir temprano para levantarse temprano, debido al trabajo que realizan en la agricultura, no bajo techo, empezar a trabajar temprano les permite evitar el fuerte sol del mediodía, logrando así cumplir con más productividad el trabajo programado.

Los adultos de la población en estudio se acuestan a las 9:00pm, levantándose a las 5:00am, podemos decir que logran en este horario un sueño reparador, pues las investigaciones realizadas por especialistas en sueño señalan que esto se consigue de 9 de la noche a 1 de la madrugada, así mismo señalan que la cantidad de horas que se duerme debe estar relacionada con la calidad de las mismas, es decir se debe lograr un sueño profundo libre de sobresaltos y preocupaciones, este aspecto se ha podido observar en los participantes de esta investigación, ellos señalan que cuando duermen se olvidan de los múltiples problemas que tienen, manifestando que mañana será otro día y que necesitan descansar para poder pensar con más claridad en la forma de cómo solucionarlos. Por lo que se puede indicar que es algo fundamental el reposo del cuerpo por un tiempo prolongado para recuperar las energías y así cumplir con sus actividades rutinarias.

“En el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la encuesta nacional de uso del tiempo que buscó analizar cómo distribuyen su tiempo los peruanos en las diversas actividades diarias (incluyendo las horas de sueño). Un total de 12,424 personas mayores de 12 años fueron encuestadas (la cuarta parte vivía

en zonas rurales), las cuales reportaron dormir en promedio 7,7 horas diarias durante los días laborables y 8 horas en los fines de semana ⁽¹⁵⁰⁾.”

En cuanto a la frecuencia con que se bañan los adultos, la mayoría manifestó que no se bañan/ o se bañan 1 vez/semana, este hallazgo se puede explicar debido a que no cuentan con las condiciones necesarias, es decir carecen de un ambiente especial o cuarto de baño, para bañarse tienen que calentar el agua en ollas escoger un día soleado y bañarse en su patio, convirtiéndose este acto en todo un ritual que tienen que cumplir, además debido al trabajo que realizan desde la madrugada hasta el atardecer llegan a su casa cansados, con tiempo solo para organizar las actividades del día siguiente, dejando el día de baño generalmente para los domingos. Por lo que esta costumbre debe de cambiar paulatinamente por la importancia que tiene el aseo personal para mantener la buena salud.

En referencia a la pregunta de que si se realizó algún examen médico, casi toda la población señala que no se realiza exámenes médicos periódicos de ningún tipo en los establecimientos de salud, este hallazgo no es sino el reflejo de lo que se observa a nivel nacional donde el modelo sanitario está centrado más al aspecto curativo que al preventivo, es decir la labor más importante para promover la salud no debe ser encontrar alternativas cada vez más costosas y sofisticadas para curar las enfermedades, sino en educar a las personas y establecer la salud preventiva como la principal estrategia.

Obviamente para lograr estas metas los servicios de salud deben estar diseñados para tal fin y eso no lo observamos en nuestra realidad pues la queja permanente de los

usuarios son las largas colas que deben hacer desde la madrugada para conseguir un cupo y luego el maltrato por parte del personal de salud que no toma en cuenta los aspectos culturales de los usuarios, por lo que prefieren acudir a los establecimientos solo cuando se sienten muy mal, perdiéndose de esta manera la gran oportunidad de poder educar a la gente en los aspectos preventivos y detectar precozmente las enfermedades; pero el personal de salud incentiva a los usuarios para que acudan a otros establecimientos de salud en donde los servicios son completos y así encontrar mejoría para su salud.

Otro aspecto que puede estar influyendo en este resultado es que la gente está muy acostumbrada a utilizar los remedios caseros como infusiones de ciertas hierbas, lo cual no es del todo malo, pero que podría estar enmascarando la verdadera causa de sus dolencias. Así mismo otro fenómeno que influye negativamente es la automedicación mucha más nociva que la ingesta de infusiones. En tal sentido hace falta mucho trabajo para sensibilizar a las personas sobre la importancia de los chequeos médicos permanentes.

“Según la investigación de la institución Ciudadanos al Día (CAD) en el año 2015, en base a cifras INEI, el 52% de la población de Áncash no busca atención médica cuando se siente mal de salud. De acuerdo al estudio, la mayoría no lo hace porque cree que no es necesario y otro grupo importante no tiene dinero para ir⁽¹⁵⁰⁾.”

En relación a la actividad física, más de la mitad de los adultos manifiestan que las caminatas constituyen la mayor fuente de actividad física que realizan, ellos están

caminando en todo momento, para ir a sus chacras, al dejar a sus hijos al colegio, para ir de compras, al visitar a sus familiares o amigos; se pudo observar que los tramos que caminan son distancias bastante largas y lo realizan casi a paso ligero muchas veces con cargas bastante pesadas. Este aspecto es una situación bastante positiva pues el constante movimiento que los adultos realizan los previene de la obesidad, que es mínima en esta población, además que están cumpliendo con los lineamientos de la OMS que recomienda un mínimo de 30 minutos diarios de caminata. También ellos manifiestan que caminar los relaja, los desestrea y se olvidan de los problemas.

Menos de la mitad de la población practican deportes, generalmente el fútbol ya que en la zona se cuenta con un campo para este deporte. La actividad física permanente trae como beneficio el mantenimiento del cuerpo en buenas condiciones y previene enfermedades como obesidad, osteoporosis, esguinces, diabetes, y así los adultos puedan desarrollar sus actividades con normalidad.

“La actividad física procede de la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas degenerativas (ENIN BSC; 2016) se observó que el 41,9% de la población de Lima Metropolitana, 46,9% del resto de la costa y el 36,8% de la selva presentaban actividad física leve. Estos resultados corroborarían la tendencia hacia el sedentarismo en las zonas urbanizadas, en las que se observa que disminuye progresivamente la demanda de trabajo físico. Al hacer un análisis de la población sedentaria, se pudo comprobar el hecho adicional que el 72% de ellos no complementaba sus actividades habituales con ejercicios adicionales u otra actividad física vigorosa ⁽¹⁵¹⁾.”

En referencia al consumo de alimentos se observa que casi todos consumen a diario verduras y hortalizas, esto se debe a que los pobladores cultivan la mayoría de estos productos en la zona como por ejemplo: lechuga, zanahoria, apio, repollo y otros; también la mayoría consume a diario fideos, esto se debe a que las amas de casa pueden cocinar rápidamente los fideos, otros alimentos demandan mayor tiempo; más de la mitad consume a diario pan y cereales, inclusive llevan a las chacras pan y cancha como refrigerio; más de la mitad consume menos de una vez a la semana pescado, esto se explica porque la comunidad se encuentra alejada de la ciudad y de los mercados, la población no acostumbra ir todos los días al mercado, les resulta costoso hacerlo, ya que por la distancia, el pasaje es caro y, además, la movilidad (combis) no salen con mucha frecuencia, a veces cada media hora, lo mismo sucede al regreso, por lo que acudir al mercado representa pérdida de tiempo, en opinión de la población encuestada.

Menos de la mitad consume 3 o más veces a la semana carne, las mujeres de la zona se dedican a la crianza de animales domésticos menores como (cuyes, gallinas), y a la crianza de carneros, chanchos, por lo que es uno de los alimentos naturales que tienen a la mano lo que indica que la adquisición de estos productos se encuentran al alcance; igualmente menos de la mitad de la población consume 3 o más veces/semana frutas, sobre todo lima dulce y manzana, que se produce en la zona; menos de la mitad consume 3 o más veces/semana huevos de gallinas criadas en las mismas casas, no de granjas; ya que la población, en su mayoría, crían gallinas en sus casas. Menos de la mitad casi nunca consumen otros alimentos, tales como: embutidos, dulces, refrescos con azúcar, y leche. Es pertinente señalar que el consumo de papa se realiza casi a diario, lo cual es una costumbre entre la población y es parte de su dieta habitual.

Con los resultados obtenidos podemos decir que los adultos, basan su alimentación generalmente en carbohidratos como la papa y los fideos en combinación con cereales como: trigo, cebada y maíz, generando problemas como obesidad, diabetes, y las carnes son consumidas esporádicamente debido a sus altos costos; esta situación si bien es cierto les permite realizar sus actividades por la cantidad de energía presente en estos alimentos, pero también los predispone a ciertas anomalías; pues es muy poca la cantidad de alimentos protectores y constructores que se encuentran en las frutas, verduras y proteínas, las cuales están propensas a tener bajas defensas. Un aspecto que se observó respecto al consumo de agua, es que no lo realizan de manera frecuente, es muy esporádico constituyéndose en una situación negativa, pues sabemos que el gran regulador es el agua y por la naturaleza de trabajo que realizan necesitan estar bien hidratados para facilitar los demás procesos fisiológicos del cuerpo.

Se hace necesario pues incidir bastante en este aspecto, pues la nutrición es uno de los pilares más importantes del ser humano, la piedra angular sobre la cual reposan los demás aspectos, sin una buena nutrición va a ser difícil que la persona se desarrolle plenamente en el aspecto físico y porque no decirlo mental, pues muchos micronutrientes están relacionados íntimamente con la producción de neurotransmisores indispensables para el buen funcionamiento de nuestra mente, la cual la población de este sector acostumbra a comer solo 2 veces al día, en el desayuno que generalmente consumen avena, sopa de trigo con papa sancochada, algunas veces almuerzan, pero en la mayoría solo ya cenan que por lo general consumen sopa de fideos o mazamoras, las cuales con el tiempo están propensas a adquirir enfermedades como gastritis, anemia, entre otros.

“Según la OMS en los años 2015 y 2016, recomienda la ingesta diaria de 1-2 raciones/día de carnes, pescados y huevos. Sin embargo, los datos referentes a nuestro estudio indican una disminución en el consumo de estos alimentos adoptando un patrón semanal, 6 de los 7 principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y a la práctica de actividad física. Así, realizar una alimentación equilibrada, practicar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida y así protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas ⁽¹⁵²⁾.”

Los resultados de la presente tabla nos llevan a la conclusión que las basuras lo quemamos, eliminamos al aire libre las cuales traen consecuencias fatales para la vida humana, para los animales y para la naturaleza y están sujetos a adquirir múltiples problemas en el futuro. Además, el consumo de fideos, que conjuntamente con la papa constituye la dieta casi diaria de la población, es posible causa de desnutrición y obesidad en la población de estudio.

TABLA N° 04

El presente cuadro muestra los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz Sector Caururo, se observa que el 86,4 % (95) cuentan con apoyo social natural de sus familias; 100% (110) no reciben apoyo social organizado; 80,9% (89) reciben apoyo social organizado de otros; 89,1% (98) se atendieron en un puesto de salud de su localidad; 40,9% (45) consideran que el lugar donde se atendieron está regular; 94,5% (104) cuentan con seguro de salud (SIS) – MINSA; 50% (55) el tiempo de espera de atención de salud fue regular; 53,6% (59)

refiere la calidad de atención de salud recibida fue regular; y 96,4 % (106) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

“El presente estudio tiene igualdad a la investigación realizada por Sánchez, D. ⁽¹⁵³⁾, en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector EE Challhua-Huaraz, 2013. Donde el 51% (78) tienen apoyo social natural de los familiares; 84% (127) no reciben algún apoyo social organizado; 64% (82) reciben apoyo social organizado de otros; 72% (109) considera que el lugar donde se atendieron está regular; 51% (77) el tiempo de espera de atención de salud fue regular; 92% (140) cuentan con seguro de salud (SIS)-MINSA; 51% (78) refiere la calidad de atención de salud recibida fue regular; 73% (111) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa. Pero difiere en que el 72% (109) se atendieron en un centro de salud.”

“Incluso tiene igualdad con la tesis de Chinchay, M. ⁽¹⁵⁴⁾, en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q – Huaraz, 2013. Donde 41,3% (81) reciben apoyo social natural de sus familiares; 89,3% (175) no reciben ningún apoyo social organizado; 46,5% (91) reciben otros tipos de apoyo social; 68,9% (135) considera que el lugar donde lo (la) atendieron está a regular; 78,1% (153) cuentan con SIS-MINSA; 50,5% (99) refieren que el tiempo de espera es regular y 100% (196) niegan presencia de pandillaje. Pero difiere en que el 50,5% (99) se atiende en el centro de salud; 42,9% (84) la calidad de atención que se le brinda es buena.”

“Del mismo modo tiene afinidad con el estudio de Villanueva, C. ⁽⁵⁰⁾, en su estudio titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla – Huaraz, 2013. Donde el 60,2% (80) cuentan con apoyo social natural de sus familias; 100% (133)

no reciben ningún apoyo social organizado; 41,4% (55) reciben algún apoyo social de otros; 62,4% (83) se atienden en un puesto de salud; 45,1% (60) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular; 85% (113) tienen SIS-MINSA; 57,9 % (77) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud; 77,4% (103) refieren que la calidad de atención de salud es regular; 92,5 % (123) comunican que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.”

“Un análisis que difiere es logrado por Rufino, H. ⁽¹²⁴⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en la Mujer Adulta de la Urbanización los Titanes II Etapa – Piura, 2013. El 100% de la población no recibe algún apoyo social natural; 100 no recibe apoyo de algunas organizaciones (pensión 65, comedor popular y vaso de leche); 48,3% se atendieron en un hospital; 78,7% considera que el lugar donde se atendió queda muy cerca; 56,2% tiene el seguro de EsSalud; 24,2% refiere el tiempo de espera fue corto; 7,1% la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud fue buena. Pero se asemeja en que el 100% no recibe algún apoyo social organizado; 53,4% refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.”

“Otra investigación distinta es el hallado por Carrillo, K. ⁽¹⁵⁵⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de las Mujeres Adultas del Barrio Leticia-Sullana, 2013. Donde el 98,9% no recibe apoyo social natural; 99,4% si recibe apoyo de la empresa para la que trabaja; 75,5% no se atendieron en estos últimos 12 meses; 65,3% el lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa; 49,7% no tiene ningún tipo de seguro; 47,2% refieren que el tiempo que espero para que lo atendieran fue largo; la calidad de atención es mala; 88,5% afirma que hay delincuencia en la urbanización.”

“También otro estudio que difiere con lo alcanzado es el de Romero, M. ⁽⁷⁹⁾, en su encuesta titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven del Asentamiento Humano la Victoria. El Tambo – Huancayo, 2013. Donde el 66,8% (255) se atendió en centro de salud; 54% (210) el lugar donde se atendió está cerca; 49% (190) el tiempo de espera para la atención fue muy largo; 66,8% (255) considera buena la calidad de atención; 86,9% (332) no reciben ningún apoyo social natural; 100% (382) si recibe algún apoyo social organizado; 71,7% (274) recibe apoyo social el cual es el vaso de leche. Pero se asemeja en que el 65,2% (249) tiene Seguro (SIS-MINSA); 100% (382) no existe pandillaje y la delincuencia cerca de su casa.”

“El apoyo social natural es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia, que estan interconectada entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad entre los lazos establecidos entre individuos, grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa ⁽¹⁵⁶⁾.”

“El apoyo social natural son 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, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes ⁽¹⁵⁷⁾.”

“El apoyo social natural en términos generales, ha sido descrito como: la función y la calidad de las relaciones sociales entre una persona y los individuos de su red, la ayuda a la cual una persona tiene acceso o la existencia o disponibilidad de gente en quién poder confiar y con quién sentirse cuidado, valorado y querido ⁽¹⁵⁸⁾.”

“El apoyo social organizado se define como las transacciones en las que se intercambian recursos que permiten cumplir con algunas funciones. El apoyo social puede operativizarse de múltiples formas, donde las intervenciones basadas en apoyo social, independientemente de la estrategia que se adopte para prestar ayuda ⁽¹⁵⁹⁾.”

“El apoyo social organizado es un sistema integrado de grupos relacionados entre sí, estructurados para cumplir con el objetivo previamente establecido, para tener éxito en sus acciones, debe tener dentro de su organismo, armonía, orden, respeto, así como demostrar que es eficiente y formal en toda acción comprometida ⁽¹⁶⁰⁾.”

“Apoyo social organizado son las redes de apoyo natural de instituciones, tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; son accesibles para casi todos los individuos. Es la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, la seguridad social y las organizaciones de instituciones en el desarrollo de recursos ⁽¹⁶¹⁾.”

“La institución de salud se define como aquella institución que otorga un tratamiento integral a la población, donde el equipo interdisciplinario ofrezca y brinde sus funciones con profesionalismo y ética, por lo tanto, una institución de salud es el lugar en el cual se atiende a los individuos con el objetivo de mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades, según el tipo de patología ⁽¹⁶²⁾.”

“Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud, pueden ser públicas o privadas. Para efectos los niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de

servicios que acrediten, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar ⁽¹⁶³⁾.”

“Las Instituciones de Salud implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad, según los principios de la atención primaria de la salud. Un hospital es un establecimiento sanitario donde se atiende a enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades: como los hospitales psiquiátricos ⁽¹⁶⁴⁾.”

“Institución de salud: suele ser un lugar destinado a 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. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades ⁽¹⁶⁵⁾.”

“La distancia es una magnitud que mide la relación de lejanía o cercanía, como intervalo para ir de un lugar a otro, la distancia tiene una significación de separación, su recorrido necesita un esfuerzo, un gasto de energía y tiene como consecuencia la formación de gradientes de intensidad decreciente ⁽¹⁶⁶⁾.”

“Se denomina distancia al intervalo de tiempo entre dos hechos; o al espacio que existe entre dos objetos, sujetos o lugares. Así hablamos de la distancia temporal cuando decimos que faltan dos meses para que lleguen las vacaciones; o espacial, cuando hablamos de la distancia entre dos ciudades, como los kilómetros que hay que recorrer para llegar de una a la otra ⁽¹⁶⁷⁾.”

“La Organización Mundial de Salud lo define al seguro de salud como aquel que 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. El seguro a través de los empleadores suele ser un plan de atención médica administrada ⁽¹⁶⁸⁾.”

“El tipo de seguro es el contrato que se establece con una empresa aseguradora puede ser privada o pública la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona ya sea enfermedades o accidentes e incluso la muerte, o por cualquier motivo dicha persona será brindado con todos los beneficios que la empresa aseguradora ofrece ⁽¹⁶⁸⁾.”

“El seguro de salud en Perú es una organización pública, lo adquieren las personas en situaciones de pobreza o extrema pobreza cuando se enferman y no son empleados, no son trabajadores formales y no gozan de un seguro social, es decir para la población más vulnerable del Perú existe el seguro integral de salud el llamado SIS. ⁽¹⁶⁹⁾.”

“El tiempo de espera del paciente, es un indicador importante de la eficiencia del servicio, tiene una variación relacionada con las características del servicio, del paciente y los médicos. En el sector salud, la calidad de la atención se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad ⁽¹⁷⁰⁾.”

“El tiempo de espera o el tiempo que va ser atendido una persona con respecto en salud va depender bastante de la gravedad del paciente, así mismo va depender de los

recursos que cuenta dicha institución, abastecimiento de materiales, recursos humanos, así mismo la capacidad resolutive de cada institución ⁽¹⁷¹⁾.”

“El tiempo de espera para la atención es el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico, el sistema de salud debe responder con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de la población ⁽¹⁷²⁾.”

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

“La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud, así mejorar la salud en general ⁽¹⁷³⁾.”

“La calidad de atención en salud es el grado en que los medios utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, dentro de los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen ⁽¹⁷⁴⁾.”

“El pandillaje se define como uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud. Por lo general las pandillas están formadas por chicos de bajos recursos

económicos o que tienen problemas familiares y también por falta de comunicación de padres e hijos forman parte de este grupo ⁽¹⁷⁵⁾.”

“El pandillaje es un problema social que está conformado por un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o ideología o filosofía común entre los miembros; hecho que les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta realizar actividades violentas ⁽¹⁷⁶⁾.”

“El pandillaje es uno de los principales problemas que afecta a nuestra juventud hoy en día prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la adolescencia hasta la juventud. Los integrantes de una pandilla suelen proceder de hogares en crisis o destruido total o parcialmente por sus padres, donde sus necesidades materiales ⁽¹⁷⁷⁾.”

Con respecto a los determinantes de redes sociales comunitarias de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz Sector Caururo, se muestra que la mayoría reciben algún apoyo social natural de sus familiares; esto depende fundamentalmente de la propia cultura en la población, las costumbres y la educación de donde provienen las familias organizadas; este indicador es cuando hay apoyo económico y emocional entre familiares, amigos y hasta entre los integrantes de la comunidad en momentos difíciles; otro factor importante es la cultura, desde tiempos pasados, se mantiene la costumbre del trabajo comunal, se observa que la mayoría de las personas en temporadas de trabajos se brindan el apoyo mutuo (unos a otros) de manera equitativa algunas veces

hacen la labor en la agricultura, en jornadas de riego, de rajar leña, en construcciones de casas, en techadas, en jalar adobes y en otros trabajos, siempre de manera cooperativa.

Menos de la mitad manifestó que no reciben ningún apoyo social natural, esto debido a que son solitarios o que sus familiares casi no se encuentran dentro de la comunidad, factor importante para que se pueda conservar el apoyo mutuo dentro de las familias organizadas y en las diferentes actividades que se programe de manera equitativa, otro de los motivos es también que estas familias no realizan actividades que necesiten ayuda ya que ellos trabajan en sector público y por ello no promueven actividades agrícolas u otras jornadas que requiere de ayuda de otros.

“Según Gallar y Shumaker en 2015, afirma que la familia es el núcleo natural y fundamental de la sociedad no es solo un ideal, es una realidad tangible, es una constatación. El apoyo de los miembros de la familia y otros íntimos parece venir desproporcionadamente de las mujeres, no importa si el que recibe la ayuda es una mujer o un hombre, en las culturas occidentales, madres, hijas y nueras son los proveedores primarios de apoyo, mientras los miembros de la familia varones a menudo no consideran dar tal apoyo como parte de su responsabilidad ⁽¹⁷⁸⁾.”

En lo que respecta al apoyo social organizado, los resultados de la presente investigación nos muestran que todos no percibe apoyo social de organizaciones privadas o estatales, debido a que no hay voluntad política por parte de los representantes de las diversas entidades para que puedan solicitar el financiamiento de

entidades nacionales o extranjeras, ONG (organización no gubernamental), pese a que existe apoyo en diversas modalidades, pero solamente en campañas políticas brindan apoyos eventuales, como por ejemplo: en navidad llegan instituciones con chocolatadas (es un preparativo elaborado para la llegada de la navidad y año nuevo), y regalos para los niños, después de esto no hay apoyo social organizado.

En relación a los resultados sobre apoyo de algunas organizaciones que reciben la población en estudio, la mayoría manifiesta no recibir ningún apoyo, ya que no llegan a las personas que realmente lo necesitan por la gran corrupción que existe en nuestro país, en programas del gobierno menos de la cuarta parte restante señalo estar inscritos en pensión 65; que son los adultos mayores y alcanza a un monto de 125 soles mensuales, el programa FISE (Fondo de Inclusión Social Energético) donde los beneficiarios son las amas de casa, adquieren combustible para cocinar como el gas a un precio de 16 soles y el vaso de leche donde los beneficiarios son los niños menores de 5 años, mediante este programa adquieren avena y leche mensualmente, pero este apoyo social no alcanzan en su totalidad a la población, sino que alcanza a una población mínima. El porcentaje que representa al indicador otros se consideran por lo que los encuestados no reciben ningún tipo de apoyo de ningún tipo de organización.

“Según el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, el programa pensión 65, en 2014 ha previsto la cobertura a 290,000 Personas Adultas Mayores. El programa Nacional de Vida Digna tiene como meta atender al 2017 a 1,050 PAM en situación de abandono, con una mayor cobertura empezando por Lima (450 beneficiarios. Y en Ica, Arequipa, Huancayo, Tacna, Huaraz e Iquitos, 100 beneficiarios en cada región. ⁽¹⁷⁹⁾.”

En lo que respecta a la atención en una institución de salud, la mayoría se atiende en el Puesto de Salud Curhuaz. Uno de los factores es que es accesible, no se demoran en la atención y en casos de problemas complicados los pacientes son derivados al Centro de Salud de Palmira. Este Centro de Salud cuando no puede resolver el problema lo deriva al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. Existen promotoras de salud o sectoristas en sector Caururo, ellas son quienes se encargan de realizar las coordinaciones con el personal de salud, y donde la población acude al establecimiento para su atención sin sacar cita y la atención es el mismo día, pero ellos tienen que esperar un tiempo determinado, ya que el puesto de salud Curhuaz no cuenta con personal suficiente en diversas áreas por lo que la atención promedio es de 30 minutos por paciente.

“Según INEI, durante el año 2016 y 2017 en trimestre: Enero- febrero-marzo de cada 100 personas que presentan problemas de salud. 14 consultaron en un establecimiento de Ministerio de Salud, 16 lo hicieron en farmacia o botica, 7 en consultorio o clínica particular y 6 en un establecimiento de Seguro Social de Salud (EsSalud). Comparando con similar trimestre del año anterior disminuye las consultas en establecimiento de salud del MINSA, en EsSalud, y consultorio particular, en tanto aumenta ligeramente las consultas en farmacias y boticas ⁽¹⁸⁰⁾.”

En relación a la distancia del lugar de atención de salud, menos de la mitad señala que la distancia es regular, entre 15 a 20 minutos de caminata; otro grupo manifiesta que el Puesto de Salud se encuentra muy cerca de su casa, cinco minutos en promedio. El Puesto de Salud está bien ubicado, a una distancia conveniente para la población,

acudir al Puesto de Salud no genera gastos, ni pérdida de mucho tiempo. Curhuaz está ubicado a continuación de Caururo, a 40 minutos de la ciudad de Huaraz, y además existe movilidad todo el día, dos líneas prestan servicios diarios, la C 22 y la S salen cada 30 minutos a Huaraz y viceversa.

“Según INEI, en la encuesta nacional de hogares en año 2016, se obtuvo el análisis del tiempo promedio que demora una persona en llegar a un establecimiento de salud es 35 minutos, a EsSalud es de 32 minutos, Ministerio de Salud (MINS) 41 minutos y CAS (Comités Locales de Administración de Salud) es de 24 minutos comparando con similar trimestre del año anterior, se observa que aumentó en todo los casos, el tiempo promedio de demora de una persona en llegar al establecimiento de salud es mayor en el área rural (48 minutos) que en la urbana (29 minutos) ⁽¹⁸⁰⁾.”

La mayoría de la población se atendieron en puesto de salud de Curhuaz, esto gracias a que la mayoría cuentan con el seguro integral de salud SIS – MINS (tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud o que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema), y es por ello que es mucho más accesible asistir al Puesto de Salud donde la atención es gratuita con este tipo de seguro, y que los tratamientos y consultas los cubre sus seguros, a diferencia de una institución particular donde el costo de la atención es elevado y no está de acorde con el ingreso económico que perciben, sólo la cuarta parte de la población encuestada está asegurada a EsSalud (es un organismo público descentralizado, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes a través de la prevención, promoción y recuperación, rehabilitación).

“Según INEI, en área rural 81 de cada 100 adultos tienen seguro de salud en el trimestre abril-mayo-junio 2016, 80,5% de los adultos del área rural está afiliado a algún tipo de seguro; mientras que en el área urbana y Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 76,3% y 76,4%, respectivamente. Cabe precisar que, en el año 2015, la proporción de adultos que tenían seguro de salud representó el 75,5% a nivel nacional ⁽¹⁸¹⁾.”

“A nivel nacional, 39 de cada 100 adultos tienen Seguro Integral de Salud según el tipo de Seguro de Salud, al segundo trimestre de 2016, el 38,5% de los adultos cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a EsSalud y 4,2% a otro tipo de seguro de salud ⁽¹⁸¹⁾.”

En relación al tiempo que esperó para ser atendidos, la mitad de los encuestados considera que el tiempo de espera fue regular, entre 8 a 10 minutos de espera, menos de la mitad señaló que el tiempo de espera fue corto, esto se debe a que no se tiene mucha demanda por los servicios, además cada personal de servicios tiene su propia función, el técnico atiende el triaje y farmacia; la obstetriz se encarga de las gestantes y de medicina, y la enfermera se ocupa de los niños, ya sea en crecimiento y desarrollo (CRED), inmunizaciones y de otras enfermedades, por lo que el tiempo de espera es breve.

“Según datos del INEI, en 2016 y 2017, el tiempo promedio de espera para ser atendido en un establecimiento de salud es de 47 minutos. Según tipo de establecimiento, se observa que para EsSalud de 53 minutos, para MINSA 45 minutos, y para CLAS 36 minutos. Por tipo de establecimiento, para los residentes del área urbano, el tiempo

promedio de espera para ser atendidos en MINSA es casi 1 hora y en CAS 39 minutos, el tiempo de atención para el área rural, en MINSA 29 minutos y en CAS 31 minutos, en EsSalud del área urbana, es de 53 y 56 minutos en cada caso ⁽¹⁸²⁾.”

En lo que concierne a la calidad de atención recibida, más de la mitad de los encuestados manifestaron que consideran regular la calidad de atención, es que el personal de salud atiende en un tiempo aceptable, existe especialización en el personal con grado de maestría, las consultas se realizan sin prisas y con calma, diagnosticando con calma a los pacientes, explicándoles cualquier duda que tengan, lo cual complace a los pacientes, por lo que el 10,9% señalaron que es muy buena la atención y que se curan casi siempre de sus dolencias, y se retiran satisfechos a sus casas, este porcentaje se da, porque los pacientes llegan cuando los encargados de salud se encuentran a tiempo completo.

“La Dirección Regional de Salud de Ancash en 2015 firma convenio para mejorar la calidad de atención, con el objetivo de incrementar la cobertura y calidad de atención en los problemas de salud de la región Ancash. Según se informó en Ancash, la portada la mala atención a los pacientes en hospitales de Lima se obtuvo un 52,6% y la baja calidad de los profesores con un 61,6% son los principales problemas de la salud y la educación en la ciudad, según la encuesta Lima cómo vamos 2015 ⁽¹⁸³⁾.”

En lo referente al pandillaje, casi todos señalaron que no existe pandillaje en Caururo, eso es debido a que como la población pertenece a una comunidad, se ha acordado que en caso que los hijos de los comuneros cometan robos u otros delitos, la comunidad

les quita sus terrenos y los expulsa de la comunidad de Caururo; por ese temor es que no existe pandillaje; en caso de encontrar a ladrones de otros lugares la comunidad hace justicia con sus propias manos, los castiga; este temor hace que no exista pandillaje; sin embargo el 3,6% señala que existe cierto tipo de delincuencia menor, generalmente robos de animales menores: cuyes, gallinas, también pasto; pero esto es realizado por borrachitos y vagos; pero en general no existe peligro para la población en lo que respecta a pandillaje; el puesto policial más cercano al sector es Monterey que se encuentra a 30 minutos de distancia, lo cual este puesto policial cuando se les comunica cualquier robo no se presentan oportunamente.

“Según INEI en 2015 en Lima y Callao el caso presentado por la policía, se calcula que unos mil menores se unieron a pandillas en los últimos años, esto representa que más de 8% son vándalos, que integran 420 grupos, el sondeo refleja que la delincuencia y la inseguridad del ciudadano siguen siendo los más importantes problemas de la ciudad con 73,6% ⁽¹⁸⁴⁾.”

Los resultados de la presente tabla nos llevan a la conclusión que en Sector Caururo no reciben apoyo social de organizaciones por la gran corrupción que existe en nuestro país pese a que existe apoyo en diversas modalidades para las personas que realmente lo necesitan. Otra conclusión es que la gran mayoría de la población cuenta con el SIS MINSA, es decir la población está cubierta ante casos de enfermedades y muertes, esto incrementa la calidad de vida de la población.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- ❖ Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia - Huaraz, se observa que menos de la mitad son adultos maduros, con instrucción de inicial/primaria; más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría perciben menos de 750 soles, trabajo eventual. Determinantes del entorno físico: más de la mitad tienen piso de tierra, queman/entierran la basura, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, paredes de adobe, dormitorio compartido 2 a 3 miembros, letrina, casi todos tienen vivienda propia, techo de eternit/tejas/calamina, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente, todos recogen la basura 1 vez/mes, eliminan su basura en montículo/campo limpio.
- ❖ Determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen alcohol ocasionalmente, frutas, carne, huevo 3 o más veces/semana, otros alimentos nunca/casi nunca, más de la mitad caminan como actividad física, consumen pescado menos de 1 vez/semana, pan/cereales diario, la mayoría no fuman, duermen 6-8 horas, se bañan 1 vez/semana, caminan más de 20 minutos, consumen fideos diario, casi todos no realizan examen médico, consumen diario verduras y hortalizas.
- ❖ Determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: menos de la mitad refieren que la distancia al establecimiento de salud es regular, la mitad refiere tiempo de espera regular, más de la mitad refiere calidad de atención regular, la mayoría reciben apoyo natural de familiares, no reciben apoyo social organizado de otros, se atendieron en puesto de salud, cuentan con seguro integral de salud SIS (MINSA), casi todos refieren que no hay pandillaje por su casa, todos no reciben apoyo social de otros.

5.2. Recomendaciones:

- ❖ Coordinar y sensibilizar a la comunidad para el desarrollo de actividades preventivo promocionales, que permitan reducir las diversas necesidades que tienen cada uno de ellos, con la participación de la población adulta, para así contribuir en el bienestar de los adultos y crear estilos de vida saludable.
- ❖ Dar a conocer los resultados de la presente investigación al puesto de salud, a los líderes de la comunidad, para que tengan conocimiento de la realidad de su sector, a nuestros representantes gubernamentales proponiendo alternativas de solución para que otorguen un empleo digno, apoyo en la agricultura, oportunidades educativas, apoyo al sector salud para su participación oportuna.
- ❖ Realizar otros estudios en el área de salud de los adultos de dicha comunidad a fin de promover y ampliar los conocimientos sobre la influencia de los determinantes de la salud en la vida de cada individuo mediante acciones preventivas que puedan seguir luchando y mejorando para la prevención de salud en la actualidad.

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](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
3. Rojas, 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 (OMS). 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/descargas/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=&idfuentesinformacion=5>.
18. Congreso de la República Ley N.º29344: 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>.
20. Torres, M. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz, 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:official&channel=np&client=psy-ab&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.lsin.&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614.
22. Rodríguez, M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
23. Luza, J. Determinantes de la salud en las personas adultas de la Urbanización Caplina, Centro Poblado Menor Francisco Bolognesi – Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Tacna - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Abr 10]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038193>.
24. Quinde, Y. Determinantes de la salud en los Adolescentes del Centro Educativo San Miguel – Piura, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Abr 10]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038187>.

25. Camones, Z. Determinantes de salud de los adultos del Sector Nuevo Paraíso – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Abr 10]. Disponible en URL :<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000041393>.
26. Salazar, F. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Abr 11]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035365>.
27. Vergaray, R. Determinantes de la salud de los adultos del Sector A – Huaraz – Ancash, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Abr 11]. Disponible en URL :<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040300>.
28. Santillán, Y. Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma – Tarica, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Abr 11]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040305>.
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. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiologia.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 [Articulo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2015 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.

37. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 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 %20 sexualidad % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm).
38. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada 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), México; 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. Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http:// definición. de/ocupación/](http://definición.de/ocupación/).
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](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. AA.VV. 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>.
45. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
46. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox definición de acceso a los servicios de salud. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>.
47. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.
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](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]. Disponible en URL: <http://www.monografia .com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>.

50. Villanueva, C. Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Lloclla – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040309>.

51. Hipólito, R. Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada En Enfermería] Chimbote-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/? ejemplar=00000042303>.

52. Méndez, N. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector T Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote –Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039788>.

53. Ayala, J. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035464>.
54. Castellano, N. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Puesto de Salud San Francisco – Huancayo, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035365>.
55. Salazar, K. 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: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 May 15]. Disponible en URL :<http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/?ejemplar=00000039481>.
56. Revista Ganar Salud definición Sexo y Salud. [Citado 2015 Oct. 02.]. Disponible en URL: <http://Más|tamaños,msu:/search?q=revistas+de+salud\u0026hl>.
57. Carrasco, K. Definición de Sexo [Artículo en Internet]. 2003 [citado 08 de jul .2016.]. [1 pagina]. Disponible en URL: <http://definición.de/Sexo>.
58. Aristizabal, M. Concepto de sexo. [Artículo en internet]. 2014 [Citado 2015 jul. 8] Disponible en URL: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS1/index1.htm>.

59. Álvarez, L. Definición de edad - Qué es, Significado y Concepto. [Artículo en internet]. 2012 [Citado 2014 - 2015]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad>.
60. Campo, M. Definiciones y explicaciones de edad adulta. [Artículo en internet]. 2000 [Citado 2015 May 10]. Disponible en URL: <http://definiciones.y.explicaciones.de/edad>.
61. Instituto de Prevención social, Auto cuidado del Adulto Mayor. [Artículo en internet]. 2013 [Citado 17 de Mayo del 2015]. Disponible desde el URL: <http://www.inp.cl/roller/autocuidado/>.
62. Galeón. Origen de la discriminación contra las mujeres. [Artículo en internet]. 2005 [Citado 2016 jun. 03.] Disponible desde el URL: <http://antropos.galeon.com/html/GENERO.htm>.
63. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. Ocupación _ grado de instrucción. [Serie Internet] 2005 [Citado el 2015 Junio 04] [Alrededor de 3 planillas]. Disponible desde el URL: <http://www.mintra.gob.pe/mostrarcontenido.php?id=418&tip=105>.
64. González, D. (2015). Líneas de investigación: Psicología, Aprendizaje estratégico, Evaluación Educativa, Estudios sobre Educación Superior, Universidad de Sonora, México.

65. Diccionario Economía, Administración, Finanzas y Márquetin. Definición de Ingreso Económico. [Artículo de internet]. 2012 [citada 24 de setiembre 2016]: [alrededor de 1 planilla]. Disponible desde la 79 URL: http://www.eco-finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm.
66. Farfán, G. Conceptos De Ingresos Gastos Costos Utilidad Rentabilidad Perdida. [Serie en internet]. 2013 [Citado 2016 Abr 17]. Disponible en URL: <http://www.mitecnologico.com/Main/ConceptosDeIngresosGastosCostosUtilidadRentabilidadPerdida>.
67. Arrue, K. Definición de ingresos. [Artículo en internet]. 2014 [Citado 2016 abril. 15.]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.
68. Agudelo, H. Definición de ocupación- Que es, Significado y Concepto: [Serie internet]. 2003 [Citado 2016 abril 15]. [Alrededor de 4 planillas]. Disponible desde el URL: [http:// definiciones/ocupación/](http://definiciones/ocupación/).
69. Canales, T. Que es la ocupación [Foro en Internet]. 2011. [citado 2016.jun.24]. [1pantalla]. Disponible en URL: <http://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061008175013AALBtZ>.
70. Cardona, D. Definición. Que es la ocupación. [Artículo en Internet]. 2010 [Citado 2016 Oct.02]. [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061008175013AALBtZ4>.

71. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2014. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citadoAbril.2017]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en [http:// www. inegi. org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2017](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2017)
72. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2015-2016. [Citado 2017 Abril.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco_conceptual_cpv2017.pd
73. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Artículo sobre la canasta familiar en el Perú –datos estadísticos. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado2017May.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: <http://peru21.pe/economia/inei-canasta-básica-mensual-fue-s-292-persona-2017>.
74. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Perú, 2016. Disponible en: www.inei.gob.pe.
75. 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: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040079>.

76. Castro, A. Determinantes de la Salud en la Persona adulta en el Caserío de Miraflores-Salitral-Sullana, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000041081>.
77. Durand, G. Determinantes de la salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado San Francisco de Chocán-Querecotillo-Sullana, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040104>.
78. Castillo, R. Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro Penitenciario cambio Puente, Chimbote – 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000043645>.
79. Romero, M. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven del Asentamiento Humano la Victoria. El tambo – Huancayo, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huancayo – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039781>.
80. Juan de Dios, L. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven. Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida-Tambo, 2013. [Tesis para optar el

título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los
Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL:[http://erp.
uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=000000397991](http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=000000397991).

81. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2017. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017.
82. Hernández, D. Viviendas unifamiliares. Elaborado el 6 de mayo del 2017. Disponible en: <http://viviendasunif.blogspot.com/>.
83. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2016. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016.
84. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2017 Abril 13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL: http://ies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html.
85. Dibujo Arquitectónico ITSIM. Vivienda Unifamiliar. [página en internet]; 2015 [citado 2017 May. 27]. Disponible en:<https://sites.google.com/site/dibujoarquitectonico112/vivienda-unifamiliar-y-multi>.
86. Fernández, P. Definición de piso [Foro en Internet]. 2001. [Citado 12, de setiembre 2016] [1 pantalla libre]. Disponible en URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.

87. Johnson, J. Definición de piso [Artículo en Internet]. 2010. [Citado 09 de mayo 2016] [1 pantalla libre]. Disponible desde URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/piso>.
88. Álzate, A. Definición de materiales de construcción, piso [Serie de Internet]. 2000 [Citado 09 de mayo 2016] [1 pantalla libre]. Disponible desde URL: <http://www.ecured.cu/index.php/Pisos>.
89. Vélez, M. Definición de piso [Serie en Internet]. 2005. [Citado 09 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/piso>.
90. López, Y. Definición de tejas de barro [pantalla de internet]. 2008. [Citado 2016 May 9]. Disponible desde <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/3999/1/CD-3761.pdf>.
91. Corcel, SAC. Materiales de construcción. [Artículo en internet]. [Citado 2016 May 9]. Disponible. http://www.corcel.com.pe/catalogo_techos_calaminas_galvanizadas.html
92. Poma, J. Definición de una cubierta de eternit [Serie de Internet] [Citado 2017 febrero] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.scribd.com/doc/55109765/Eternit#scribd>.
93. Barrios, A. Diccionario: Definición de adobe [Serie de Internet]. 2013. [12 de febrero 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/adobe>.

94. Maguiña, C. Definición de adobe [Artículo en Internet]. 2012. [09 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: http://www.construmatica.com/construpedia/El_Adobe_en_la_Construcci%C3%B3n_para_el_Desarrollo.
95. Osore, F. Diccionario: Definición de dormitorio [Página en Internet]. 2010. [Citado 9 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>
96. Soto, L. Diccionario: Definición de dormitorio [Página en Internet]. 2011. [Citado 09 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
97. Guillen, F. Diccionario: Definición de dormitorio [Página en Internet]. 2010 [Citado 09 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.fundeu.es/consulta/habitacion-o-cuarto-106/>.
98. Contraloría General. Definiciones y explicaciones [página en internet]. 2016 [citado 2016 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible en:http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/POBLACION_VIVIENDA/notas/def_vol1.htm.
99. Gonzales, M. Saneamientos básicos. [Monografía en Internet]. 2017. [Citado 2017 feb 13]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos26/saneamiento-básico/saneamiento-basico.shtml>.
100. Organización Mundial de la Salud (OMS): Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud [OMS 2014] [1 pantalla libre] desde URL:<http://www.who.int/water.sanitation/.health/mdg1/es>

101. Malca, N. Modelo de Investigación Social Sostenible para Mejorar la Salud Ante el Efecto de la Parasitosis Intestinal en el centro poblado Pacherez Lambayeque –Perú, 2014 - 2015. [Tesis para Optar el Grado Académico de Doctor en Bienestar Social y Desarrollo Local]. Lambayeque – Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014. Disponible en URL: tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/663/3/TD_Malca_Tello_Nancy.pdf.
102. Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC). [Artículo en internet]. [Citado Mar 10 2015]. Disponible: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/13830/66983/file>.
103. Organización Panamericana de la Salud (OPS): Unidad de apoyo técnico para el diseño de letrinas [1 pantalla libre] desde URL: http://www.bvsde.opsoms.org/tecapro/documentos/sanea/eLetrina_hoyo_seco.pdf.
104. Organización Mundial de la Salud (OMS): Combustible para cocinar [OMS 2014] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
105. Rojas, D. Diccionario: Definición de combustible para cocinar [Página en Internet]. 2014. [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Guide_to_Environmental_Health:Combustible_para_cocinar_y_calentar.
106. Joaquín Quiroz, Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo. Unidad de Recursos Naturales. Centro de Investigación Científica de Yucatán, 2016.

- 107.Kirk, S. El uso doméstico de leña en los países en desarrollo [Documento en internet] [Citado 2017 nov 12]. Disponible en URL: <http://www.fao.org/docrep/009/a0789s/a0789s09.htm>.
- 108.Moreno, C. Diccionario: Definición de energía eléctrica [Página en Internet]. 2011 [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: <http://definicion.de/energia-electrica/>.
- 109.Rivadeneira, I. Generación y transporte de electricidad. [Monografía en Internet] [Citado el 2017 mayo 09] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos13/genytran/genytran.shtml>.
- 110.Barboza, J. Definición de energía eléctrica [Página en Internet]. 2007 [09 de mayo 2017]. Disponible desde URL: <http://twenergy.com/energia/energia-electrica>.
- 111.Cruz, P. Diccionario: Definición de basura [Página en Internet]. 2009. [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.slideshare.net/isaacdavidaguirre/la-basura-en-su-lugar-30781394>.
- 112.Mora, E. Acerca de la basura [Documento en internet] [Citado 2017 mayo 09].Disponible en URL: <http://www.barrinas.net.ve/index.php?p=news&id=1887>.
- 113.Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): Definición de basura [OMS 2015] [Citado 2017 mayo 18] desde URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Basura#cite_note-1.

114. Lucarella, L. Recolección de basura. Tesis de Grado en Ingeniería en Informática Departamento de Computación Facultad de Ingeniería Universidad de Buenos Aires, 2014. Disponible URL: <http://www.llucax.com.ar/> /informe-pc.pdf downloads.
115. Municipalidad Provincial de Anta: Definición de recojo de basura [Serie de Internet]. 2015. [Citado 2017 junio10]. Disponible desde URL: mim.org.pe/menu/Publicacionespormunicipalidad/31.
116. Martínez, J. Diagnóstico Situacional de Vivienda de la Ciudad de Huánuco y Ancash, 2016.
117. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta Demográfica y de la Salud Familiar. 2015-2016-2017.
118. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). 2016. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>.
119. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INE. Censos Nacionales en 2015. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0205/cap0406.htm>.
120. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). 2016.

- 121.Registro Nacional de Municipalidades - Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Programa de Gestión Territorial, 2016.
- 122.Instituto Nacional de Estadística e Informática. Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU), 2015.
- 123.Torre, L. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Churap – Monterrey – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Set 5]. Disponible en URL:http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000041391.
- 124.Rufino, H. Determinantes de la Salud en la Mujer Adulta de la Urbanización los Titanes II Etapa – Piura, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 5]. Disponible en URL:http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000038179.
- 125.Pajuelo, A. Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector C Huaraz - Distrito, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 5]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035532>.
- 126.Quenaya, W. Determinantes de la Salud en las Personas Adultas de la Asociación 28 de Agosto I Etapa Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2013. [Tesis para optar

el título de Licenciada en Enfermería] Tacna – Perú: Universidad Católica los
Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 5]. Disponible en URL:[http://
erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038186](http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038186).

127. Aranda, J. Determinantes de Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe,
Huancabamba Piura, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en
Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
[Citado 2017 Set 5]. Disponible en URL:[http://erp.
uladech.edu.pe/biblioteca
virtual/?ejemplar=00000041393](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca
virtual/?ejemplar=00000041393).

128. Vergaray, R. Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector A – Huaraz –
Ancash, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Huaraz
Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Set 5].
Disponible en URL:[http://erp.uladech.
edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=0000
0040300](http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=0000
0040300).

129. Ramos, W. El Fumador y la persona Fumado y Hábito de fumar. [Artículo en
internet]. 2017 [Citado Abril de 30.]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL:
[es.hppt/
www .org/Wiqui/
conceptos habito fumar](http://es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar).

130. Miranda, J. Concepto de Hábito de Fumar. [Artículo en internet]; 2016. [Citado
23 oct. 2016]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [http://educavital.blogspot.
com/2016/10/
concepto-de-fumar.html](http://educavital.blogspot.
com/2016/10/concepto-de-fumar.html).

131. Aparicio, A. Hábito de fumar. [Artículo en internet]; 2016. [Citado 2016 abril de
30.]. Disponible en URL: [es.hppt/
www .org/Wiqui/
conceptos habito fumar](http://es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar).

132. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). El alcoholismo. [folleto]. [Citado 2016 Abril 30]. Perú: Lugar de escucha; 2016. Disponible en URL: www.conceptosconsumo.com de bebidas alcohólicas.
133. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. [Serie Internet] [Citado 2017 febrero 17] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
134. Atria, J. Consumo de Bebidas Alcohólicas. [Artículo en internet]. [Citado jun de 2016] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: www.conceptosconsumo.com de bebidas alcohólicas.
135. Pinto, M. Valoración del patrón de sueño en un Centro Gerontológico de estancias diurnas, editorial n° 46, Revista Metas de Enfermería, Junio 2015. 82; 12.
136. Enciclopedia libre: definición de Dormir [Serie Internet]. [Citado 2016 nov. 28]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>.
137. Arboledas, G., Cubel, M., Lluch, A. y Morell, M. (s/a). El sueño y sus trastornos. Un problema de salud pública. Revista del centro de salud Ingeniero Joaquín Benlloch, 37-40.
138. Ghazoul, F. Higiene y cuidado del cuerpo. [Documento en internet] [Citado 2016 nov 28]. Disponible desde: <https://sites.google.com/site/actfissal/higienepersonal>.

139. Juárez, B. Higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2016 abril 12]. Disponible URL: <http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminaciondeexcretas.html>.
140. Martín, V. Hábitos de higiene personal y en la escuela. [Artículo en internet]; 2016. [Citado en 12 Jun. 2016]. [Alrededor de 2 planillas]. Disponible en: <http://www.conceptos/habitos/higiene>.
141. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2017. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2017.
142. Guiza, G. Definiciones. Examen Médico, [Enciclopedia libre]. [Citado febrero de 17.] [Alrededor de 1 planilla] la Disponible desde el URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Examen médico](http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_médico).
143. Labotec. Importancia de chequeos anuales. [Artículo en internet]. [Citado 2016 febrero 17]. Disponible desde el URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Examen médico](http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_médico).
144. Organización Mundial de la salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2014. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2014.
145. Vialfa, C. Actividad física: beneficios y efectos sobre la salud. [Documento en internet]. [Citado 2016 febrero 17]. Disponible desde: <http://salud.kioskea.net/faq/3948actividad-fisica-beneficios-y-efectos-sobre-la-salud>.

146. Basulto, J. Definición y características de una Alimentación Saludable España. [Documento en Internet]; 2015. [Citado 2016 May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: http://www.grepedn.es/documentos/Alimentación_saludable_.pdf
147. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. [Serie Internet] [Citado Abril 2017] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
148. Indicadores de la educación según Organización Mundial de la Salud (OMS) [Artículo en internet]. 2015 [citado, 29 de febrero 2015]. Disponible: <http://elcomercio.pe/blog/expresiongenetica/2015/02/fumadores-en-losperuanos>.
149. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. An Salud Mental. Lima. 2015; 19(1-2):86-88.
150. Diario Peruano e Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) sobre Ancash no va al médico y horas de sueño [Artículo en internet]. 2015-2016 [citado, 24 de mayo]. Disponible: http://diariocorreo.pe/ciudad/en-ancash-no-va_medico_horas_de_sueño_105681.
151. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales; Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2016.

152. Organización Mundial de la salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2015-2016. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2016.
153. Sánchez, D. Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector EE Challhua-Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035467>.
154. Chinchay, M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q - Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035537>.
155. Carrillo, K. Determinantes de la salud de las mujeres adultas del barrio Leticia-Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Sullana – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 20]. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000042289>.
156. Domínguez, J. Apoyo Social, Integración y Calidad de Vida de la Mujer Inmigrante en Málaga-2015. [Tesis Doctoral]. [Universidad de Málaga]. [Citado

- 2016 Set 20]. Disponible desde: www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/1711228x.pdf.
157. Arras, S. Apoyo Social. [Página en internet]. Citado el 16 de Jun del 2015. Disponible desde la ULR: <http://www.enconoinmiretosocial.com/?p=506>.
158. Macedo R. Apoyo Social para el Adulto Diabético. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología]. 2015. [Citado 2016 oct 10]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible desde tesis.pucp.edu.pe/.../GARCIA_ROMAN_ANDREA_ADULTO_DIABETI.
159. Mejía, J. Qué es el apoyo social. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mar 13]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://ocw.unican.es> >... > Bloque Temático IV Tema 13. El apoyo social.
160. Vargas, P. La evaluación del apoyo social. [Serie en internet]. [Citado 2016 nov. 10]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script>.
161. Torres, E. Redes de apoyo. Definición. [Serie en internet]; 2016. [Citado marzo 2016]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en: <http://www.Redes/apoyo/monogra/definic>.
162. Servicio de pediatría Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014-2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Mayor de

- San Marcos, 2015. [Citado 2016 Abr 15]. Disponible desde el URL:
sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo.../t_completo.pdf.
- 163.Miranda, T. Sistema de salud [Articulo en internet]. [Citado 30 de Set. 2015].
Disponible desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud.
- 164.Organización Mundial de las Salud (OMS). Instituciones de Salud [Articulo en internet]. [Citado 19 de febrero 2016]. Disponible desde:
http://es.wikipedia.org/wiki/Instituciones_de_salud.
- 165.Rubilar, D, Rossi, M. Desde Definición Organizaciones de atención de la salud instituciones y servicios de salud el hospital y los centros de salud, ABC: 2014.
- 166.Pumain, D. Distancia. [Documento en internet]. [Citado 15 de Set. 2015].
Disponible desde: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article162>
- 167.Sistemas AFM Compactos. Conceptos de distancia. [Documento en internet].
[Citado 2016 Abr 10]. Disponible desde: <http://deconceptos.com/matematica/distancia>.
- 168.Organización Mundial de Salud (OMS). Definición de seguro social de salud en el Perú 2016. [Página en Internet]. [citado 2016 Dic 10]. Disponible en. <http://OMS.Monografias.com/.pe/.pdf>.
- 169.Organización Panamericana de la Salud (OPS). Seguro de Salud. [Serie en Internet]. [Citado 2017 Abr 17]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde:
<http://www.eumed.net/coursecon/dic/glos-segur.htm>

170. Moiso, A. Determinantes de la salud. [Monografía de Internet]. [Citado 2016 Abr 15]. Disponible en: http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%2520Tecnicos/Fundamentos_de_salud_publica/cap_6pdf.
171. Ortiz, C. Tiempo de espera para ser atendidos. [Serie en Internet]. [Citado diciem.16]. [1 pantalla libre] Desde URL:<http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales,6f2c5f38035f6310>.
172. Dirección general de evaluación del desempeño. Tiempo de espera en consultorio externo. [Documento en internet]. [Citado 2017 Abr 17]. [alrededor de 2 paginas]. Disponible desde URL:<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicador/notas/indicado>
173. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2016; 26 (2): 7-12.
174. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. [Serie en Internet]. [Citado 2017 Marz. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc.
175. Organización Mundial de Salud (OMS): Pandillaje [Reporte de internet]. [Citado 2017 Jun. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde. URL:www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definicion.Pandillaspdf.

176. Vega, R. Pandillaje, Problema social. [Artículo en internet]; 2015. [Citado en Nov 2015]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://peligroculto-jaen.blogspot.com/2015/11/definicion-general-pandillaje.html>.
177. Palacios, L. El pandillaje [Monografía en internet]. 2013. [Citado 2015 Nov 2]. [Alrededor de 10 paginas]. Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos53/pandillajeperu/pandillaje-peru.shtml#ixzz2lhBrp800>.
178. Gallar y Shumaker. El apoyo en familia. [Serie en internet]. 2015. [Citado 2016 Dic 15]. Disponible en <http://www.fluvium.org/textos/familia/fam317.htm>
179. Personas adultas mayores (PAM). Promoviendo el envejecimiento activo y saludable [Serie en Internet]. 2014 - 2017. [Citado 2016 Mar 17]. Disponible desde URL: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
180. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Oficina de Estadística y Planificación atendido en un establecimiento. [Serie en Internet]. [Citado Junio.13]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.
181. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Según el Comercio, Lima Seguro Integral de Salud. [Serie en Internet]. [Citado Feb. 5]. Disponible desde: elcomercio.pe/.../sis-subsidia-atencion-240000-personas-no-consideradas.

182. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI), encuesta demográfica en 2015-2016. [pantalla de internet]. [Citado Mar 10]. Disponible desde el URL http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro_5a6.pdf.
183. Dirección Regional de Salud Ancash. Calidad de atención [Serie en Internet]. 2015. [Citado junio 5]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [/http://www.rpp.com.lima-como-vamos--atención-en-hospitales-y-calidad-en-la-mira-noticia_679348.html](http://www.rpp.com.lima-como-vamos--atención-en-hospitales-y-calidad-en-la-mira-noticia_679348.html).
184. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Reporte de pandillaje. [Serie en Internet]. 2013. [Citado 2016 set. 6]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: 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 CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO –
INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iníciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (41 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 FÍSICO**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/tejas/calamina ()

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 río ()
- 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/ 1 vez a la semana ()

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 de algunas organizaciones:

- 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 esperó 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 SALUD DE LOS ADULTOS CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 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 experta la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 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 CENTRO POBLADO DE CURHUAZ -
SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

N°	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunt a
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
										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 HÁBITOS 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 SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA –
HUARAZ, 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:	1	2	3	4	5
¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?					
Comentario:					



ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE CURHUAZ - SECTOR CAURURO – INDEPENDENCIA -
HUARAZ, 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