



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN- SECTOR B- HUARAZ-
ANCASH, 2018**

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

AUTORA:

Bach. Enf. MAGNOLIA CELY MANRIQUE ORDEANO

ASESORA:

Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ- PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA

PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR

MIEMBRO

Mgtr. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios por darme entendimiento
y fortaleza para superar dificultades
y lograr mis objetivos porque sin
él no lo conseguiría.

A mi madre por tu ejemplo
en perseverancia, lucha y
por su amor incondicional
que me demuestra cada día.

A mi familia y a mi padrino
por su cariño, orientación y
confianza que me demuestran
cada vez que quiero emprender
un proyecto.

MAGNOLIA.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora la Mg. Rocio Belú, Vásquez Vera, por su apoyo, disponibilidad y orientación en el presente trabajo.

Al jefe del Puesto de Salud de Huamarín, por brindarme su apoyo, información y paciencia para recorrer el sector con el fin de realizar esta investigación.

A los adultos del Centro poblado de Huamarín, en reconocimiento a su valiosa colaboración y aporte fundamental para esta investigación.

MAGNOLIA

RESUMEN

Investigación cuantitativa, descriptivo de una sola casilla. Objetivo: Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Huamarín- Sector B-Huaraz,2018. Muestra conformada por 120 adultos ,se les aplico el cuestionario de determinantes de salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.00. Conclusiones fueron: determinantes biosocioeconómicos: más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, con instrucción secundaria/incompleta, perciben menos de 750 soles y trabajo eventual. Determinantes del entorno físico: menos de la mitad desecha la basura a campo abierto; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar y duermen 2-3 miembros / habitación; la mayoría tienen paredes de adobe, techo de eternit/teja, piso de tierra, conexión domiciliaria de agua, letrina, leña/carbón para cocinar, energía eléctrica, no pasa el carro recolector. Determinantes de estilo de vida: menos de la mitad no realiza actividad física en su tiempo libre, consume pescado y fruta 1 a 2 veces/semana; más de la mitad camina más de veinte minutos, consume carne una a dos veces/semana, huevo diario y legumbres; la mayoría no fuma, ingiere ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas diarias, se bañan una vez/semana, no se realiza controles médicos, consume fideos, pan/ cereales, verduras y hortalizas a diario. Determinantes de redes sociales y comunitarias: menos de la mitad no recibe apoyo social organizado, se atiende en el puesto de salud; más de la mitad considera una distancia regular de su casa al puesto de salud, tiempo de espera regular y calidad regular; la mayoría no recibe apoyo social natural, no recibe apoyo social organizado, tienen Seguro Integral de Salud (SIS) – MINSA y no hay pandillaje cerca de su casa.

Palabras claves: Adultos, Determinantes de salud.

ABSTRACT

Quantitative, descriptive investigation of a single box. Objective: Identify the determinants of health of the adults of the Huamarín-Poblado Sector B-Huaraz, 2018. Sample consisting of 120 adults, the questionnaire of health determinants was applied. The analysis and data processing was through the SPSS Software version 20.00. Conclusions were: biosocioeconomic determinants: more than half are female, mature adults, with secondary / incomplete education, receive less than 750 soles and temporary work. Determinants of the physical environment: less than half dispose garbage in the open field; more than half have single-family housing and sleep 2-3 members / room; most have adobe walls, roof eternit / tile, dirt floor, home water connection, outhouse, firewood / charcoal for cooking, electric power, does not pass the collector car. Determinants of lifestyle: less than half do not do physical activity in their free time, consume fish and fruit 1 to 2 times / week; more than half walk more than twenty minutes, consume meat one to two times per week, daily egg and legumes; most do not smoke, occasionally drink alcoholic beverages, sleep 6 to 8 hours a day, bathe once / week, do not perform medical checks, consume noodles, bread / cereals, vegetables every day. Determinants of social and community networks: less than half do not receive organized social support, they attend the health post; more than half consider a regular distance from home to the health post, regular waiting time and regular quality; Most do not receive natural social support, they do not receive organized social support, they have Comprehensive Health Insurance (SIS) - MINSA and there is no gang near their home.

Keywords: Adults, Determinants of health.

ÍNDICE

| | Pág |
|--|------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA..... | 13 |
| 2.1 Antecedentes..... | 13 |
| 2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación..... | 19 |
| III. METODOLOGÍA..... | 26 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación..... | 26 |
| 3.2 Diseño de investigación..... | 26 |
| 3.3 Población y muestra..... | 26 |
| 3.4 Definición y Operacionalización de variables..... | 27 |
| 3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos..... | 38 |
| 3.6 Procesamiento y análisis de datos..... | 40 |
| 3.7 Principios éticas | 41 |
| IV. RESULTADOS..... | 42 |
| 4.1 Resultados..... | 42 |
| 4.2 Análisis de resultados..... | 52 |
| V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 106 |
| 5.1 Conclusiones..... | 106 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 108 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICA | 109 |
| ANEXOS..... | 137 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| TABLA 1 | 42 |
| DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN – SECTOR B – HUARAZ, 2018. | |
| TABLA 2 | 43 |
| DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADO CON EL ENTORNO FISICO, DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN – SECTOR B – HUARAZ, 2018. | |
| TABLA 3 | 46 |
| DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN – SECTOR B – HUARAZ, 2018. | |
| TABLA 4,5,6 | 48 |
| DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIOS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN – SECTOR B – HUARAZ, 2018. | |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| GRÁFICO DE TABLA 1 | 157 |
| DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN – SECTOR B – HUARAZ, 2018. | |
| GRÁFICO DE TABLA 2 | 160 |
| DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO HUAMARÍN - SECTOR B - HUARAZ - ANCASH,2018 | |
| GRÁFICO DE TABLA 3 | 166 |
| DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ- ANCASH, 2018 | |
| GRAFICO DE TABLA 4,5,6 | 171 |
| DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ-ANCASH, 2018. | |

I. INTRODUCCIÓN

“Se realizó esta investigación con el propósito de identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Huamarín – Sector B – Huaraz, 2018. Debido 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”.

“Para mejor entendimiento la tesis se estructura de la siguiente manera Capítulo I: Introducción; Capítulo II: Revisión de Literatura; Capítulo III: Metodología; Capítulo IV: Discusión y el Capítulo V: Conclusión y Recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y anexos. El presente trabajo de investigación contiene hallazgos importantes que contribuirán, al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos”.

“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, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud” (4).

“Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico” (4).

“Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen

que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud” (5).

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

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

“La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la organización mundial de la salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes” (7).

“De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas” (7).

“En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública” (8).

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

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

“Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la

idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles” (10).

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

“Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud” (11).

“El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas”. “Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de

justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado” (12).

“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” (14).

“Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores” (15).

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

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

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

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

“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, 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 afiliada hace el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliada corresponde a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas (18,19)”.

“El presente estudio muestra la realidad del Centro Poblado de Huamarín –

Sector B – Huaraz, que se encuentra ubicado a 3299.5 msnm, al sur de Huaraz, en la Cordillera Negra, está limitado por el norte con el centro poblado de Santa Cruz, por el oeste San Pedro y por el sur Santa Catalina. Su clima se divide en tiempo de lluvia es de noviembre a abril y tiempo seco mayo a octubre” (20).

“Huamarín tiene 800 habitantes y cuenta con las siguientes autoridades: Alcalde, Teniente alcalde, Teniente Gobernador, Juez de Paz y presidente de JASS; no cuenta con puesto policial, en caso de un incidente delictivo acuden a la comisaria de la Policía Nacional del Perú (PNP) de Tacllán” (20).

“El centro poblado cuenta con los servicios básicos de agua, con sistema de distribución domiciliaria en su totalidad, con servicio eléctrico, en relación con la recolección de basura los pobladores no cuentan con este servicio, por lo que cada familia se encarga de seleccionar los residuos orgánicos e inorgánicos y optan por reciclar, desecharlo en el campo o quemarlo. Tienen acceso a la línea de telefonía móvil de la empresa Bitel (es el único que tiene buena señal), solo el colegio cuenta con internet” (20).

“El acceso al centro poblado es por medio del transporte público que realizan la ruta Jangas – Huamarín, el cual solo llega hasta donde inicia el Sector B de Huamrín, para acceder a todo el sector B se tiene que seguir caminando o con animales de carga como el asno (*Equus africanus asinus*)” (20).

“Cuenta con las siguientes instituciones; la municipalidad que se encuentra en una casa de alquiler cerca a la plaza, es una población enteramente católico y poseen una iglesia pero no cuenta con un sacerdote permanente, institución educativa N° 86009 “Micaela Bastidas Puyucahua” cuenta con los niveles, primaria y secundaria, mixto y las clases se dictan solo por las mañanas, la educación superior la realizan en

Huaraz y también tienen un cementerio” (20).

“El principal patrón espiritual es “San Isidro Labrador”, su festividad se lleva a cabo en Noviembre, donde acostumbran llevarle (mantos, coronas, adornos florales y otros). La fiesta es organizada y financiada por mayordomos y capitanes que hacen su entrada triunfal acompañados por una banda de músicos, danzantes. La comida típica es el picante de cuy (papas hervidas acompañado de una salsa picante y carne de *Cavia porcellus*), el puchero (sopa de verduras de la zona con carne de oveja) y sopa de llunca (sopa de trigo). Desde el 22 de Julio hasta el 25 del mismo mes, son las celebraciones en homenaje a la Virgen nuestra Señora del Carmen. Es la segunda fiesta más grande del Centro Poblado de “Huamarín”. Existen dos grupos antagónicos de danzantes: “Huanquillas”, “Blancos” y “Negros” (20).

“El centro poblado de Huamarin cuenta con un establecimiento de salud denominado Puesto de Salud de Huamarin con categoría I-1 y está pertenece a la Microred de San Nicolás, por ende a la Red Callejón de Huaylas Sur, la infraestructura del centro de salud es de material no convencional de adobe (bloque de barro y paja amoldados), de un solo piso, cuenta con cinco ambientes distribuidos para la diferentes áreas de atención, SSHH, pozo séptico. Este establecimiento cuenta con los siguientes profesionales: una enfermera, una obstetra, dos técnicos de enfermería, los cuales realizan guardias comunitarias diurnas y la atención es de lunes a domingo. También cuentan con el servicio de odontología que atiende una vez al mes, psicología que atiende dos veces al mes” (20).

“Las carteras de servicios que brindan son: Servicio de atención al Niño: control de crecimiento desarrollo, administración de micronutriente, vacunas, sesión de estimulación, consejería integral, visita familiar, consejería nutricional, atención a

la salud según prioridades sanitarias prevalentes IRA, EDA (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda); servicio de atención adolescente/Joven: control crecimiento desarrollo, vacunas, evaluación agudeza visual, evaluación nutricional, tamizaje de violencia, salud sexual reproductiva, consejería integral, actividad educativa; servicio de atención al adulto. servicio de adulto mayor. Servicio de atención a la gestante; salud familiar y comunitaria; atención de urgencias y emergencias”.

“En el año 2016 según los reportes estadísticos recabados en el establecimiento de salud; las enfermedades más comunes en orden de mayor prevalencia son: Amigdalitis aguda 13.2%, dorsalgia 10.9%, cefalea 7.6%, Rinofaringitis aguda (resfriado común) 7.29%, gastritis/ duodenitis 6.3%, entre otras de menor prevalencia” (20).

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

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del centro poblado de Huamarin – Sector B - Provincia de Huaraz – Ancash 2018?

Objetivo General:

Identificar los determinantes de salud de los adultos del centro poblado de Huamarin – Sector B -Provincia de Huaraz – Ancash.

Objetivo Específico:

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos: 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 Huamarin –Sector B – Provincia de Huaraz – Ancash.

Identificar los determinantes de estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad de los adultos del Centro Poblado Huamarin – Provincia de Huaraz – Ancash.

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 Huamarin – Provincia de Huaraz –Ancash.

Es importante realizar este estudio en el campo de la salud para señalar que tipo de servicios existentes y como funcionan en el proceso del desarrollo de la calidad de vida de sus habitantes. Este estudio nos orienta conocer medidas adecuadas y pertinentes para su puesta en práctica como política social local y regional en la mejora del sistema asistencial de la salud pública. Es importante señalar las características de su estilo de vida, socio económica y del entorno de la población rural cuya implicancia señala las condiciones de salud de cada uno de sus habitantes y las consecuencias sociales que ella genera a nivel familiar y para la sociedad local.

Se precisa de esta investigación en los centros poblados para la atención de políticas de estado para establecer una intervención adecuada a las necesidades, posibilidades y recursos humanos, técnicos, materiales y financieros que pueda dar soporte para mejorar y mantener la salud individual y comunitaria.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados con la presenta investigación:

A nivel Internacional:

“Oliveira-Machado R, Rocha KB, Pizzinato A, Cé JP, (21), en su investigación: La Percepción de Determinantes Sociales de la Salud en Brasil según Usuarios y Profesionales, 2013. Objetivo: Analizar la percepción de profesionales y usuarios del Sistema Único de Salud de Brasil, de un distrito sanitario de la ciudad de Porto Alegre, en relación con los determinantes sociales de la salud”.

“Resuelven que emergieron cinco categorías que representan la caracterización de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/ cuidado, presentes en los dos grupos (profesionales y usuarios): 1. Acceso/calidad; subcategorías: dificultad financiera; calidad de los productos disponibles; influencia de la cultura local. 2. Condiciones de la localidad; subcategorías: espacio de ocio; colecta de la basura; agua y alcantarillado.3. Violencia; subcategorías: violencia en su comunidad; violencia hacia los profesionales sanitarios. 4. Salud Mental; subcategoría: problemas de salud mental y drogadicción. 5. Servicio de salud; subcategorías: espacios apropiados para atención en los servicios y falta de profesionales de la salud”.

“Satariano B, Curtis SE, (22). Investigación: La Experiencia de los Determinantes Sociales de la Salud en una Cultura Maltesa del Sur de Europa, 2017. Investigación cualitativa en tres localidades en Malta, un país donde la investigación previa sobre este tema es bastante limitada. A través de entrevistas con personas de algunos de los grupos más desfavorecidos y socialmente marginados”.

“Esta investigación ilustra cómo la salud psicosocial y el bienestar de los habitantes de esta región mediterránea están fuertemente influenciados por determinantes sociales más amplios, particularmente las poderosas dinámicas de la sociedad normas que involucran roles de la familia extendida, actitudes tradicionales hacia el matrimonio como institución, honor familiar, roles de género y creencias y prácticas religiosas”.

“Esta investigación explora cómo estos determinantes sociales de la salud en un contexto malteses son complejos y contingentes a las condiciones sociogeográficas personales y locales, de modo que mientras que para algunos individuos son beneficiosos para la salud y el bienestar, para otros los efectos son perjudiciales. La discusión considera cómo interpretar el 'modelo mediterráneo' de determinantes sociales de la salud a la luz de las experiencias de este grupo de habitantes”.

“Fosse.E, Helgesen MK, Hagen S, Torp S. (23). Investigación: Abordar los Determinantes Sociales de la Salud a Nivel local: Oportunidades y Desafíos 2017. Resultado: Nuestros hallazgos indican que los municipios tenían una comprensión bastante vaga del concepto de desigualdades en salud, y aún más, del concepto del gradiente social en salud. El entendimiento más común fue que la política para

reducir las desigualdades sociales se refería a los grupos desfavorecidos. En consecuencia, las políticas y medidas se dirigirían a estos grupos, en lugar de abordar el gradiente social”.

“Conclusión: Se observó un movimiento hacia una mayor comprensión y adopción de la nueva política integral de salud pública. Sin embargo, para continuar con este proceso, los niveles locales y nacionales deben permanecer comprometidos con los principios del acto”.

A nivel nacional:

“Durand G, (24). Investigación: Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado San Francisco de Chocán-Querecotillo - Sullana, 2014. Conclusión: son sexo femenino, adultos maduros, con ingreso económico menor de S/. 750, ocupación eventual; menos de la mitad tienen secundaria completa/incompleta. Vivienda: todos tienen red pública, letrinas, eliminan la basura a campo limpio; casi todos tienen techo de calamina, energía eléctrica; la mayoría son familia unifamiliar, casa propia, 2 a 3 miembros duermen en una habitación, utilizan gas para cocinar; entierran, queman la basura; más de la mitad tienen piso de tierra, paredes de material noble. Estilos de vida: la mayoría no fuma, duermen de 6 a 8 horas; más de la mitad consume alcohol ocasionalmente, no realizan exámenes médicos periódicos, ni actividad física en tiempo libre”.

“En su alimentación: la mayoría consume carne, fideos, arroz, embutidos, refrescos con azúcar; más de la mitad pan, cereales, dulces y gaseosas; menos de la mitad frutas, huevos, pescado, verduras, legumbres, productos lácteos, frituras. Apoyo social: Menos de la mitad se atendieron en puesto de salud, no cuentan con seguro. Redes sociales y comunitarias: no reciben apoyo social organizado, la

mayoría no recibe apoyo social natural, casi todos no tienen pensión 65”.

“Castro A, (25). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío de Miraflores–Salitral-Sullana, 2014. Concluye los determinantes de la salud socioeconómicos: la mayoría son de sexo femenino, adultos maduros, secundaria completa, ingreso de 750 soles, trabajo eventual. Determinantes de la salud relacionados al entorno físico: la mayoría tiene vivienda unifamiliar, casa propia, piso tierra, techo eternit, calamina, conexión domiciliaria, más de la mitad tienen paredes de estera, adobe, duermen de 2 a 3 por habitación, letrina, cocinan con leña, carbón, casi todos tienen energía eléctrica, entierran o queman la basura”.

“Determinantes de los estilos de vida: casi todos no fuman, la mayoría ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8 horas, realizan examen médico, caminan como actividad física, carne, embutidos, gaseosas; casi todos se bañan; menos de la mitad consumen pescado, legumbre, lácteos, frituras; más de la mitad frutas, huevos, pan, verduras, refrescos. Determinantes de las redes Sociales y Comunitarias; menos de la mitad, el tiempo de espera regular; la mayoría se atendió en Puesto de Salud, la distancia queda cerca a su casa, la calidad atención es buena, no reciben apoyo del comedor popular seguro del SIS-MINSA; casi todos refieren que no existe delincuencia, recibió apoyo social natural, no recibe apoyo del programa pensión 65, no reciben apoyo de ninguna otra organización; más de la mitad no recibe apoyo del programa vaso de leche; todos no reciben apoyo social organizado”.

“Sanchez G, (26). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Caserío Somate Centro, Bellavista-Sullana, 2013. Fue de tipo

cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 207 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud”.

A nivel local:

“Solis B, (27). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del centro poblado de Marcac – Independencia- Huaraz, 2015. Tipo cuantitativo descriptivo simple, de una sola casilla. La muestra estuvo conformada por 200 adultos a quienes se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. Se llegó a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, perciben menos de 750 soles, más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, trabajador estable. En los determinantes del entorno físico: menos de la mitad tiene habitaciones independientes, más de la mitad tiene techo de eternit, baño propio, cocina con gas; la mayoría tiene vivienda unifamiliar, vivienda propia, piso de tierra, paredes adobe, energía eléctrica; todos tienen conexión agua domiciliaria, eliminan su basura en carro recolector, todas las semanas”.

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

hospital, queda lejos de su casa; más de la mitad refieren atención regular y todos refieren que no hay pandillaje cerca de su casa”.

“Pinedo P, (28). Determinantes de la Salud en Adultos Maduros Asentamiento Humano NuevoMoro – 2015. Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 120 Adultos Maduros. En los determinantes biosocioeconomicos la mayoría tienen ingreso económico menor de s/750.00 soles, grado de instrucción secundaria incompleta/completa, un poco más de la mitad son de sexo masculino, la mitad tienen trabajo eventual. Determinantes relacionados en viviendas, casi la totalidad tienen casa propia, la mayoría entierra, quema y arrojan al carro recolector, material de piso tierra, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, baño propio, usan gas, electricidad, tiene energía eléctrica. Determinantes de estilo de vida, casi la totalidad duerme de 06/08 horas, la mayoría no se realiza examen médico periódico, consumen diario fideos, se bañan diariamente, no fuman ni lo han hecho de manera habitual, menos de la mitad no realiza actividad física. En los determinantes de redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, no hay pandillaje, casi la totalidad no recibe apoyo social natural”.

“Vega D, (29). Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017. Tipo cuantitativo, descriptivo, con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 100 adultos, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Determinantes biosocioeconomicos: la mayoría de sexo femenino, adultos maduros, ingreso económico menor de s/750.00, grado de

instrucción secundaria incompleta/completa, trabajo eventual. Determinantes relacionados en

“viviendas: la mayoría son unifamiliares, casa propia, piso de cemento, paredes de material noble, duermen 2 personas por habitación, usan gas, la basura lo arrojan al carro recolector, la totalidad tiene conexión domiciliaria del agua, baño propio, energía eléctrica. Determinantes de estilo de vida, menos de la mitad no realiza actividad física, la mayoría no fuma, no consumen bebidas alcohólicas, duermen de 06/08 horas, baño diariamente, consumen diariamente arroz y fideos. Determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría cuenta con SIS-MINSA, no recibe apoyo social natural, la totalidad no recibe apoyo social organizado y presencia de pandillaje”.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

“El presente proyecto de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones” (30).



“En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes” (31).

“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).

“Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las

comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida”.

“Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores” (31).



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” (31).

“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- económica, social y pública, 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 su 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” (30).

“Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de

Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes” (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” (32).

“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” (32).

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

“Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud” (32).

“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” (32).

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

en la salud” (32).

“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” (32).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

Descriptivo, cuantitativo (33, 34).

“Se puede describir hechos sin alterar o interferir en su naturaleza y se somete a analisis de variables es decir relacionada a parametros cuantificables” (33).

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla (35, 36).

“Este diseño nos permite observar y describir una determinada muestra” (35).

3.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por 120 adultos, quienes residen en el Centro Poblado de Huamarin- Sector Huaraz- Ancash 2018.

Unidad de análisis

Los adultos del Centro Poblado de Huamarin – Sector B – Huaraz- Ancash, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de la investigación.

Criterios de inclusión

- Adultos del Centro Poblado de Huamarin – Sector B- Huaraz - Ancash que viven más de 3 a años en la zona.
- Adultos sanos.
- Adultos del Centro Poblado de Huamarin – Sector B- Huaraz – Ancash que tuvieran la disponibilidad de participar en la encuesta

como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- Adultos del Centro Poblado de Huamarin – Sector B- Huaraz – Ancash que tuvieron algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICOS

Sexo

Definición Conceptual.

“Proviene del latín: cortar o dividir, y no se refiere inicialmente a lo que división del género humano en dos grupos: mujer o hombre, cada individuo pertenece a uno de estos grupos, siendo la persona de sexo femenino o masculino respectivamente” (37).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Edad

Definición Conceptual.

“Del latín aetas, -atis. Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Cada uno de los grandes periodos en que se considera dividida la vida humana” (38).

Definición Operacional

Se trabajara con la población de adultos.

- Adulto joven (18 a 29 años)
- Adulto maduro (30 a 59 años)
- Adulto mayor (60 en adelante)

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” (39).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/primaria
- Secundaria incompleta / secundaria incomplete
- Superior universitaria
- Superior no universitaria

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” (40).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

“Se entiende que es parte de la fuerza de trabajo que se encuentra empleada en las distintas actividades productivas. Se mide como el número de personas que están trabajando en un momento dado” (41).

Definición Operacional

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

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO

Vivienda

Definición conceptual

“Es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan” (42).

Definición operacional

Escala nominal

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Número de persona en un dormitorio:

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

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón

- Bosta
- Tuza (coronta del maíz)
- Excremento de vaca

Suministro de energía eléctrica

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

Disposición de la basura

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

Con qué frecuencia pasan a recoger la basura

- Diariamente
- Todas las semanas, pero no diariamente
- No pasa
- Al menos una vez al mes, pero no todas las semanas

DETERMINANTES DE LOS ESTILO DE VIDA

Definición Conceptual

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

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

Frecuencia con que se bañan

- una vez a la semana
- 4 veces a la semana
- No se bañan

Realizan algún examen medico

Escala nominal

(Si) (No)

Realiza actividad física

- Camina
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

Actividad física en estas últimas semanas durante más de 20 minutos

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juego con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguna

Alimentación

“Se refiere al ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano. Es el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta” (44).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

- Diario
- 3 o más veces por semana

- 1 ó 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

“En la actualidad las redes sociales desplazan a las comunidades tradicionales como principal soporte de integración social de las personas con el objetivo de solucionar problemas en el sector de la salud, la vivienda, la crianza y cuidado de los niños” (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
- No recibo

Acceso a los servicios de Salud

Definición Conceptual

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

En que institución de salud se atendió

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de Salud
- Clínica particular
- Otros.

Lugar de atención

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

Tipo de seguro

- ESSALUD
- SIS – MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención

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

La calidad de atención recibida

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

Pandillaje cerca de su casa

Es nominal

(Si) (No)

3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos:

Técnica

En el presente trabajo 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°1

El instrumento fue elaborado por la Dra. Vilchez A. en base al Cuestionario sobre los determinantes de salud en la persona adulta del Centro Poblado de Huamarín - Sector B – Huaraz – Ancash, que estuvo constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (Ver anexo N°1).

- 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 y condición de trabajo; de los adultos del Centro Poblado de Huamarín – Sector B - Huaraz – Ancash.
- Los determinantes relacionados con la vivienda: vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental; de los adultos del Centro Poblado de Huamarín – Sector B - Huaráz – Ancash.
- Determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: tabaquismo, alcoholismo y actividad física; alimentos que consumen las personas; de los adultos del Centro Poblado de Huamarín – Sector B - Huaráz – Ancash.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas, su impacto en la salud y apoyo social; de los adultos del Centro Poblado de Huamarín – Sector B - Huaráz – Ancash.

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 Dra. Vilchez 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 la 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 evaluador 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 Giancobbì, 2004).

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

Donde:

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 de 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).

3.6. Procesamiento y análisis de datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

- 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 serán marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

Análisis y procesamiento de los datos:

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

3.7. Principios éticos

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

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas que la investigación es 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 las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las personas adultas los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo. (Anexo 03)

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados:

TABLA 1

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIECONÓMICOS DE
LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN -
SECTOR B - HUARAZ -ANCASH, 2018**

| SEXO | N | % |
|---|------------|------------|
| MASCULINO | 48 | 40,0 |
| FEMENINO | 72 | 60,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| EDAD | N | % |
| ADULTO JOVÉN | 24 | 20,0 |
| ADULTO MADURO | 68 | 56,7 |
| ADULTO MAYOR | 28 | 23,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| INGRESO ECONÓMICO (SOLES) | N | % |
| MENOR DE 750 | 67 | 55,8 |
| DE 751 A 1000 | 53 | 44,2 |
| DE 1001 A 1400 | 0 | 0,0 |
| DE 1401 A 1800 | 0 | 0,0 |
| DE 18001 A MÁS | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | N | % |
| SIN NIVEL DE INSTRUCCIÓN | 4 | 3,3 |
| INICIAL/PRIMARIA | 46 | 38,3 |
| SECUNDARIA COMPLETA/SECUNDARIA INCOMPLETA | 66 | 55,0 |
| SUPERIOR UNIVERSITARIA | 0 | 0,0 |
| SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 4 | 3,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA | N | % |
| TRABAJADOR ESTABLE | 29 | 24,2 |
| EVENTUAL | 64 | 53,3 |
| SIN OCUPACIÓN | 25 | 20,81 |
| JUBILADO | 2 | 1,7 |
| ESTUDIANTE | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Vilchez A., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarín Sector "B" - Huaraz 2018

TABLA 2

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL
ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO HUAMARÍN - SECTOR B - HUARAZ - ANCASH, 2018**

| TIPO DE VIVIENDA | N | % |
|---|------------|------------|
| VIVIENDA UNIFAMILIAR | 87 | 72,0 |
| VIVIENDA MULTIFAMILIAR | 33 | 28,0 |
| VIVIENDA, QUINTA, CHOZA, CABAÑA | 0 | 0,0 |
| LOCAL NO DESTINADO PARA HABITACIÓN HUMANA | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| MATERIAL DE PAREDES | N | % |
| MADERA, ESTERA | 0 | 0,0 |
| ADOBE | 118 | 98,3 |
| ESTERA ADOBE | 0 | 0,0 |
| MATERIAL NOBLE LADRILLO Y CEMENTO | 2 | 1,7 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| MATERIAL DE TECHO | N | % |
| MADERA, ESTERA | 0 | 0 |
| ADOBE | 0 | 0 |
| ESTERA Y ADOBE | 0 | 0 |
| MATERIAL NOBLE LADRILLO Y CEMENTO | 2 | 1,7 |
| ETERNIT/TEJA | 118 | 98,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| MATERIAL DE PISO | N | % |
| TIERRA | 115 | 95,8 |
| ENTABLADO | 5 | 4,2 |
| LOSETA, VINÍLICOS O SIN VINÍLICOS | 0 | 0,0 |
| LÁMINAS ASFÁLTICAS | 0 | 0,0 |
| PARQUET | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN | N | % |
| 4 A MÁS MIEMBROS | 0 | 0,0 |
| 2 A 3 MIEMBROS | 78 | 65,0 |
| INDEPENDIENTE | 42 | 35,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Continúa.....

| ABASTECIMIENTO DE AGUA | N | % |
|-------------------------------------|------------|------------|
| ACEQUIA | 0 | 0,0 |
| CISTERNA | 0 | 0,0 |
| POZO | 0 | 0,0 |
| RED PÚBLICA | 0 | 0,0 |
| CONEXIÓN DOMICILIARIA | 120 | 100 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| ELIMINACIÓN DE EXCRETAS | N | % |
| AIRE LIBRE | 4 | 3,3 |
| ACEQUIA, CANAL | 0 | 0,0 |
| LETRINA | 116 | 96,7 |
| BAÑO PÚBLICO | 0 | 0,0 |
| BAÑO PROPIO | 0 | 0,0 |
| OTROS | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| COMBUSTIBLE PARA COCINAR | N | % |
| GAS, ELECTRICIDAD | 1 | 0,8 |
| LEÑA, CARBÓN | 119 | 97,2 |
| BOSTA | 0 | 0 |
| TUZA (CORONTA MAÍZ) | 0 | 0 |
| CACA DE VACA | 0 | 0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| ENERGÍA ELECTRICA | N | % |
| SIN ENERGÍA | 0 | 0,0 |
| LAMPARA | 7 | 5,8 |
| GRUPO ELECTRÓGENO | 0 | 0,0 |
| ENERGIA ELECTRICA TEMPORAL | 0 | 0,0 |
| ENERGIA ELECTRICA PERMANENTE | 113 | 94,2 |
| VELA | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| DISPOSICIÓN DE BASURA | N | % |
| A CAMPO ABIERTO | 55 | 45,8 |
| AL RÍO | 27 | 22,5 |
| EN UN POZO | 0 | 0,0 |
| SE ENTIRRA, QUEMA, CARRO RECOLECTOR | 38 | 31,7 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Continúa.....

| FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA | N | % |
|--|------------|------------|
| DIARIAMENTE | 0 | 0,0 |
| TODAS LAS SEMANAS PERO NO DIARIAMENTE | 0 | 0,0 |
| AL MENOS 2 VEZ AL MES PERO NO TODAS LAS SEMANAS | 0 | 0,0 |
| AL MENOS 1 VEZ AL MES PERO NO TODAS LAS SEMANAS | 120 | 100 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| TENENCIA DE VIVIENDA | N | % |
| ALQUILER | 0 | 0,0 |
| CUIDADOR/ALOJADO | 0 | 0,0 |
| PLAN SOCIAL (DAN CASA PARA VIVIR) | 0 | 0,0 |
| ALQUILER VENTA | 0 | 0,0 |
| PROPIA | 120 | 100 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

TABLA 3
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL
CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ-ANCASH, 2018.

| FUMA ACTUALMENTE | N | % |
|--|------------|------------|
| SI FUMO, DIARIAMENTE | 0 | 0,0 |
| SI FUMO, PERO NO DIARIAMENTE | 7 | 5,8 |
| NO FUMO, ACTUALMENTE PERO HE FUMADO ANTES | 0 | 0,0 |
| NO FUMO, NI HE FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL | 113 | 94,2 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS | N | % |
| DIARIO | 0 | 0,0 |
| DOS A TRES VECES POR SEMANA | 0 | 0,0 |
| UNA VEZ POR SEMANA | 0 | 0,0 |
| UNA VEZ AL MES | 4 | 3,3 |
| OCASIONALMENTE | 111 | 92,5 |
| NO CONSUMO | 5 | 4,2 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE | N | % |
| CAMINAR | 24 | 20,0 |
| DEPORTE | 45 | 37,5 |
| GIMNASIA | 0 | 0,0 |
| NO REALIZO | 51 | 42,5 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS | N | % |
| CAMINAR | 75 | 62,5 |
| GIMNASIA SUABE | 0 | 0,0 |
| JUEGOS CON POCO ESFUERZO | 0 | 0,0 |
| CORRER | 0 | 0,0 |
| DEPORTE | 45 | 37,5 |
| NINGUNA | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| NÚMERO DE HORAS QUE DUERME | N | % |
| (06 A 08) | 120 | 100 |
| (08 A 10) | 0 | 0,0 |
| (10 A 12) | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Continua.....

| FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| DIARIAMENTE | 15 | 12,5 |
| 4 VECES A LA SEMANA | 103 | 85,8 |
| NO SE BAÑA | 2 | 1,7 |
| TOTAL | 120 | 100 |

| SE REALIZA ALGUN EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD | N | % |
|---|------------|------------|
| SI | 5 | 4,2 |
| NO | 115 | 95,8 |
| TOTAL | 120 | 100 |

| ALIMENTOS QUE CONSUME | DIARIO | | 3 O MÁS VECES A LA SEMANA | | 1 O 2 MÁS VECES A LA SEMANA | | MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA | | NUNCA O CASI NUNCA | | TOTAL | |
|-----------------------|--------|------|---------------------------|------|-----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------|------|---------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | Total N | Total % |
| FRUTAS | 0 | 0,0 | 34 | 28,3 | 52 | 43,3 | 34 | 28,3 | 0 | 0 | 120 | 100 |
| CARNES | 0 | 0,0 | 40 | 33,3 | 63 | 52,5 | 17 | 14,2 | 0 | 0 | 120 | 100 |
| HUEVOS | 63 | 52,5 | 37 | 30,8 | 20 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 120 | 100 |
| PESCADO | 0 | 0 | 7 | 5,8 | 19 | 15,8 | 36 | 30,0 | 58 | 48,3 | 120 | 100 |
| FIDEOS | 97 | 80,8 | 23 | 19,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 120 | 100 |
| PAN, CEREALES | 99 | 82,5 | 7 | 5,8 | 7 | 5,8 | 7 | 5,8 | 0 | 0 | 120 | 100 |
| VERDURAS, HORTALIZAS | 95 | 79,2 | 15 | 12,5 | 8 | 6,7 | 2 | 1,7 | 0 | 0 | 120 | 100 |
| LEGUMBRES | 0 | 0 | 58 | 48,3 | 61 | 50,8 | 1 | 0,83 | 0 | 0 | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Vilchez A., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

TABLA 4
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ-ANCASH, 2018.

| INTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES | N | % |
|---|------------|------------|
| HOSPITAL | 30 | 25 |
| CENTRO DE SALUD | 24 | 20 |
| PUESTO DE SALUD | 54 | 45 |
| CLÍNICAS PARTICULARES | 2 | 1,6 |
| OTRAS | 10 | 8,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTÁ: | N | % |
| MUY CERCA A SUS CASA | 9 | 7,5 |
| REGULAR | 66 | 55,0 |
| LEJOS | 43 | 35,8 |
| MUY LEJOS DE SU CASA | 0 | 0,0 |
| NO SABE | 2 | 1,7 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| TIPO DE SEGURO | N | % |
| ESSALUD | 7 | 5,8 |
| SIS-MINSA | 112 | 93,3 |
| SANIDAD | 0 | 0,0 |
| OTROS | 1 | 0,8 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| EL TIEMPO QUE ESPRÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿ LE PARECIÓ? | N | % |
| MUY LARGO | 0 | 0,0 |
| LARGO | 32 | 26,7 |
| REGULAR | 65 | 54,2 |
| CORTO | 13 | 10,8 |
| MUY CORTO | 0 | 0,0 |
| NO SABE | 10 | 8,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE : | N | % |
| MUY BUENA | 0 | 0,0 |
| BUENA | 50 | 41,7 |
| REGULAR | 65 | 54,2 |
| MALA | 0 | 0,0 |
| MUY MALA | 0 | 0,0 |
| NO SABE | 5 | 4,2 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Continúa...

| PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA | N | % |
|---|------------|------------|
| SI | 0 | 0,0 |
| NO | 120 | 100 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Vilchez A., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

TABLA 5
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ-ANCASH, 2018.

| RECIBE ALGÚN TIPO DE APOYO SOCIAL NATURAL | N | % |
|---|------------|------------|
| FAMILIARES | 32 | 26,7 |
| AMIGOS | 0 | 0,0 |
| VECINOS | 0 | 0,0 |
| COMPAÑEROS ESPIRITUALES | 0 | 0,0 |
| COMPAÑEROS DE TRABAJO | 0 | 0,0 |
| NO RECIBO | 88 | 73,3 |
| TOTAL | 120 | 100 |
| RECIBE ALGÚN TIPO DE APOYO SOCIAL ORGANIZADO | N | % |
| ORGANIZACIONES DE AYUDA AL ENFERMO | 0 | 0 |
| SEGURIDAD SOCIAL | 0 | 0 |
| EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA | 0 | 0 |
| INSTITUCIONES DE ACOGIDA | 0 | 0 |
| ORGANIZACIONES DE VOLUNTARIADO | 0 | 0 |
| NO RECIBO | 120 | 100 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Vilchez A., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarín Sector “B” – Huaraz 2018.

TABLA 6

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUAMARÍN SECTOR B-HUARAZ-ANCASH, 2018.**

| RECIBE APOYO SOCIAL DE ESTAS ORGANIZACIONES | N | % |
|--|------------|------------|
| PENSIÓN 65 | 28 | 23,3 |
| COMEDOR POPULAR | 0 | 0 |
| VASO DE LECHE | 30 | 25 |
| OTROS | 0 | 0 |
| NO RECIBO | 62 | 51,7 |
| TOTAL | 120 | 100 |

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Vilchez A., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarín Sector “B” – Huaraz 2018.

4.2 Análisis de Resultados:

TABLA 1

Se evidencia la distribución porcentual de los determinantes de salud del adulto en el Centro Poblado de Huamarín – Sector B, de los participantes en la presente investigación. En los factores biosocioeconómicos, se observa que el 60% (72) son de sexo femenino; 56,7% (68) son adultos maduros; 55% (66) tienen nivel de instrucción secundaria completa / incompleta; 55,8% (67) tienen un ingreso económico menor de 750 soles y 53,3% (64) eventual.

“Presentando resultados similares es la investigación realizada por Castromonte R, (50). En: Determinantes de Salud de los adultos de Centro Poblado de LLactash – Independencia - Huaraz, 2014”. Donde se observó que el 51,7% (61) son de sexo femenino, 45,8% (54) son adultos maduros de 36 – 59 años, 36,4% (43) tiene grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 72% (85) percibe un ingreso menor de 750 soles y 49,2% (58) tiene trabajo eventual”.

“Igualmente estudio con semejanza en su resultado es la investigación presentada por Vega D, (51). En: Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017. Encontró que el 51% (51) son del sexo femenino; el 79% (79) secundaria completa/secundaria incompleta; el 73% (73) tiene ingreso económico menor de 750 nuevos soles y un 70% (70) trabajan eventual”.

“Se hallaron resultados similares como el estudio por Inga L, (52). En: Determinantes de salud del adulto en el Centro Poblado Vicos, Sector Tambo, Marcará – Carhuaz, 2014. Conclusiones son que el 55,7% (97) de los adultos son

de sexo femenino, 60,9% (106) son adultos jóvenes, 42,5% (74) tienen como grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 76,4% (133) tienen un ingreso menor de 750 soles y el 39,7% (69) tienen trabajo eventual”.

“Resultados con variables iguales, pero diferentes resultados es lo presentado por Bernuy B, (53). En: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor Pueblo Joven Ramón castilla - Chimbote, 2013. Se destacó que el 55% (91) son de sexo masculino, en grado de instrucción el 49% (79) tiene superior universitaria completa/incompleta, el 57% (94) tiene ingreso económico de 1500 soles a más, en cuanto a su ocupación el 34% (56) son trabajador familiar no remunerado, en tenencia de trabajo el 48% no trabajan”.

“Opuestos resultados es lo presentado por Soto A, (54). En su investigación titulada: Determinantes de la salud en los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén – Nuevo Chimbote, 2013. Se puede observar que el 59,2% son de sexo masculino, 49,2% tienen un grado de instrucción de inicial/primaria, de la misma manera un 53,4% tienen un ingreso económico de 100 a 550 soles, 25,8% no trabajan, 36,7% no tienen una tenencia de trabajo”.

“Presentando resultados diferentes es la investigación por Alvarado Y, (55). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja – Chimbote, 2014. Donde menciona que el 51,7% son de sexo masculino, así mismo el 55,83% tienen grado de instrucción de inicial/primaria, de igual modo el 57,5% tienen ingreso económico es de 751 a 1000 nuevos soles, así mismo el 42,5% son jubilados”.

“Definiendo sexo es lo conocido del latín: cortar o dividir, y no se refiere inicialmente a lo que división del género humano en dos grupos: mujer o hombre,

cada individuo pertenece a uno de estos grupos, siendo la persona de sexo femenino o masculino respectivamente” (56).

“Otra definición de sexo alude al proceso de combinación y rasgos genéticos a menudo dando por resultados la especialización de organismos en variedades femeninas y masculinas. La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos, hay dos tipos de gametos específicos por sexo (heterogéneos), los gametos masculinos y gametos femeninos” (57).

“También la definen como la condición de tipo orgánica que diferencia al hombre y la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales. El sexo humano, implica comportamientos instintivos que están estrechamente asociados a procesos biológicos que se dan en los cuerpos, es decir, se manifiestan en ellos” (58).

“Otra variable estudiada en la presente investigación es la edad que es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. El ser humano, se expresa como un número entero de años o años y meses. Es la etapa de madurez física, Establecen su propio estilo de vida, relacionado con salud, social, el trabajo, la vida sexual y otros” (59).

“Otros autores consideran que la edad se refiere al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. En la vida humana se considera la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades” (60).

“La etapa de la adultez es la que se desarrollan profundamente las capacidades para establecer y mantener los vínculos familiares y las relaciones sociales. En esta etapa se marca el medio siglo de existencia o la mitad de la vida; hombres como mujeres tienen con frecuencia crisis existenciales; búsqueda dentro del alma,

cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados; analizan que acaban de vivir la mitad de su vida y es fundamental comenzar a vivir la otra mitad” (61).

“El adulto maduro comienza alrededor de los 40 años y concluye cerca de los 64, etapa de la vida donde el individuo normal alcanza la plenitud, su evolución biológica y psíquica. Su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros. Se distingue por el control emocional lo que le permite afrontar problemas en la vida con serenidad a diferencia de etapas anteriores” (62).

“Dentro de las variables estudiadas en los determinantes biosocioeconómicos también está el grado de instrucción que se origina del latín instructivo cuyo significado es instruir, enseñar, adoctrinar, comunicar conocimientos, dar a conocer algo. Instrucción viene a ser los conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo” (63).

“Otra definición de grado de instrucción hace referencia a la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales y como colectivo” (64).

“También se define como grado de instrucción a la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social lo que te permitirá un mejor desenvolvimiento y una mejora tanto en el ámbito individual como colectivo. Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país” (65).

“Continuando con las definiciones de las variables de estudio está el ingreso económico que se define como la cantidad de dinero que una persona puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de

ingresos económicos sueldos salarios dividendos, ingreso por intereses pago de transferencia alquileres y demás” (66).

“También se le define al ingreso económico como entradas por pagos no recuperables y no de pago, con contraprestación y sin ella; excepto las entradas no obligatorias, no recuperables y no de pago, sin contraprestación recibidas de Gobiernos nacionales o extranjeros e instituciones internacionales. El Ingreso aparece neto de reintegros y otras transacciones de ajuste” (67).

“Se menciona del mismo modo al ingreso económico de una empresa como el ingreso total de la empresa de un determinado período de tiempo, se obtiene multiplicando la cantidad de producto vendida por su precio, en el caso de la producción simple, y sumando los ingresos producidos por los diferentes productos, en el caso de la producción conjunta o compuesta. Aunque los clientes que compraron la mercancía no hayan pagado, porque la venta ha sido efectuada a crédito, el ingreso ya ha sido devengado y se computa o contabiliza del mismo modo que si la venta hubiera sido efectuada al contado” (68).

Pasando a otra variable esta la ocupación que se le define como aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al que hacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social (69).

“Argumentando algunos autores definen la ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de la actividad donde aquella se

lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales determinados por la posición en el trabajo. El empleado es la persona que desempeña un trabajo a cambio de un salario” (70).

“Al analizar la población del Centro Poblado de Huamarín – Huaraz se observó que más de la mitad son de sexo femenino, una razón de este hecho sería que el centro poblado fue sometido a la violencia del terrorismo, donde obligaban a los varones jóvenes y adultos a formar parte de la guerra popular, donde muchos fallecieron y muchas familias huyeron o enviaron a sus hijos a otras ciudades del Perú”.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el país hay 15 millones 375 mil 288 de mujeres, Para el período 2015 se estima para el Perú la esperanza de vida femenina de 76,8 años en promedio, la masculina es inferior (71,5 años); por tanto, la sobrevivencia de las mujeres alcanza a 5,3 años más. Hace cuatro décadas, para ambos sexos apenas superaba los 50 años, con un promedio de 54,0 años” (71).

“Es importante conocer la incidencia poblacional del distrito de Huaraz, según información del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática desde el punto de vista de género (varón y mujer) en la incidencia poblacional de donde se desprende que 24, 635 son varones y 25,742 son mujeres radicados en la ciudad, mientras que en la zona rural existe un total 5,809 habitantes de los cuales 2,839 habitantes son varones y 2,970 mujeres con una diferencia estrecha entre ambos géneros pero no menos importante” (71).

Los resultados según la edad, más de la mitad son adultos maduros que residen en el centro poblado, debido a que los jóvenes migran a la zona urbana para

continuar con estudios superiores, en busca de nuevas oportunidades laborales y mejor retribución económica. Los adultos maduros permanecen en el lugar porque manifiestan tener más hijos menores de edad, algunos tienen un familiar adulto mayor que implica mayor responsabilidad para sus cuidados, tienen sus huertos y ganado que tienen que conservar para el sostenimiento del hogar y que prefieren el clima de Huamarín que es menos frío que el de Huaraz.

“Según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el distrito de Huaraz, la mayor población entre 15 – 64 años (41,990 habitantes) está en la zona urbana a diferencia de la población de adultos mayores de 65 años (3,929 habitantes) que se encuentra en la zona rural” (72).

“También es importante señalar que según el censo del INEI del 2007, los niños, niñas y adolescentes de la zona rural migra a la zona urbana y más acentuada entre adolescentes de 12 a 17 años. Se vincula esta migración a búsqueda de nuevas oportunidades laborales” (72).

“Se observa que más de la mitad de la población adulta del Sector B – Huamarín, cuenta con el grado de instrucción de secundaria completa/incompleta, debido a múltiples factores entre ellos el económico ya que los hijos varones ayudan a sus padres en las labores del campo que es su principal fuente de ingreso y como es común en las familias de esta zona que los hijos mayores pasen a ser hijos parentales (es decir que asuman el rol de los padres) comentan algunos padres que en el hogar las hijas mayores asumen las labores del hogar y el cuidado de los hermanos menores, la ubicación del colegio no es una dificultad porque se encuentra cerca de la plaza del pueblo y esta institución cuenta con los niveles de primaria y secundaria, las clases se dictan por las mañana y es un impedimento para los hijos mayores

acudan porque tienen que ayudar a sus padres en las actividades propias del campo”.

“La asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar o la asunción de ese rol por parte del hijo. Implica un modo de inversión de roles que está relacionado con una perturbación de las fronteras generacionales. Un requisito importante para el funcionamiento de una familia es el mantenimiento de una jerarquía familiar, lo cual implica que los subsistemas de los padres y los hijos estén delineados con claridad” (73).

“El niño, niña o adolescente parentalizado se enfrenta a una cuestión de lealtad, el reconocimiento y su valía como persona se determina en la medida que cumple a cabalidad los roles que le han sido delegados. El problema se suscita cuando los padres se extralimitan en esta delegación, sin considerar las características y edad del niño, niña o adolescente, lo sobrecargan con exigencias impropias para su fase etárea. Si el hijo o hija no cumple con la exigencia podría sentir que le está fallando a sus padres, sin siquiera cuestionar la forma de crianza, si no que lo asumen como parte de sus obligaciones y de las dificultades propias de la vida, dejándoles una sensación de frustración” (73).

“La forma de reorganizar las labores familiares muchas veces no es la apropiada, ya que el padre o madre ve en su hijo o hija una persona madura, que se tiene que hacer responsable desde pequeño, lo que evidentemente según lo señalado precedentemente no es idóneo, atendido que cada niño, niña y adolescente tiene necesidades propias de su edad, no ha alcanzado la madurez necesaria para desempeñar roles adultos y aquella parentalización entorpecería su adecuado desarrollo, ya que desvía la atención de sus propias necesidades en post de las necesidades familiares” (73).

“En relación al ingreso económico, más de la mitad de la población tiene un ingreso promedio inferior a 750 soles, debido a que no cuenta con formación profesional por lo que pasan a ser mano obra no calificada y mal remunerada, para poder subsistir los pobladores generan sus propios ingresos económicos insuficientes de la venta de productos agrícolas y la venta de animales, la agricultura mantiene patrones tradicionales de desarrollo por lo que alcanzan a una labor únicamente de subsistencia. Algunos pobladores cuentan con un negocio propio (venden en su domicilio productos de primera necesidad, entre otros) con el propósito de solventar la canasta familiar tanto en alimentación, vestimenta y estudio”.

“Esta situación limita a los pobladores para acceder a una atención médica particular y comprar medicamentos necesarios para superar diferentes problemas de salud. Por otro lado, no les permite adquirir productos que refuercen una alimentación balanceada como comprar pescado”.

“Análisis del 2016 por el INEI se consideró pobres extremos a todas aquellas personas cuyo gasto per cápita mensual no cubre el costo de la canasta básica de alimentos calculada en 176 soles, para una familia de cuatro miembros el costo de una canasta mínima alimentaria asciende a 704 soles”.

“Ese año, el costo de la canasta básica de consumo o línea de pobreza total se incrementó en 4.2% respecto al 2015, principalmente por efecto del incremento de los precios. En tanto que el costo de la canasta básica de alimentos o línea de pobreza extrema aumentó en 4.6%” (74).

En cuanto a la ocupación de los pobladores del sector en estudio, más de la mitad tienen un trabajo eventual, muchos de los pobladores se dedican a la agricultura según la temporada de los productos de la zona: trigo, choclo, habas,

hortalizas (zanahoria, cebolla, etc.) y animales (gallina, oveja, cerdo, cavia porcellus conocidas como cuyes) y luego llevan sus productos a la ciudad de Huaraz para comercializarlo principalmente los Lunes y Jueves que se organizan ferias de alimentos. También refieren que los varones realizan trabajos eventuales como operadores en construcción.

“En el dato estadístico encontrado por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG) que en el año 2015 la Población Económicamente Activa (PEA), podemos mencionar que el 73,2% tiene empleo informal y con un 26,8% empleo formal. Mientras que en el área rural el porcentaje se elevó a 95,8% según sexo el desempleo fue mayor en mujeres 75,9% que en hombres con empleos informales de 71 %“(75).

En conclusión, el bajo nivel de instrucción y edad predispone a la pobreza familiar, limita sus oportunidades laborales y no favorece el desarrollo como población, a pesar de estar a 15 minutos en auto de la ciudad de Huaraz carecen de desarrollo tecnológico a nivel de sus actividades laborales que desempeñan en el campo lo cual no favorece a la productividad y avance económico.

TABLA 2

Respecto a los determinantes de la salud en relación al entorno físico, se identifica que el 72% (87) tiene vivienda unifamiliar. 98% (118), 100% (120) vivienda propia, sus paredes son de adobe, 98% (118) su techo es de Eternit/teja, 95% (115) su piso es de tierra, 65% (78) manifiestan que duermen de 2 -3 miembros en una habitación, 100% (120) poseen abastecimiento de agua mediante conexión domiciliaria, pero es agua no tratada 97% (116) tienen letrina, 97% (117) usan leña, carbón para cocinar, 88% (106) cuenta con energía eléctrica permanente, 46% (55)

desecha la basura a campo abierto, 100% (120) no cuenta con servicio de recojo de basura.

“La presente tabla es similar con la investigación de Neira Y, (76). Titulada: Determinantes de Salud en la Mujer Adulta del Caserío Quispe-Huancabamba -Piura ,2013. El 64, 2 % (104) tiene vivienda unifamiliar ,94,4% (153) es vivienda propia, 100% (162) el piso es de tierra, el 76%(123) tiene material del techo de éternit / teja/calamina, el 100%(162) tiene paredes de adobe ,el 67% (108) duerme de 2-3 personas en una sola habitación,67 % (109) tienen letrinas, 100 % (162) cocinan con leña, 66 % (107) tienen energía permanente,100 % (162) eliminan su basura a campo abierto, 100 % (162) no pasa carro recolector ,también difieren 99 % (161) tienen abastecimiento de agua de sequía , 100 % (162) eliminan en otros lugares la basura”.

“Revisando otros resultados un estudio que se asemeja es lo obtenido por Pintado H, (77). Titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado la Golondrina – Marcavelica – Sullana, 2014. Donde reporta, 82,7% tienen vivienda unifamiliar, 89,1% vivienda propia, 67,4% piso de tierra, y el 100%, techo de eternit, 59,6% la mayoría de las viviendas tienen sus paredes de adobe. En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 61,3% la utilizan de 2 a 3 miembros, 79,6% conexión de agua domiciliaria, 74,5% cuenta con baño propio; 62,3%, cocinan con leña y carbón, 94,9% cuenta con energía eléctrica permanente, 96,9% elimina su basura en carro recolector, 100% recogen 1 vez por mes, 94,9% elimina su basura en montículos o campo limpio”.

“Estos resultados con algunas variables similar fueron encontradas por Justo L, (78). Titulada: Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Curhuaz –

Sector Lirio Ruri- Independencia- Huaraz 2014. En los determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que el 85,3% (87) tienen vivienda unifamiliar, 85,1% (86) tienen casa propia, 74,5% (76) presenta material del piso tierra, 95,1 % (97) material del techo de eternit, 97,1% (99) paredes de adobe, 56,9% (58) presenta de 2 a 3 miembros en una habitación, abastecimiento de agua 98% (100), tienen conexión domiciliaria, 94,1% (96) la eliminación de excretas es por medio de letrina, 90,2% (92) utiliza como combustible para cocinar la leña, 93,1% (95) cuenta con energía eléctrica permanente, 94,1% (96) elimina la basura enterrándolo, quemándolo y con el carro recolector, el 100% (102) menciona que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas y el 100 % (102) suele eliminar su basura en montículo o campo limpio”.

“Pero también se muestran resultados diferentes como la investigación que presenta Villar L, (79). En: Determinantes de la Salud en Niños Menores de Tres Años con Riesgos Nutricionales. Puesto de Salud Florida. Chimbote, 2014. Del 100% (105) niños menores de tres años con riesgos nutricionales, 53,3% (56) el tipo de vivienda multifamiliar;70,5% (74) poseen piso de Loseta, vinílicos o sin vinílico; 50,5% (53) gozan techo de material noble, ladrillo y cemento;90,5% (95) material de techo son ladrillo y cemento; 100% (105) tienen baño propio; 99% (104) cocinan con gas y electricidad;98,1% (103) disponen la basura lo entierra, quema y carro recolector;98 % (103) eliminan la basura en el carro recolector. 42,9% (45), duermen en una habitación el 62,9% (66) son de 2 a 3 miembros; del abastecimiento de agua el 67,5% (100) tienen conexión domiciliaria; 99% (104) tienen energía eléctrica permanente”.

“Igualmente se presentan estudios diferentes como lo plasmado por Soto A, (80). En: Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013. Se puede evidenciar que el 74,2% tienen vivienda propia, así mismo 70,8% tienen su material de piso hecho de cemento, 46,5% tienen su material de techo hecho de esteras, igualmente 74,4% tienen su material de paredes de cemento y ladrillo, 53,4% tienen dentro de sus viviendas 3 dormitorios, 100% tienen agua, desagüe dentro de sus viviendas y tienen un tipo de alumbrado eléctrico, 80,8% utilizan como combustible el gas para cocinar, 60,7% no separa la basura dentro de sus viviendas, 100% manifiestan que el carro recolector de basura pasa por su vivienda todas las semanas pero no diariamente, y suelen eliminar su basura a través del carro recolector de basura”.

“Otra investigación con resultados que no concuerdan con la presente investigación es la presentada por Rosales J, (81). En: Determinantes en la Salud en Adultas Jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. Se observa, el material de piso el 89% (126) es de cemento, 94% (134) concreto armado, 96% (137) material de las paredes es de cemento, 85% (54) duermen 3 miembros en una sola habitación, 100% cuentan con red pública dentro de su vivienda, 100% de los encuestados manifiestan que tiene un baño propio para la eliminación de excretas, 100% utiliza gas para cocinar, 100% tiene alumbrado público eléctrico, 92% (131) refieren que el carro recolector de la basura pasa todas las semanas pero no diariamente, sin embargo difieren en pertenencia de vivienda y eliminación de basura debido a que 82% (117) viven en casa de sus padres, 99% (140) suelen eliminar en los contenedores de basura”.

“En las variables estudiadas sobre el entorno físico está el de la vivienda

unifamiliar que es referida a que son habitadas por una sola familia o persona y que suelen tener uno o dos pisos. Generalmente están rodeadas de alguna zona verde, por lo que no cuentan con vecinos adosados ni que vivan abajo o arriba” (82).

“Otras definiciones consideran que una vivienda unifamiliar es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por personas miembros de una familia básica (padre, madre e hijos) 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” (83).

“También se considera una vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas” (84).

“La tenencia de la vivienda se refiere a la relación que existe entre los residentes y la propiedad de la vivienda, sin referencia al terreno en el cual está ubicada la misma y cuando el régimen de la vivienda es propiedad, se entiende que el propietario de la vivienda es uno de los residentes en ella” (85).

“También es importante señalar que la tenencia de la vivienda propia es la forma en que el hogar principal ejerce la posesión de la vivienda siendo de principal interés social y un indicador habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes” (86).

“En relación a la construcción de las viviendas tenemos las paredes que deben ser estructura firmes y seguras, deben ser lisas, sin abrasiones, ni grietas para evitar el ingreso de ratas, pulgas, garrapatas que pueden transmitir enfermedades y los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza” (87).

“En las paredes también encontramos el adobe que son estructuras generalmente autoconstruidas, porque la técnica constructiva tradicional es simple y no requiere consumo adicional de energía. Los bloques se adhieren entre sí con barro para levantar los muros de fachada o particiones interiores de una vivienda. Es usual en regiones semidesérticas de África, América Central y del sur” (88).

“Las paredes ornamentales de uso interno integradas de ladrillos de arcilla. Es una pared que está compuesta de concreto sólido. Son paredes construidas con bloques de concreto. Construcción perpendicular al suelo y de superficie que sirve para dividir un espacio, sostener un techo o proteger algo” (89).

“Una parte importante en las viviendas es el techo que se define como el material sólido que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. Proporciona un techo seguro soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos” (90).

“Otro autor también considera que el techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este es la parte que más cuesta, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes” (91).

“Finalmente el techo es el elemento que cubre la casa que consta de dos partes la estructura 65 de soporte, el material de recubrimiento donde la estructura puede ser de madera, el recubrimiento debe ser de teja, barro, cemento, paja. El buen funcionamiento de éstos, para no tener problemas de goteras, depende de una

pendiente correcta” (92).

“Las edificaciones cuentan con un piso y se define como las estructuras en los cuales esta recubiertos los pisos de la vivienda. Alfombra, mármol, parquet, madera pulida y lacada: tapetes tejidos de lana natural o fibra sintética que se colocan pegados sobre los pisos y cubren de pared a pared” (93).

“Los pisos pueden ser de: tierra, cemento, madera, mosaico u otro material de recubrimiento. La categoría de piso se considera como no durable mientras que los dos restantes se consideran durables. Por lo general, cuando una vivienda cuenta con piso de tierra, además de los riesgos sanitarios principalmente en los niños, nos indica sobre las condiciones socioeconómicas de sus habitantes, que por lo regular son bajas” (94).

“En la zona sierra es muy común los pisos de tierra, en los países en vías de desarrollo, especialmente en viviendas rurales: la capa vegetal (con materia orgánica) es removida y sustituida por suelo inorgánico (arcilla, arena, grava) bien compactado. Capas de arcilla mezclada con estiércol logran cierta estabilización de la superficie, pero tienen que ser renovadas periódicamente, para ser efectivas” (95).

“La palabra habitación proviene del latín habitare, en arquitectura, es un espacio distinguible mediante una estructura. Usualmente está separada de otros espacios interiores mediante pasillos y paredes interiores; y del exterior, mediante paredes exteriores. Normalmente se accede mediante una puerta” (96).

“Continuando autores definen la habitación como una pieza o cuarto usada para el sueño principalmente, se puede utilizar para otras actividades como leer, ver televisión, vestirse, etc. En diferentes culturas se realizan actividades durante el día y en la noche se convierten en dormitorios, mientras que en otras existen dormitorios

específicos como parte 66 importante de las casas” (97).

“En cuanto a la cantidad de familias que llevan y el número de habitaciones lo ideal sería un máximo de tres personas y estos deben ser ambientes cerrados libres de corrientes de aire que no existan humedad para evitar enfermedades, pero tampoco este debe de ser demasiado cerrado ya que es importante dejar una pequeña abertura para la oxigenación” (98).

“En cuanto al saneamiento básico está el agua, la cantidad de agua que se provee y que se usa en las viviendas es un aspecto importante de los servicios de abastecimiento de agua domiciliaria que influye en la higiene y, por lo tanto, en la salud pública. Hasta la fecha, la OMS no ha proporcionado datos sobre la cantidad de agua domiciliaria que se requiere para promover una buena salud” (99).

“En cuanto a las redes de abastecimiento de agua potable se considera como un sistema de obras de ingeniería, concatenadas permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable, es un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano, requerida para satisfacer las necesidades que puedan afectarse su salud” (100).

“También a la red pública se le conoce como red de abastecimiento de agua potable al sistema que permite que llegue el agua desde el lugar de captación al punto de consumo en condiciones correctas, tanto en calidad como en cantidad. Este sistema se puede clasificar por la fuente del agua en: agua de mar, agua superficial; esta procede de lagos o ríos, agua de lluvia almacenada, agua subterránea y las aguas procedentes de manantiales naturales” (101).

“Sin embargo, en saneamiento básico parte importante es la eliminación de

excretas que es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se considera que deben ser construidas de manera segura y económica para lograr el objetivo de evitar propagación de enfermedades” (102).

“Una forma de eliminar las excretas en zonas donde no existe conexión de desagüe son las letrinas considerado como un espacio destinado a defecar. La correcta disposición de las excretas es fundamental para preservar la salud de las comunidades rurales y urbanas. Mientras en las ciudades la solución ideal es la recolección de las aguas negras o servidas por medio de una red de alcantarillado y el posterior tratamiento en plantas de tratamiento de aguas servidas” (103).

“La composición de las excretas es la materia fecal y la orina, son el resultado de la transformación de los alimentos consumidos por las personas y los animales. En ellas hay microbios, parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte. Es importante lavarnos las manos después de asistir al sanitario para evitar contraer enfermedades” (104).

Como combustible para cocinar esta la leña y el carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad. La madera se utiliza igualmente para calentar el agua, aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico (105).

“Un combustible utilizado con más frecuencia para preparar los alimentos es el gas, leña, carbón, querosene o electricidad. Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera. El carbón es más utilizado en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas. La madera se utiliza para

calentar el agua aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico” (106).

“Por otro lado se denomina combustible a cualquier sustancia que tiene la capacidad de arder en presencia de un comburente (oxígeno en la mayoría de los casos) mediante la aplicación de una energía de activación, que puede ser una chispa. El combustible libera parte de su energía en forma de calor cuando arde, al mismo tiempo que cambia su estructura química, debido al proceso de combustión” (107).

“La luz eléctrica es aquella producida por el flujo de una corriente eléctrica en medio de un Generador de la misma (Bombillos, Lámparas, etc). Es la manera con la que se ilumina casi todo el mundo industrializado, usándose tanto para iluminar la noche como para disponer de luz adicional durante el día” (108).

“La producción de energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, efectos: luminoso, térmico y magnético. Ej.: La transportada por la corriente eléctrica en nuestras casas y que se manifiesta al encender una bombilla” (109).

“Actualmente energía eléctrica permanente es un sistema que dura permanente, supone un gran avance en la tecnología de abastecimiento eléctrico, permitiendo que cualquier vivienda pueda tener una energía eléctrica permanente y propia que le permita disponer de la energía necesaria en cada momento para su consumo propio. El sistema se compone de diversos dispositivos de generación eléctrica, establecimiento de red interna, inyección directa a la red eléctrica doméstica y acumulación” (110).

“Por otro lado disposición de basura es el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los que no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación y los daños o

riesgos a la salud humana y al ambiente. Las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, trapos, cartones, etc.”(111).

“Otra forma de tratar la basura es la eliminación que es un lugar destinado a la disposición final de desechos o basura, en el cual se pretenden tomar múltiples medidas para reducir los problemas generados por otro método de tratamiento de la basura como son los tiraderos, dichas medidas son, por ejemplo, el estudio meticuloso de impacto ambiental, económico y social desde la planeación y elección del lugar hasta la vigilancia” (112).

“Una forma de eliminar la basura es la quema de basura o en carro recolector es una alternativa para resolver el problema de la excesiva producción de basura, pues genera sustancias altamente tóxicas, persistentes y bioacumulables como las dioxinas. Basura es un producto de las actividades humanas al cual se le considera de valor igual a cero por el desechado” (113).

“En la eliminación de la basura interviene el carro recolector cuya función es recoger y verter dentro del camión de aseo todos los materiales almacenados dentro de las bolsas o canecas que normalmente utilizan tanto las empresas como particulares para depositar basura. La función del recolector de basura es mantener las calles limpias haciéndoles aseo y vigilar que los implementos necesarios se aseo estén de forma correcta” (114).

“La frecuencia de recolección de basura para un asentamiento humano depende principalmente del tiempo que tarda la basura en producir olores desagradables en función del clima de la ciudad y el ciclo de reproducción de la mosca, también es la

frecuencia con que pasa la recolección de basura es cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de basuras, o sea que recogen la basura frente a su casa en un horario establecido y días fijas” (115).

“Importante considerar en la eliminación de la basura es el lugar de eliminación de la basura definido como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovecharles, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medioambiente” (116).

La población en estudio la mayoría de adultos cuenta con vivienda unifamiliar, porque según comentan los pobladores cuando sus hijos deciden formar una familia les dan como herencia parte del su terreno donde construyen su casa de acuerdo a sus posibilidades, principalmente de material rústico. También se puede observar que la mayoría de adultos maduros poseen terrenos extensos que son utilizados para construir viviendas, pero principalmente dirigidos a la agricultura y ganadería. Una desventaja de este tipo de viviendas es la lejanía que impide la comunicación y los servicios alejados.

“El INEI muestra que durante el año 2013 el departamento de Arequipa fue el departamento con mayor cantidad de viviendas unifamiliares – propias con un 81,7%; así mismo se destaca en este mismo informe que el departamento con menor cantidad de viviendas unifamiliares propias fue el departamento de Apurímac con un 22%” (117).

Los encuestados en su totalidad cuenta con vivienda propia, se debe principalmente que las familias van heredando sus terrenos a sus descendientes lo

cual favorece la estabilidad del desarrollo familiar, siendo un ambiente cálido ya que las casas en su mayoría son de adobe que les sirve de cobijo en temporada de frío, se observa que carecen o tienen ventanas de pequeñas que no facilita la circulación de aire y no permite el ingreso de la luz solar y esta situación favorece la proliferación bacteriana.

“Se realizó una encuesta aplicada en junio del 2015 para valorar la tenencia de viviendas de los ciudadanos y dio como resultados que el 54,9% de las viviendas son propias totalmente pagadas, las viviendas propias por invasión representan el 5,6% del total y las que se están adquiriendo a crédito conforman el 2,5%, respecto al grupo de hogares no propietarios de una vivienda, el 7,1% de estos habita viviendas alquiladas, mientras que un 3,4% de hogares vive en viviendas cedidas por el trabajo” (118).

“En relación al material con la que están construidas las viviendas la mayoría tienen pisos de tierra, paredes de adobe y techo de eternit / tejas que es lo común en la zona rural por la disponibilidad de material y por ser más barato, que construir una vivienda de material noble por el hecho que cuentan solo con caminos de herradura y según el ingreso económico (menor de S/. 750) que es insuficiente para realizar dicha construcción”.

“Referente al tema el INEI informa respecto a las viviendas los materiales predominantes el piso que más se han incrementado son: mármol 57,3%, tierra en 103,1%, la mayor proporción de viviendas con este material se encuentran principalmente en las provincias de Carhuaz y Asunción con 78,9% 77,3% respectivamente, cabe resaltar que en lima el mayor número de viviendas con techo de calamina se encuentran en el distrito de Villa María del Triunfo (50,1%), seguido

de Lurigancho (33,1%), Villa El Salvador (32,6%), Cieneguilla (28,0%), San Juan de Miraflores (27,8%), Pucusana (26,7%) y Chaclacayo (26,0%) (119)”.

La mayoría de encuestados del Sector B – Huamarín refieren tener de dos a tres habitaciones, que suelen usar principalmente para la cocina, de almacén y finalmente es común que compartan dormitorio entre hermanos y padres, sin priorizar la intimidad y el área personal que debe tener cada uno de los miembros de la familia para realizar sus actividades, también es importante resaltar que la mayoría de familias cuenta con terrenos amplios pero prefieren construir casas pequeñas y tener más espacio para sembrar y para criar sus animales.

“La Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) sobre la población y vivienda en el ámbito de influencia de los Tambos en el año 2015, entre los residentes de la vivienda y el número de personas por habitaciones, esta sea igual o mayor de 2 a 3 con un 23,3% en la zona rural a diferencia de la zona urbana que cuentan con habitaciones personales de un 76,7%” (120).

Respecto al análisis del abastecimiento de agua, la captación es desde un manantial (puquio) que se encuentra ubicado en Huamarín alto y a partir de ahí toda la población cuenta con conexión domiciliaria, gracias a la intervención de la Municipalidad de Huaraz en el 2010 con su proyecto de “Mejoramiento y ampliación del sistema de agua e instalación de letrinas en el centro poblado de Huamarín alto” para su realización, es importante resaltar que el agua no está debidamente tratada (agua entubada) por falta de recursos económico y por falta de interés de los pobladores, lo cual es un riesgo para su salud. Por lo que se realiza campañas de desparasitación y el personal de salud realiza visitas domiciliarias, verifica que hiervan el agua antes de ingerirla.

“El resultado obtenido se relaciona con datos estadísticos donde la mayoría de las familias Ancashinas tienen acceso a agua potable dentro de la vivienda, (48,2%), un importante porcentaje tiene un acceso deficitario a este servicio, ya sea porque existe, un 13,7% de familias que se abastecen de agua a través de ríos o acequias, esto debido que muchas de ellas son caseríos nuevos, eléctrico permanente en sus viviendas (57,7%), pero no hay que dejar de notar que el 21,1% restante no cuenta con este tipo de servicio, por diferentes motivos, por ejemplo el ingreso económico en la mayoría de los casos” (121).

“A nivel nacional, INEI en el año 2015 informa que el 81,3% de los hogares utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público. El mayor porcentaje corresponde a la conexión directa dentro de la vivienda (74,9%). En el área urbana, el 85,4% de los hogares usa agua para beber procedente de red pública, sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, en comparación con el 69,6% de los hogares del área rural que utilizaban las mismas fuentes; no obstante, el 16,0% de los hogares de esta área aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia para beber” (122).

“Se puede evidenciar que la mayoría de las casas cuentan con letrinas, para eliminación de excretas, gracias a la intervención de la Municipalidad de Huaraz en el 2010 con su proyecto de “Mejoramiento y ampliación del sistema de agua e instalación de letrinas en el centro poblado de Huamarín alto”, las letrinas cumplen con todos los requisitos establecidos (están en un terreno firme, fuera de peligro de inundaciones, está ubicado fuera de la casa, está alejado de cualquier fuente abastecimiento de agua), los pobladores cumplen con su mantenimiento y el personal sanitario responsable del sector en cada visita domiciliaria verifica el buen

funcionamiento de las letrinas con el fin de prevenir enfermedades”.

“En cuanto a los datos estadísticos realizados por el INEI, según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), en el año 2015 basado al estudio se muestra que el 44,9% tienen letrina propia, asimismo con un 44,3% cuentan con desagüe y baño propio, 21,6% están en instalación de desagüe tanto como en canales de irrigación” (123).

“En relación al combustible, la mayoría de la población utiliza la leña, porque la población cuenta con bosques de eucalipto y de esta manera se beneficia de esta materia prima, es importante mencionar que usar la leña de eucalipto para cocinar no es recomendable ya que emite contaminantes cancerígenos (benzopirenos o hidrocarburos aromáticos policíclicos, HAPs), además por el alto contenido de aceite a pesar de que la madera a sido preparada en el momento de la combustión pueden saltar chispas y ocasionar incendios. Se pudo observar que el personal sanitario encargado del sector B de Huamarín incentiva y promueve la implantación de las cocinas mejoradas, más de la mitad cuenta con dichas cocinas elaboradas por los mismos habitantes”.

“La investigación dada por el instituto del INEI nos muestran datos estadísticos realizados a nivel nacional en el año 2016, que el 87,1% de hogares de las zonas rurales y las zonas marginales del Perú utilizan leña como combustible para cocinar sus alimentos; 21,4% bosta; 8,8% Gas. Situación que afecta la salud de la población” (124).

“La cocina mejorada son estructuras de barro, adobe, plancha metálica y chimenea que nos permiten mejorara el ahorro de leña y disminuir el humo que se genera con las cocinas tradicionales para ahorrar y mejorar nuestra calidad de vida

disminuyendo el riesgo de contraer enfermedades respiratorias” (199).

La población cuenta en su mayoría con energía eléctrica permanente, porque fueron incluidos en el Plan Nacional de Electrificación Rural (PNER) – Norte periodo (2011 – 2020) por ello cuentan con este servicio que les brinda la empresa Hidrandina S.A. Los pobladores a través de sus autoridades se han venido organizando para gestionar los servicios básicos para mejorar su estilo de vida. Según comentan los pobladores pagan un promedio de 10 a 20 nuevos soles por el servicio de electricidad y no cuentan con alumbrado público.

“Según Perú Encuesta Nacional de Consumo de energía a hogares en el ámbito rural. Los resultados de acuerdo a informe sobre electrificación rural a la fecha, en general, las tasas de cobertura eléctrica en el Perú son más bajas que en la mayoría de los países latinoamericanos, con un 78%. En comparación, la tasa de cobertura es 89% en Ecuador, que tiene casi el mismo ingreso, seis millones de personas en las áreas rurales predominantemente pobres del Perú no cuentan con acceso a electricidad” (125).

“Los datos estadísticos muestran relación al estudio, por la Encuesta Nacional de Programas Estratégicos – ENAPRE, Viviendas con acceso al servicio de energía eléctrica mediante red pública en el año (2011 – 2015) que el Perú cuenta con energía eléctrica permanente con un porcentaje de 89,2% a diferencia de las zonas marginales con un 20,4%” (126).

“En cuanto a la disposición de la basura, los encuestados mencionan que más de la mitad deshecha a campo abierto, probablemente porque no cuentan con servicio del carro recolector, no cuenta con puntos de recojo, refieren seleccionar su basura inorgánica que menos de la mitad de los encuestados queman y también cabe resaltar

que reutilizar objetos como botellas de plástico; los residuos orgánicos suelen ser alimento para sus animales o pasan a desecharlo en el terreno agrícola. En este sector se observa por el camino la presencia de excremento animal, lo cual implica un riesgo inminente de contraer infecciones”.

“En los datos estadísticos realizados por el Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Delegacionales en año 2014 se estimó que el 72% de residuos sólidos urbanos marginales se dispuso en sitios no controlados (quemados, a campo abierto); 23% se depositó en rellenos sanitarios y el 5% se recicló”.

Concluyendo se observan resultados que afectan a la población en su salud como el uso de leña para la cocción de sus alimentos, el material de construcción de sus viviendas y además el hacinamiento a pesar de contar con vivienda propia, se puede observar que es la cultura la que hace que continúen con prácticas dañinas para su salud pero que a la vez no la pueden ni quieren cambiar.

TABLA 3

El 100% (120) de los adultos fueron encuestadas sobre los determinantes de salud relacionados con los estilos de vida; el 94%(113) no fuma, pero nunca de manera habitual, 93% (111) ingiere ocasionalmente bebidas alcohólicas, 42% (51) no realiza actividades físicas en su tiempo libre,63% (75) caminan por más de veinte minutos, 100% (120) duerme de 06 a 08 horas, 86% (103) se duchan 1 vez a la semana, 96% (115) no se realizan controles médicos. En cuanto a su alimentación destaca que el 43% (52) consumen fruta una o dos veces a la semana, 53% (63) consumen carne una o dos veces a la semana, 53% (63) consumen a diario huevo, 48% (58) consumen nunca o casi nunca pescado, 81% (97) consumen fideos a diario,

82% (99) consumen pan /cereales a diario, 79% (95) verduras / hortalizas y un 51% (61) consume legumbres.

“Buscando resultados similares se encontró la investigación realizada por Justo L, (127). Titulada: Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz – Sector Lirio Ruri – Independencia –Huaraz, 2014. El 65,7% (67) de personas adultas no fuman, 86% (84,3) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 95,1% (97) duermen de 6 a 8 horas, 100 % (102), se bañan 1 vez/semana, 91,2% (93) no se realizan examen médico, 97,1% (99) caminan, 97,1 % (99) en las dos últimas semanas caminan, se observa que el 45,1% (46) consumen frutas 1 o 2 veces a la semana , el 74,5 % (76) consumen carne de 1 0 2 veces a la semana, 43,1% (44) consumen fideos diario, 100% (102) consumen pan, cereales diario,90,2 % (92) consumen verduras diario, 59,8 % (61) consumen otros alimentos una a dos veces a la semana”.

“Investigación similar es el estudio presentado por Espinoza V, (128). En: Determinantes de la Salud de los adultos del Centro Poblado de Canshan - Caserío de Matarapampa – Independencia - Huaraz, 2014. El 96,8% (121) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 96% (120) han ingerido ocasionalmente bebidas alcohólicas, 96,8% (121) duermen de 6 a 8 horas, 96,8% (121) no se bañan, 88,8% (111) no se realizan ningún examen médico periódico, 81,6% (102) realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre, 81,6% (102) en las dos últimas semanas caminan, 79,2% (99) consumen frutas 1-2 veces por semana, 91,2% (114) consumen carne 1 vez por semana, 76% (95) consumen huevo de 1 a 2 veces por semana, 90,4% (113) consumen pescado 1 vez por semana, 69,6% (87) consumen fideos a diario, 76% (95) consumen pan, cereales 1-2 veces por semana,72,8% (91)

consumen verduras y hortalizas 1-2 veces por semana, 76% (95) consumen otros alimentos menos de 1 vez por semana”.

“Igualmente se continua presentando estudios con resultados similares como lo mostrado por Jaramillo N, (129). En: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Pampamaca Sector E- Carhuaz, 2014. El 87% (130) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 60%, (90) no consumen bebidas alcohólicas, 98% (148) duermen de 6 a 8 horas, 100% (150) se bañan solo 1 vez por semana, 100% (150) no realizan ningún examen médico periódico, 79% (118) realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre, 67% (100) en los últimos dos semanas ha caminado por un tiempo de 20 minutos, 47% (70), consumen frutas 1 a 2 veces a la semana, 42% (63) consumen carne menos de 1 vez a la semana, 35% (53) consumen huevo 3 o más veces a la semana , 49% (73) consumen pescado nunca casi nunca, 43% (64) consumen fideos 3 a más veces a la semana, 98% (148) consumen pan, cereales a diario, 67% (100) consumen verduras y hortalizas a diario, 67% (100), otros nunca o casi nunca”.

“Pero al revisar investigaciones similares se encontró resultados diferentes como el de Guevara D, (130). En su tesis: Determinantes de la Salud en Adolescentes de Segundo Año de Secundaria. Institución Educativa San Pedro - Chimbote, 2015. Donde reporta que el 85,3% (87) si fuman diariamente, 71,6% (73) consumen bebidas alcohólicas, 100% (102) duermen de 10 a 12 horas diarias, 92,2% (94) se bañan 4 veces a la semana, 42,2% (43) si realizan examen médico anual, 44% (45) realizan alguna actividad física, 44,1% (45) consumen frutas nunca casi nunca, 88,3% (53) consumen carne de 3 a más veces a la semana, 25% (15) consumen huevos de 3 veces a la semana, 50% (30) consumen pescado diariamente, 31,6% (14)

verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, 50,4% (40) fideos y papas 3 o más veces a la semana, 52,9% (54) otro tipo de alimentos diariamente”.

“Otro estudio que difiere realizado por Ascona W,(131). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Luis Antonio paredes Maceda sector 8 – Piura, 2013. El 98% se baña diariamente; 55,2 % se realiza examen médico el 52,9 % realiza actividad física en su tiempo libre, el 48,7 % no realiza actividad física más de 20 minutos. 53,6 % consume frutas a diario, 52,9 % consume carne 3 o más veces por semana, 38% consume huevos 3 o más veces por semana, el 39,5 % consume pescado 3 o más veces por semana, el 74,8 % consume fideos diario, el 75,5 % consume pan y cereales, 43,1 % consume verduras a diario, el 35% consume frituras una o dos veces por semana. Pero asemeja que 84,6 % no ha fumado ni a fumado nunca, el 52% consume alcohol ocasionalmente, el 88,6% duermen entre 6 a 8 horas diarias”.

“Presentando resultados diferentes es la tesis de Hipolito R, (132). En: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros– Nuevo Chimbote, 2016. Muestra que 68% (68) no fuman, 55% (55) no consumen bebidas alcohólicas, 95% (95) duermen de 6 a 8 horas diarias, 85% (85) se baña diariamente, 78% (78) no se realizan examen médico periódico, 80% (80) no realizar ninguna actividad física, 86 % (86) no realizó actividad física en las últimas dos semanas; 54% (54) consume frutas diariamente, 85% (85) consume carne 1 a 2 veces/semana, 44% (44) consume huevo 3 o más veces/semana, 65 % (65) consumen pescado menos de 1 vez/semana, 88% (88) consume fideos, arroz y papas diariamente, 96% (96) consume pan, cereales, 40% (40) consumen verduras y

hortalizas diariamente, 55% (55) consume 1 a 2 veces/semana legumbres, 40%(40) nunca o casi nunca consumen embutidos”.

“Una de las variables en la presente tabla es el consumo de tabaco, y por ello se define el fumar que es considerada la acción de aspirar por la boca, el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. Este tabaco contiene muchas sustancias tóxicas, como la nicotina y el alquitrán que son 78 tóxicas” (133).

“Otras referencias revisadas manifiestan que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar”(134).

“Los países establecen leyes para controlar el consumo del cigarro como la Ley N° 28705 tiene por objeto establecer un marco normativo sobre las medidas que permitan: 1. Proteger a la persona, la familia y la comunidad contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, a fin de reducir dicho consumo y exposición de manera continua y sustancial. 2. Que los productos del tabaco sean comercializados de manera responsable, asegurando que su publicidad, promoción y comercialización esté dirigida solamente a mayores de edad, y que éstas sean coherentes con el principio de que el consumo de tabaco debe ser una opción sólo para adultos informados de los riesgos de su consumo. 3. Medidas para la reducción de la oferta ilegal de productos de tabaco en todo el territorio nacional” (135).

“Una sustancia igual de dañina es el consumo de alcohol, aquel compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo unido a un radical alifático, dado que se trata de un compuesto químico etanol, también nombrado como alcohol etílico. Esta droga es psicoactiva para los seres humanos y produce problemas de coordinación, visión borrosa y muerte por envenenamiento” (136).

“Se considera al alcoholismo como una enfermedad primaria y crónica de múltiples causas e influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales. Clínicamente se caracteriza por síntomas de abstinencia, al disminuir o suprimir voluntaria o involuntariamente la ingesta de alcohol” (137).

“Sin embargo actividades que favorecen al ser humano es la actividad física que comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. La actividad física favorece el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías” (138).

“Se considera como una actividad física, que 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. Según la OMS, la actividad deportiva es: toda actividad física, especializadas y organizada. Según el INSERM, la actividad física es toda actividad en casa, en el trabajo, en los medios de transporte o en los ratos libres” (139).

“Sin embargo existe un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia

de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute” (140).

“En la actividad física destaca en la población estudiada la caminata que es una posibilidad más para hacer ejercicio y perfecta para distintas personas debido a que no genera grandes exigencias, ni alto impacto de modo que no puede lesionar o perjudicar como otros deportes más exigentes sí pueden hacerlo. La caminata es una manera de estar en movimiento y ejercitar el organismo sin requerir un gran entrenamiento previo ni tampoco acceso a caros o exclusivos centros de ejercicio y actividad física” (141).

“Algo reparador para las personas es el sueño que es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas. A pesar de una considerable investigación, no existe ninguna definición comúnmente aceptada del sueño. Históricamente se consideró un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido” (142).

“También el sueño es considerada una necesidad fisiológica que tiene nuestro cerebro para eliminar tensiones y descansar. Nuestras preocupaciones o problemas, influyen directamente en nuestro estado de ánimo y, como no, en nuestro cerebro, quien, para eliminar dichas tensiones o preocupaciones, las expresa a través de los sueños” (143).

“El acto de dormir consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario, por lo que es un reposo uniforme del organismo. Durante el tiempo en que se duerme la actividad fisiológica presenta unos bajos niveles, así entonces, disminuye el ritmo de la respiración y la presión sanguínea, además el

organismo presenta una menor respuesta a los estímulos externos” (144).

“El tiempo es necesario para la recuperación del ser humano durante el sueño y en promedio es saludable cuando es de 6 – 8 horas, ofrecen beneficios generales y son fundamentales para mantener la buena salud y el bienestar a cualquier edad. Estos hábitos de descanso saludables generalmente le permiten levantarse renovado, pensar rápidamente y hacer correctamente tareas” (145).

“El ser humano necesita realizarse una higiene adecuada y esta definido como una rama de las Ciencias Médicas cuyo objetivo es preservar la salud a través de la limpieza, tanto personal, como de la ropa, utensilios y vivienda, que debe permanecer no solo limpia y desinfectada, sino también aireada, ya que la suciedad y la falta de sol, son fuente de enfermedades” (146).

“Importante considerar que 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. De igual forma evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que pueden afectar la salud de nuestra piel” (147).

“La frecuencia del baño es importante para una persona y depende de la zona en la que se encuentra, como en la costa sierra y la selva, dependiendo el clima en la que se encuentran, así mismo va depender de la cultura de cada persona y la autoestima de sí mismo. El baño tiene por objeto situar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio ser humano” (148).

“Los exámenes médicos también son importantes en los estilos de vida de las personas y un examen médico periódico es un examen, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un

análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades” (149).

“Otros autores consideran que el examen médico es el examen que se realiza para averiguar el estado de salud de una persona, es parte del método clínico, considerándolo como el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica” (150).

“Algunos autores afirman que los exámenes médicos se refieren a pruebas o exámenes que se realizan para encontrar una enfermedad antes de que comiencen los síntomas. Los estudios pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente, cuando son más fáciles de tratar” (151).

“La dieta en el organismo humano es necesario, y es importante consumir alimentos saludables. La promoción de salud adquiere un rol importante en el proceso de concientización de la población en general. La buena alimentación no solo tiene que ver con la cantidad y calidad de la ingesta de alimentos, sino también con la preparación y cocción de los mismos. En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante distintos materiales informativos, brinda a las personas numerosos consejos para que la alimentación sea realmente saludable. Para la OPS es importante la limpieza de las manos antes de la manipulación de alimentos” (152).

“La Organización Mundial de la Salud, define como alimento a toda sustancia o producto de carácter natural o artificial apta para el consumo humano. Alimento es

cualquier sustancia que aporta la materia y la energía necesarias para realizar nuestras funciones vitales” (153).

“La alimentación en la etapa adulto maduro se debe enfocar a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de enfermedades mediante el seguimiento y consumo de una alimentación variada, sana y equilibrada de acuerdo a la edad, sexo y actividad física que realiza la persona. Los hábitos alimentarios saludables se deben combinar con hábitos de vida propicios que incluyan la práctica regular de ejercicio físico, la reducción de tóxicos como el alcohol y el tabaco” (154).

“Carne, pescado y huevos. Todos estos alimentos son ricos en proteínas. Así un huevo contiene 6 gramos de proteínas que es el contenido proteico de 30 gramos de carne, son los encargados de ayudar a las células en su fortalecimiento. Los cereales y derivados contienen cantidades elevadas de almidón y proteínas. Los cereales integrales contienen celulosa que facilita el tránsito intestinal y vitamina B1, Proporcionan energía en forma de calor para cumplir con nuestras actividades físicas; fuerza para el trabajo; y energía para el rendimiento en el estudio y el deporte. Las frutas y verduras. Son alimentos de gran riqueza en vitaminas y minerales. Debe consumirse fruta una o dos veces al día. Las verduras son ricas en vitaminas, minerales y fibras, tanto si se toman hervidas como fritas” (155).

“La creación de hábitos alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona. Los seres humanos están compuestos por grasa, minerales, proteína, azúcares y agua” (156).

“Los resultados dentro de los determinantes de estilos vida, del sector en

estudio la mayoría de los pobladores no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, porque refieren que son dañinas para sus pulmones, y porque priorizan invertir sus ingresos económicos en sus necesidades básicas. Esto se explica porque además de lo referido no existe venta en las tiendas de cigarrillos porque no es costumbre de los pobladores hacerlo, haciendo que los vendedores de las tiendas no se motiven a ofrecerlos dentro de sus productos”.

“El Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú el mayo del 2017, aproximadamente, 15.900 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Es decir, se registran unas 44 muertes al día. Así lo recordó debido a que cada 31 de Mayo se conmemora el Día Mundial sin tabaco” (157).

“En relación al consumo de bebidas alcohólicas su frecuencia es ocasional, principalmente cuando celebran las fiestas propias del lugar, fiestas familiares (matrimonio, bautizos, etc), en épocas de cosecha y sembrío, en su mayoría los encuestados manifiestan ingerir alcohol etílico mezclado con agua y hiervas aromáticas, esta bebida es más barata y más dañino para su salud que el consumo de cerveza por la concentración de alcohol. Es importante señalar que el alcoholismo provoca enfermedades hepáticas, siendo una carga social y económica”.

“El 64,2% de las personas de 15 y más años de edad, consumió bebida alcohólica en los últimos 12 meses. Por otro lado, en el área urbana el 70,7% reportó consumir algún tipo de alcohol y en el área rural el 51,7%. Según región natural, la mayor proporción de personas que consumieron bebida alcohólica, se ubica en Lima Metropolitana (75,0%) y Costa (sin Lima Metropolitana) (69,2%); y, las menores proporciones en la Sierra (53,9%) y Selva (60,2%) (158)”.

“Según la información dada por los encuestados la mayoría camina como actividad física ya que tienen que trasladar a sus animales desde su rebaño hasta la zona de donde haya pastizales para su alimentación, cuenta grandes extensiones de terrenos a donde acuden para realizar labores agrícolas. Otra causa por la cual caminan es porque si regresan de la ciudad a su domicilio, ya que los automóviles llegan solo hasta Huamarín bajo y no a Huamarín alto (Sector B) porque el camino es de herradura y tienen que precisar de los animales de carga para transportar objetos pesados o ellos mismo llevarlos sobre cuestras”.

“Las encuestas del Instituto Nacional de Estadística e informática del año 2016, el 51,4% de la población adulta de las zonas rurales, no realiza ejercicio físico; el 48,6% realizó algún deporte o ejercicio físico como caminar varios kilómetros para realizar sus labores diarias. En relación con el año 2015, la proporción de adultos que realizan algún deporte aumentó en 9,7 puntos porcentuales y los que no hacen ejercicios disminuyó, en la misma cifra” (159).

“En su totalidad de encuestados duermen de 6 – 8 horas, debido al cansancio físico después de realizar diferentes labores del campo, además que no cuentan con distractores como pueden ser las redes sociales y programas de televisión. Suelen cenar pronto a las 6 de la tarde aproximadamente y desayunar a las 5 de la madrugada, la conyugues se encarga de despertar antes para tener los alimentos preparados, ocuparse de los hijos pequeños y de las labores de la casa”.

“En el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que buscó de analizar cómo distribuyen su tiempo los peruanos en las diversas actividades diarias (incluyendo las horas de sueño). Un total de 12.424 personas de la provincia de Ancash, 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” (160).

“La frecuencia con la que se bañan es una vez a la semana, debido a un tema de crianza, en la familia no priorizan la higiene personal por desconocimiento y costumbre. Refieren que se gasta mucha leña para calentar el agua, si tuvieran que ducharse más seguido y que se enfermarían; también refieren que debido al clima frío, a la rutina de trabajo limita que se bañen con más frecuencia. Hay un pequeño porcentaje de la población que son adultos mayores que por su limitación física, mental y por ausencia de soporte familiar tiene un déficit de higiene”.

“El INEI en el área rural durante el año 2016, más del 90,0% de los hogares en la zona rural de Ancash, realizan su higiene personal de entre 2 a 3 por semana, el 99,6%, de la región Pasco de las zonas rurales realiza 1 a 2 veces por semana, en comparación de las zonas urbanas como Lima 98,7% se bañan entre 5 a 6 por semana, el 92,5%; en las zonas urbanas costeras como Trujillo, Chimbote y Casma, más del 50% de las personas se bañan diariamente” (161).

“La mayoría no se realiza exámenes médicos, debido a que prefieren esperar tener alguna dolencia para acudir a un centro médico. La falta de interés y responsabilidad personal impide que se pueda prevenir y tratar las enfermedades adecuadamente. Aún mantienen prejuicios, creencias y costumbres para que los niños sean llevados a sus controles y las gestantes no realicen sus controles prenatales. El personal sanitario se ve en la obligación de realizar varias visitas domiciliarias para sensibilizar y educar a la población sobre el cuidado de su salud”.

“El año 2016 el Instituto Nacional de Estadística e informática informa que el

81 % de los hogares de las zonas rurales no se realizan su chequeo médico anual debido a la falta de interés y responsabilidad personal, mostrando solo que un 30,2% que, si se realiza su chequeo médico regular, debido a exigencias laborales y mayor cuidado de su salud” (162).

Menos de la mitad consume frutas de una a dos veces a la semana, la OMS recomienda consumir 5 piezas de fruta al día, para favorecer el aporte de vitaminas, carbohidratos y fibra. La realidad de la población en estudio debido al déficit económico, al clima de la zona que no favorece la producción de frutas y por la ubicación lejana del mercado; por ellos solo compran cuando bajan a la ciudad y no cumplen con lo recomendado por la OMS.

La mitad de los encuestados refieren comer una o dos veces a la semana carne, debido a que crían ganado vacuno, porcino, ovino y algunas aves (gallinas, pato, etc.) tanto para su consumo y principalmente para comercializarlo y obtener ingresos para la canasta familiar. Suelen llevar sus animales al mercado de la ciudad los martes y jueves que hay más afluencia de gente debido a las ferias de alimentos que se realizan.

Menos de la mitad de los adultos consumen pescado, al ser un alimento perecedero y por tiempo/ distancia que tiene que recorrer desde la ciudad hasta su hogar impide que el consumo sea frecuente; en ocasiones hay un pescadero que sube con una moto desde Huaraz hasta el inicio de Huamarín alto y los pobladores muchas veces intercambian productos de la zona con el vendedor para adquirir el pescado.

“Más de la mitad de los encuestados consumen huevo a diario, es un alimento que es accesible ya que las familias crían aves como las gallinas que les proveen de este alimento, es importante recalcar su gran aporte de proteínas y vitaminas. El

modo de consumo es principalmente hervido que es la manera más saludable de consumirlo”.

“En relación al pan/ cereales su consumo es mayoritario y a diario debido al bajo precio para adquirir estos productos y pueden comprar el pan en la ciudad así como algunas familias cuentan con hornos rústicos y elaboran su propio pan sobre todo cuando hay cosecha de trigo y suelen compartir con sus familiares. El trigo también lo usan para elaborar sus platos principales como la llunca (que es una sopa de trigo hervido con verduras y carne de gallina) y también suelen hacer harina de maíz preparar una crema dulce para el desayuno”.

“Las verduras y hortalizas como pueden ser: (zanahoria, repollo, acelgas, col, orégano, perejil, etc) es lo que consumen a diario ya que son alimentos que cultivan en sus huertos y disponen de ellos a diario para elaborar diferentes platos acompañados principalmente con papa”.

“Consumen legumbres la mitad de la población una a dos veces a la semana, es un producto que pueden adquirir en la ciudad y no perecederos por lo cual pueden consérvalo en sus hogares y la dificultad para elaborar estos alimentos es debido a que Huamarin está sobre los 3000 m.s.n.m y eso dificulta su cocción y por consiguiente es un factor que favorece al déficit de aporte de proteínas a su organismo”.

“El INEI informa en una encuesta aplicada en julio del 2016 a nivel departamental, 20,2% de las personas de la zona sierra consumen alimentos hechos a base de carne, pescado, huevo (70,9%), seguido de verduras (72,2%), hechos de grano, trigo o cereal (68,6%), hechos de frutas, vegetales ricos en vitamina A (74,3%), de otras frutas y vegetales (58,9%) y hechos con aceite, grasas, mantequilla

(59,4%). Con respecto a la zona costa el 97,7% consumió carne, aves, pescado, el 98,4% alimentos hechos en base a grano, trigo o cereal, y el 90,1% (163)”.

Se puede concluir que en relación a los determinantes de los estilos vida son una importante influencia para condicionar el estado de salud de la población ya que no realizan exámenes médicos de manera periódica lo cual no permite que el personal de salud les ayude a prevenir enfermedades o brindar un tratamiento efectivo; se observa también el déficit de higiene personal y en cuanto a su alimentación también es se evidencia deficiencias provocando riesgos en su salud. La ingesta ocasional de alcohol y el hecho que sea alcohol étílico eleva el riesgo a adquirir enfermedades crónicas y hasta terminales.

TABLA 4,5,6

Del 100% de encuestados el 73% (88) no recibe apoyo social natural, 100% (120) no reciben apoyo social organizado, 51,7% (62) no recibe apoyo social organizado por el estado, pero un menor porcentaje 33% (40) recibe Pensión 65; 45% (54) se atendieron en el puesto de salud en los últimos doce meses, 55% (66) consideran que el puesto de salud está a una distancia regular, 93% (112) cuenta con el Seguro Integral de Salud - MINSA, 54% (65) consideran el tiempo de espera regular, 54% (65) consideran la calidad de atención regular, 100% (120) considera que no hay pandillaje.

“Investigación similar es la de Jaramillo N, (164). En: Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014. El 87 % (130) no reciben apoyo social natural, 100 % (150) no reciben algún apoyo social organizado, 90 % (60) reciben apoyo social organizado, 96 % (144) se atendieron en un puesto de salud, 30% (45) considera que el lugar donde se atendieron está a

regular distancia de su casa, 100% (150) cuentan con seguro de salud (SIS)-MINSA, 77% (115) el tiempo de espera de atención de salud fue regular ,77% (115) refiere la calidad de atención de salud recibida fue regular, 100% (150) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa”.

“Tesis con resultados parecidos es la de Zavaleta S, (165). En su tesis: Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Donde reporta que el 53,5% (107) no recibe apoyo social natural de sus familiares, 51,5% (103) no reciben ningún apoyo social organizado,50,5% (101) reciben otros tipos de apoyo social organizado, 79,5% (159) se atiende en el centro de salud, 77% (154) considera que el lugar donde lo (la) atendieron está a regular distancia de su casa, 43% (86)cuentan con SIS-MINSA, 28% (56) refieren que el tiempo de espera es regular, 42,5% (85)) manifiestan la calidad de atención que se le brinda es buena y 31% (62) comunican que no hay pandillaje”.

“Igualmente con resultados similares es la investigación de Valdez N, (166). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Con Hipertensión. Anexo la Capilla – Samanco. 2017. Donde reporta que el, 75% (59) no cuentan con apoyo organizado social natural, 80% (64) no reciben ningún apoyo social organizado, 72,5% (58) reciben algún apoyo social como el vaso de leche, 85% (68) se atienden en un centro de salud, 81% (64) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 45% (36) tienen SIS-MINSA, 100% (80) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud, 52% (42) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 37% (62) comunican que no hay pandillaje”.

“Diferentes resultados son las que presenta la investigación de Pinedo P, (167). En: Determinantes de la Salud de los Adultos de Asentamiento Humano Nuevo Moro –Chimbote, 2015. Donde se observa que el 100% (318) si recibe algún apoyo social natural, 100% si recibe algún apoyo social organizado,65% (206) de los adultos jóvenes la Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en un clica particular, 63% (200) de los adultos jóvenes consideran que el establecimiento de salud está muy cerca de su casa, 74% (236) de los adultos jóvenes manifiesta que el tipo de seguro que tiene es el SIS-MINSA, 29% (92) de los adultos jóvenes manifiesta que el tiempo que espero para que lo atendieran fue muy corto, 36% (115) de los adultos jóvenes manifiesta que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue malo,100% (318) manifiesta que si hay Pandillaje o delincuencia cerca de su casa”.

“Igualmente opuestos son los resultados presentados por Martina M, (168). En su tesis: Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015. Reporta que el 48,3% no recibió algún apoyo social natural, 45,6% recibe apoyo de la empresa que trabaja, 56,3% recibe apoyo social organizado de otros, 56,8% se atendieron en ESSALUD, 55,1% mencionan estar cerca de su casa, 50,1% el tiempo de espera es corto, 45,6% la calidad de atención es regular, 87,9% refieren que si existe pandillaje o delincuencia”.

“También difiere lo obtenido por Remuzgo A, (169). En su investigación: Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001 – 2002. Donde el 66% se atiende en el hospital, 76% consideran el lugar de atención muy cerca de su casa, 53% espero corto tiempo para

ser atendida, 55% presentó un nivel de atención muy buena, 45% recibió apoyo social natural de sus espirituales, 65% recibió apoyo organizado de una institución de acogida, 56% si recibió apoyo social organizado de otros, 97% si existe pandillaje cerca de la casa”.

“Se considera apoyo social natural en términos generales 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” (170).

“También es considerado apoyo social natural a lo relacionado con la perspectiva evolutiva, según la cual, los sentimientos sobre el carácter obligatorio o voluntario de ayuda a los familiares o a los amigos pueden cambiar a lo largo de la vida, como también la valoración que se hace del apoyo recibido” (171).

“Se considera apoyo familiar como el conjunto de acciones e intenciones que la persona ejerce a favor de su familiar donde se constituyen fuentes de apoyo importantes, estableciendo intereses comunes y actividades compartidas. La familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la principal fuente de apoyo, sino la preferida por estos y a la que acuden generalmente en primera instancia” (172).

“Un apoyo social organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos” (173).

“Otro autor define apoyo social a la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; todo esto proporciona un estado positivo que se proyectará en todas las facetas de nuestra vida tanto en el ámbito laboral como familiar, en general en la integración social. Es importante destacar la calidad de las relaciones más que su cantidad” (174).

“Sin embargo el apoyo social en la que se reconoce que las relaciones de las personas, en sus entornos de trato con los demás, cumplen una serie de funciones que van a determinar la aparición o no de problemas, y el grado de bienestar personal. Asimismo, se contempla el trabajo como un posible elemento integrador de la persona, ya que le da la posibilidad de otorgarle un estatus, o favorecer la satisfacción de necesidades sociales” (175).

“El gobierno peruano crea lo que hoy se conoce como Pensión 65 que se define como la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 125 nuevos soles por mes por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad” (176).

“Otro apoyo del gobierno es a través de los llamados comedores Populares que se define como organizaciones de base que se crean en una comunidad con la finalidad de recibir el apoyo alimentario que brinda el estado a través del Programa de complementación alimentaria y su sub programa Comedores populares, con partidas económicas para la compra de alimentos” (177).

“Una Institución de salud es aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de

salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas” (178).

“Martínez J, (179). Define que la institución de salud es aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades, así como también en los distritos y municipalidades”.

“Así también se reconoce como Puesto de salud a un establecimiento del primer nivel la atención desarrolla actividades de atención integra de salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo promocionales, con la participación de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidad. Accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado-y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población” (180).

“Actualmente en el Perú se incluye lo que se llama Seguro Integral de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población” (181).

“El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), ESSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas, las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud)” (182).

“Así también se considera seguro de salud un contrato entre usted y una compañía de seguros. A cambio de que usted haga los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos médicos en los que usted pueda incurrir bajo los términos del contrato” (183).

“El Ministerio de Salud define como tiempo de espera desde la hora que el paciente saca el cupo o la cita para que pueda ser atendido hasta el momento que el paciente reciba la atención médica, así mismo va depender de los recursos que cuenta dicha institución así mismo de la demanda de pacientes y la capacidad resolutive del centro de salud ya sea particular o privada” (184).

“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, por otro lado el personal quien brinda la atención tiene que priorizar de acuerdo al estado de la persona” (185).

“Otra afirmación sobre el tiempo de espera es considerada situación incómoda o generar ansiedad debido a la extensión de tiempo que puede acarrear. En especial, el tiempo espera refiere a un hecho no programado y exige paciencia por parte del involucrado. La expresión: Quien espera se desespera, alude justamente a esta situación de incomodidad y mortificación que puede experimentar una persona frente a una espera incierta” (186).

“La OMS define la calidad, a nivel general, como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos yatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Algunos autores incluyen en esta definición el uso adecuado de los recursos o eficiencia” (187).

“En cuanto a calidad esta la calidad de atención en salud, esto es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en 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” (188).

“Se Considera también La calidad de atención como aquella que consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no” (189).

“La pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales” (190).

“Como pandillaje se define como uno de los principales problemas que afectan

a nuestra juventud. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la niñez a la adolescencia y todos con un mismo objetivo en común: alentar a su equipo o en defensa de su barrio” (191).

“El pandillaje es un problema social que siempre ha afectado a nuestra sociedad. Es la agrupación de adolescentes y jóvenes que en los barrios se caracterizan por los actos de violencia callejera que protagonizan, terminando algunos malheridos y otros encontrando la muerte, las principales causas sociales que provocan el pandillaje son las siguientes: la familia y la educación” (192).

El estudio realizado a los adultos del Centro Poblado de Huamarín – Sector B, en relación a los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias de la salud, se observó que más de la mitad no recibe apoyo social natural, debido a que las familias viven con recursos económicos limitados, a pesar de esta realidad si la familia necesita apoyo emocional ellos están dispuestos a apoyarse.

“Por otro lado el INEI informa en el área de apoyo al bienestar familiar los que fundamentalmente brindan ayuda a la madre trabajadora. En el área rural el porcentaje de hogares que recibieron ayuda en este aspecto alcanza al 7,1% del total del área. Asimismo, los hogares de la Sierra Sur con 7,2 % constituyen los usuarios con mayor representatividad. En Lima Metropolitana los hogares que se benefician con este apoyo social alcanzarían solamente al 1,1% de los hogares limeños” (193).

“Como apoyo social organizado refiere la mayoría que no recibe actualmente ningún apoyo de organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad social, empresa para la que trabaja, instituciones de acogida, organizaciones de voluntariado; probablemente por desconocimiento y por falta de interés de los líderes de la comunidad y de los pobladores lo cual no contribuye a su desarrollo”.

“Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una Organización No Gubernamental (ONG) es “cualquier grupo de ciudadanos voluntarios sin ánimo de lucro que surge en el ámbito local, nacional o internacional, de naturaleza altruista y dirigida por personas con un interés común”. El término ONG surge en las Naciones Unidas como: organizaciones cuya constitución no sea consecuencia de un tratado internacional. Se consideran independientes de las instituciones y poderes públicos y llevan a cabo servicios humanitarios con claros objetivos de beneficio social” (194).

“Más de la mitad de los encuestados refiere que no recibe apoyo social organizado, (23%) recibe apoyo de social organizado como Pensión 65 y Vaso de leche (25%). Los pobladores comentan que muchas veces no cumplen con los requisitos para poder adquirir los beneficios de estas ayudas, también debido al bajo nivel de instrucción les dificulta entender el trámite y mencionan que no confían en sus autoridades lo cual dificulta que se organicen para gestionar las ayudas del estado”.

“Esta realidad se observa en muchos departamentos según el INEI en una encuesta realizada en 2015 respecto a los programas Sociales el programa vaso de leche/Comedor popular es el de mayor cobertura, atiende a 493 mil productores, por departamento, se beneficia a los hogares de las mujeres de Loreto (32,9%), Huánuco (27,9%), Amazonas (18,3%), Apurímac (17,3%), Ayacucho (15,4%), Cajamarca y Huancavelica (14,8% cada uno), San Martín (14,1%), entre otros. Luego el programa sigue JUNTOS con 391 mil beneficiarios; le sigue el Desayuno o Almuerzo escolar que alcanza a 338 mil” (195).

“Menos de la mitad de los pobladores acuden al Puesto de salud, en primera instancia ya que esta aproximadamente a 30 minutos caminando dependiendo de la

ubicación, cabe resaltar la confianza que tienen en el personal sanitario que atiende, dicho establecimiento es de categoría I-1 y está pertenece a la Microred de San Nicolás cuenta con una enfermera, una obstetra, dos técnicos de enfermería, los cuales realizan guardia diurnas y la atención es de lunes a domingo. También cuentan con el servicio de odontología que atiende una vez al mes, psicología que atiende dos veces al mes. Los pacientes cuyas enfermedades no se pueden resolver son referidos al Centro de Salud de San Nicolas que se encuentra a unos 10 minutos en transporte público”.

“INEI muestran cuáles son los establecimientos de salud en los que se atienden los peruanos. Al 2015 el 36% de peruanos opta por acudir a un establecimiento del Ministerio de Salud –MINSA. El 31,4% hace su consulta de salud en una botica o farmacia. Las clínicas privadas son la tercera opción de preferencia acudiendo a ellas el 16,3% de personas que buscan atención. A EsSalud va el 13,1%, menos del 1% acude a algún establecimiento de las FF.AA o la Policía y el 1,7% se atiende en casa o en casa de un curandero” (196).

“La atención recibida por el personal sanitario hacia los pobladores es calificada por más de la mitad como regular, se observa que el personal sanitario del puesto de salud conoce a los pobladores y su comunicación es fluida ya que la mayoría dominan el idioma nativo (quechua) lo cual facilita la comprensión de las indicaciones. También es preciso mencionar que tienen un limitado estoc de medicamentos por lo que no pueden cubrir el tratamiento de muchas enfermedades”.

“El tiempo de espera es considerado por más de la mitad de los pobladores regular, ya que ellos llegan con anticipación al Puesto de salud para conseguir cupos o si tienen que ser referidos sea durante el día porque puede acceder al transporte

público para movilizarse. Depende mucho de la enfermedad del paciente para que sea atendido, la atención principal es el control de crecimiento y desarrollo del niño y el tiempo aproximado de atención es de 30 – 45 min. ya que esta el estado ofrece mayor cobertura para su atención”.

“Estos datos estadísticos según el informe del comercio los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) demoran 114 minutos (casi dos horas) en atender a los pacientes que acuden a consulta externa, reveló la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), estos resultados son similares a realidad de la población en estudio” (197).

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

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

Puno (15,7%), Provincia Constitucional del Callao (39,6)” (198).

En conclusión, la mayoría no recibe apoyo social natural debido a los limitados recursos económicos, por el desinterés y desconocimiento de los líderes para gestionar ayudas de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de su localidad; el tiempo de espera y la atención es regular debido a la ubicación del puesto de salud, a los limitados recursos para los tratamientos farmacológicos ya que cuentan con medicamentos básicos como paracetamol e ibuprofeno y el hecho de contar con el Seguro Integral de Salud abre las puertas para que sean atendidos en otros centros hospitalarios según la gravedad de las enfermedades que padezcan.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones:

Luego de investigar sobre determinantes de la salud en el adulto del Centro Poblado de Huamarín -. Sector B, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Determinantes biosocioeconómicos: más de la mitad son de sexo femenino, son adultos maduros, tienen nivel de instrucción secundaria/ incompleta, perciben menos de 750 soles y trabajo eventual. Entorno físico: menos de la mitad desecha la basura a campo abierto; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar y duermen 2-3 miembros en una habitación; la mayoría tienen paredes de adobe, techo de eternit/teja, piso de tierra, conexión domiciliaria de agua, letrina, leña/carbón para cocinar, energía eléctrica, no pasa el carro recolector.
- Determinantes de estilo de vida: menos de la mitad no realiza actividad física en su tiempo libre, consume nunca pescado y fruta 1 a 2 veces/semana; más de la mitad camina más de veinte minutos, consume carne una a dos veces/semana, huevo diario y legumbres; la mayoría no fuma, ingiere ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas diarias, ducha 4 veces/semana, no se realiza controles médicos, consume fideos a diario, pan/ cereales, verduras y hortalizas.
- Determinantes de redes sociales y comunitarias: menos de la mitad no recibe apoyo social organizado, se atiende en el puesto de salud;

más de la mitad considera una distancia regular de su casa al puesto de salud, tiempo de espera y calidad regular; la mayoría no recibe apoyo social natural, no recibe apoyo social organizado, tienen SIS – MINSA y no hay pandillaje.

5.2. Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones obtenidas en el presente estudio se sugiere lo siguiente:

- Dar a conocer a las autoridades los resultados del déficit en el grado de instrucción de la población y sugerir gestionar ayuda a la institución educativa del lugar para promover cursos no escolarizados para terminar sus estudios.
- Se recomienda promover controles médicos periódicos con ayuda del personal de salud y de las autoridades del centro poblado, también es importante realizar actividades para sensibilizar a la población de la importancia de preservar la salud con la prevención.
- Se sugiere a las autoridades y al Gobierno Regional de Ancash y a la municipalidad provincial de Huaraz realizar obras de saneamiento básico como es el desagüe, gestiones para que realicen la adecuada cloración del agua para el consumo de la población.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.
2. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.
3. 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. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsana 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 114 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=&idfuelleinformacion=5.

18. Congreso de la República. Ley N.o 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>.
19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> file en:
20. Puesto de Salud de Huamrán. Ficha familiar, Sistema Vigilancia Comunal (SIVICO) – Centro Poblado Huamarín, 2018.
21. Oliveira-Machado R., Rocha KB., Pizzinato A., Cé JP. La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2013; [consultado 20 de Marzo 2018]. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13632/14439>
22. Satariano B, Curtis SE. La experiencia de los determinantes sociales de la salud en una cultura maltesa del sur de Europa. Health Place. [Internet] 2018; [consultado 20 Marzo 2018] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29549753>
23. Fosse.E, Helgesen MK, Hagen S, Torp S. Abordar los determinantes sociales de la salud a nivel local: Oportunidades y desafíos. SacndJ Public Health. [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29552960>

24. 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 Abr 08]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040104>
25. 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 Abr 11]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/?ejemplar=00000 040098>
26. Sánchez G: Determinantes de la Salud en la persona adulta del caserío somate centro – Bellavista, Sullana. [Tesis para optar título de Licenciatura en Enfermería] 2013.[Internet]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/>
27. Solis Arellano B. Determinantes de la Salud de los adultos del centro poblado de MARCAC –Independencia – Huaraz. [Tesis para optar título licenciada en Enfermería] Huaraz – Ancash. Universidad Los Ángeles de Chimbote 2015. [consultado 24 setiembre 2017]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/>
28. Pinedo Ramos P. Determinantes de la salud en adultos maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro - 2015 [Tesis para optar título licenciada en Enfermería] Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en: [Disponible en: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/)
29. Vega Cadillo D. Determinantes de la salud en adultos del asentamiento humano

- tres estrellas Chimbote, 2017 (Tesis para optar título licenciada en Enfermería)
Chimbote: Univeridad Los Angeles de Chimbote, 2017. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/>
30. Dalhigren, G. Whitehead, M. levelling up (part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health N° 3 OMS Regional office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
 31. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
 32. 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.
 33. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. VI, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
 34. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4a ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
 35. 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>.
 36. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
 37. Camino, J. Definición sexo y sexualidad. [artículo en internet];2012[citado 2013 de mayo. 17]. [1 pantalla]. Disponible en URL <http://www2.esmas.com/salud/>

- sexualidad /690825 /sexo-y-sexualidad-por-que-son- diferentes/.
38. Real Academia Española, Madrid, Edición Vigésimotercera publicada en octubre de 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
 39. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en:
http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
 40. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
 41. Perez J., Gardey A., Ocupación / Economía, [Internet] 2012. Disponible en: <https://glosarios.servidor-alicante.com/economia/ocupacion>
 42. Ing. Juan Guillermo Orozco. Lic. Consuelo Fuertes. Hacia una Vivienda Saludable – Guía para el facilitador, Organización Panamericana de la Salud, Primera Edición 2009. Disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=viviendas-saludables-948&alias=68-guia-vivienda-saludable-8&Itemid=1031
 43. Serie Nescon de Informes Técnicos No 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.
 44. Alimentación y nutrición, nutrición, fundación española de la nutrición, *Libro blanco de la nutrición en España*, España, 2013, FEN. Disponibles en URL: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lda/lopez_g_m/capitulo1.pdf

45. Martínez, V .El Modelo de Redes Sociales. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/147703107/Martinez-V-El-Modelo-de-Redes-Sociales>
46. Estilos de vida - Salud Pública 1. Disponible en: [https:// www.saludpublica.files.wordpress.com/ 2012/08/ estilos- de-vida-2012.pdf](https://www.saludpublica.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf).
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 123 virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: [http://www. eumed. Net / libros /2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del% 20 instrum ento. 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. monografias .com /trabajos10/cuasi/cuasi.shtm](http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm)
50. Castromonte, R. Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash - Independencia – Huaraz, 2014. Pág 59.
51. Vega D. Determinantes de la salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017. [Tesis para optar título de Licenciada en enfermería] Universidad Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: Disponible en:
http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/
52. Inga, L. Determinantes de Salud de los Adultos del dentro poblado Vicos – Sector Tambo - Marcará – Carhuaz, 2014. [Tesis para optar título de Licenciada en enfermería] Universidad Los Ángeles de Chimbote.[consultado 24 Noviembre 2017]. Disponible en: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/

53. Bernuy, B. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor – Pueblo Joven Ramón Castilla- Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 22 Noviembre 2017]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
54. Soto, A. Determinantes de la salud en los adultos mayores en el asentamiento humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 22 Noviembre 2017]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038845>
55. Alvarado, Y. Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Chimbote - Perú: 2016. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 7 de Noviembre 2017]. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca%20virtual/).
56. La sexualidad, 2013 [Internet] [citado 04 Diciembre 2017]. Disponible: <https://es.slideshare.net/pinedovasquez/la-sexualidad-23927091>.
57. Camino, J. Definición sexo y sexualidad. [artículo en internet];2012[citado 17 Diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en URL <http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/690825/sexo-y-sexualidad-por-que-son-diferentes/>.
58. Salas, M. Convento general de sexo [portada en internet]; 2012 [citado 17 Diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/sexo.php>.
59. Indicadores demográficos,2012 [Internet] [citado 17 Diciembre 2017] disponible

- en: <https://es.slideshare.net/jorgepalominoway/indicadores-demograficos-14662221>.
60. Rodriguez, F. Definición edad [artículo de internet]; 2015 [citado 17 Diciembre 2017]. [Internet]. Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad#ixz z3ZT FP ZUrs>.
61. Madurez, 2016 [artículo internet] [citado 17 Diciembre 2017]. Disponible en: ciclovitalalbeiro.blogspot.com/2012/09/madurez.html.
62. Valoración del adulto maduro. [Internet] 2015. [consultado 15 Diciembre 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/366093766/adulto-maduro>
63. Definición de Nivel de Instrucción. [Internet] [citado 22 Diciembre 2017]. Disponible en URL: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_168/elem_2376/definicion.html.
64. Carranza, H. Definición de educación secundaria en el Perú [Internet]; 2014 [citado 15 de diciembre 2017]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/educación-secundaria.php>.
65. Cuellar, R. Socialización, instrucción, y educación [Internet]. 1996 [Citado 20 Noviembre 2017]. Disponible en: inei.gob.pe/biblioineipub/bancop/Est/Lib003/C1.
66. Diccionario de economía, Administración, Finanzas y Marketing. Definición de ingreso económico. [Internet]. Disponible en : http://www.eco.finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm.
67. Chávez, G. Administración - Finanzas - Marketing. Definición de ingreso en economía. [Internet], 2012 [citado 20 Noviembre 2017]. Disponible en URL: <http://www.eco-finanzas.com/diccionario/I/INGRESO.htm>.

68. Calixto, J. Definición de ingreso económico. [artículo en internet], 2016 [citado 20 Diciembre 2017]. Disponible en URL: <http://www.economia48.com/spa/d/ingreso/ingreso.htm>.
69. Reyes, M. definición de ocupación [documento en internet];2012 [citado 24 Noviembre 2017]. Disponible en URL: [://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/articulo145083.html](http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/articulo145083.html).
70. Álvarez, L. Ocupación. [Internet]. Madrid 2011 [citado 25 Noviembre 2017]. Disponible.URL:http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3.
71. Instituto Nacionalde Estadística e Informática. Brecha de género,2015. [Internet]. [consultado 24 Noviembre 2017]. Disponible en : https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1309/Libro.pdf
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico Departamento de Ancash. [Internet] [consultado 24 Noviembre 2017].Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0838/Libro16/cap01.pdf
73. Fishman, Ch. y Minuchin, S., (2004). Técnicas de terapia familiar (1 ed.). Buenos Aires: Paidós.
74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Canasta familiar. [Internet] Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia-inei-264000-personas-salieron-de-pobreza-durante-2016-54723.aspx>
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de

- Hogares (ENAHO), 2015. . [Internet]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentaciontambos>. Pdf.
76. Neira, Y. “Determinantes de Salud en la Mujer Adulta del Caserío Quispe-Huancabamba -Piura ,2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura– Perú: Universidad Católica los Ángeles e Chimbote, 2015. 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
77. Pintado, H. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado la Golondrina Marca velica – Sullana, 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en enfermería.] Piura -Perú 2016, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 11 de abril] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
78. Justo,L. en investigación titulada “ Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Curhuaz – Sector Lirio Ruri- Independencia- Huaraz 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles e Chimbote. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
79. Villar, L. Determinantes de la Salud en niños menores de tres años con riesgos nutricionales. Puesto de Salud Florida. Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
80. Soto, A. Determinantes de la salud en los adultos mayores en el Asentamiento Humano Belén-Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de

- Chimbote; 2015. [Citado 20 Diciembre 2017]. Disponible en URL:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038845>
81. Rosales, J. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote–Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [Citado 2017 Diciembre 14]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033254>
82. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú. [Internet] [Citado 2017 Noviembre 06].
83. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2013 Setiembre13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible en: URL:http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html.
84. Martínez, G. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012,oct 8]. <http://es.scribd.com/doc/3403949/Conceptos-de-Vivienda#scribd>.
85. Instituto Vasco de Estadística. [Internet].Disponible en:
http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_443/elem_11626/definicion.html
86. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tenencia y formalización de la Vivienda. [Internet]. 2015. Disponible en:
www.regionlalibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro23/cap05.pdf.
87. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Material de las paredes. [artículo en internet]; 2011 [Citado 12 octubre del 2014]. [Alrededor de 1a pantalla. Disponible en: <http://arte-y-arquitectura.glosario.net/construccion-y-arquitectura/techo-7633.html>

88. Capillo, H. Definición de material de paredes de adobe [artículo de internet], 2012 [citado 27 de diciembre de 2012]. [pantalla libre] Disponible en URL: http://www.construmatica.com/construpedia/el_adobe_en_la_construccion_para_el_desarrollo.
89. Julca A. Características de Vivienda Construcciones. Sobre conceptos. [Internet]. 2009.[Consultado 23 Noviembre 2017]. Disponible desde el URL: [http://Conceptos.com/caracteristicas de la vivienda](http://Conceptos.com/caracteristicas_de_la_vivienda).
90. Pérez, L. Vocabulario básico de construcción arquitectónica. Ed. Univ. Politéc. Valencia. ISBN 84-97058844.(2005). Concepto de habitación. Definición en DeConceptos.com <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/habitacion#ixzz212aUwEuQ>.
91. Walter R. – techos son la protección de todas las viviendas [artículo de Internet] [citado 2013 Oct. 45] Disponible en el URL: <http://www.abcpedia.com/hogaryplantas/techos.html>.
92. Walter R. —techos son la protección de todas las viviendas [artículo de Internet] [citado 2013 Oct. 45] Disponible en el URL: <http://www.abcpedia.com/hogaryplantas/techos.html>.
93. Centro Andino de altos estudios Candane. Cartilla de conceptos básicos de indicadores demográficos. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/etnicos/cartilla_quibdo.doc
94. Hinostroza, K. Definición de tipo de material de tierra [artículo en internet]. 2012 [Citado 2013 mayo. 12]. [pantalla 1 de internet] Disponible en URL: <https://www.covogob.mx/seis/módulos/secciones/indicadores/Indicador%2013.pdf>.

95. Chavarría, P. Definición de piso de tierra [artículo en internet] 2011 [citado 9 de mayo 2012]. [pantalla libre en internet] Disponible en URL. <http://ces.iisc.ernet.in/energía/HC270799/HDL/spanish/sk01ms/sk01ms0h.htm>.
96. Rodríguez. J- definición de habitación Enciclopedia Universal [citado 2013 set. 24] Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Habitacion>.
97. Ibáñez, E. Definición del dormitorio. [archivo en internet], 2013 [citado 4 de mayo 2013], [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <https://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20111009145804AA45XIF>.
98. Emiliano, L. Definición de dormitorio [artículo en internet] [citado el 12 de febrero 2015] [pantalla libre] Disponible en URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
99. Rodríguez, R. Definición de abastecimiento de agua. [Programas y proyectos en internet] 2003 [citado enero 14 de 2015] [pantalla libre] Disponible desde http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/wsh0302/es/.
100. Diccionario ABC. Definición de agua. [Documento en internet]. [1 Pantalla]. [citado 2010 sep. 13]. Disponible: <http://www.definicionabc.com/salud/centrodesalud.php#ixzz2lh2qwYMW>.
101. Retuerto, V. Definición de red pública. [artículo científico], 2015 [citado 20 de marzo de 2015]. [Pantalla libre] Disponible en URL: http://es.Wikipedia.org/wiki/Red_de_abastecimiento_de_agua_potable.
102. Moreno, A. Definición de eliminación de excretas o disposición de excretas - saneamiento ambiental. [revista de internet] 2014 [Citado 4 de abril 2014]. [pantalla libre] Disponible en URL: <http://saneamientoambiental.Tripod.com/id5.html>.

103. Diestra, J. Definición de letrina. [artículo científico en internet], 2015 [citado 12 de enero]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Letrina>.
104. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado 2016 Octub. 10]. [1 pantalla libre]. desde URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/.
105. Diaz, R. Definición de leña y carbón. [portada en internet], 2013 [citado abril 13]. [pantalla libre en internet]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.expower.es/combustible-comburente-energia.htm>.
106. Hernández, H. Saneamiento Ambiental, Disposición de excretas. [Documento en internet]. [1 pantalla libre]. [Citado 2016 Noviembre 18]. 2013. Disponible en URL: <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>.
107. Vásquez, T. Definición de combustible. [artículo en internet], 2013 [Citado 12 octubre 2013]. [1 pantalla] Disponible en URL: <http://www.expower.es/combustible-comburente-energia.htm>.
108. Energía eléctrica. Iluminación. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Luz_el%C3%A9ctrica.
109. Florencio M. Diccionario hecho fácil – [información en el internet] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/combustibles-cocinar.php>.
110. Ortiz, L. Definición: de energía eléctrica permanente. [portada en internet] 2013. [citado 12 de julio]. [pantalla libre en internet]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/gulycba/la-energia-40184586>.
111. Alcántara, H: Definición de disposición de basura. [artículo en internet]; 2013 [Citado 11 setiembre de 2013]. [pantalla libre en internet] Disponible desde

- [http://www .slide finder.net/c/collazos relleno/ collazos rellenos/18971127](http://www.slidefinder.net/c/collazosrelleno/collazosrellenos/18971127).
112. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado May. 4.]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: [www.conceptos disposición de basuras. Y desechos](http://www.conceptosdisposiciondebasuras.com).
 113. Flore, S. Definición de recolección y quema de basura [artículo en internet]; 2012 [citado 22 de marzo]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.greenpeace.org/México/es/campanas/tóxicos/basura-cero/>.
 114. Franci J. Definiciones de frecuencia de Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. [Citado 2017 Noviembre 15]. Disponible en ULR: [hppt://definiciones.de/ recolección/](http://definiciones.de/recoleccion/).
 115. Hipólito, A. Definición diseño de rutas de recolección. [Internet], 2014. [citado 15 de Diciembre 2017]. Disponible en URL: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjABOAO&url=http%3a%2f%2fvirtual.cocef.org%2fdocumentos_digitalizados%2fCursos_Talleres%2FResiduos_solidos%2FArchivos_primer_dia%2FDISENO_RUTAS_RECOLECCION.doc&ei=RptnVYekOcS0sASz0IO4CA&usg=AFQjCNEIMh8TVG6iBSb5yGmqbF8WB5PT. Ellarvi, A. deposición de excretas en el Perú. [Internet]. 2010 [Citado 2017 Noviembre 23]. Disponible en: [http://coyunturadeposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú](http://coyunturadeposicion.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-peru).
 116. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI- Proyectos de la población [Serie internet] 2015 [citado 20 Noviembre.]. [alrededor de una pantalla]. Perú 2016 Disponible en URL: [<https://www.inei.gob.pe/>].

117. Población y Vivienda 2013/tipo de vivienda según departamentos. Disponible desde:<http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>.
118. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, Perú: Estimaciones y proyecciones de Población [documento en internet], 2016 [citado 11 de enero] [alrededor de la pantalla] Disponible en URL: [<https://www.inei.gob.pe/>].
119. Encuesta Nacional de los Hogares (ENAHO). Población y vivienda en el ámbito de influencia de los Tambos en el año 2015. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_06_05pdf
120. Instituto Nacional de Estadística Informática INEI, CEPAL – Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 – 2025. Urbana – Rural 1970 – 2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Lima, septiembre 2012. Disponible en URL.: [<https://www.inei.gob.pe/>].
121. Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares, “Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico” 2010-2016 <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletinaguaySaneamiento.pdf>.
122. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentaciontambos.Pdf>.
123. Encuesta Nacional de los Hogares (ENAHO). tipo de combustible para cocinar en el año 2016. Disponible desde: http://www.la-razon.com/sociedad/Tipoennergía-combustibleutilizacocinar_0_1708629135.html.
124. SEDAPAL Conexiones domiciliarias Disponible en <http://www.google.com>

/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http
%3A%2F%2Fwww.sedapal.com.pe%2FContenido%2Flicitaciones%2FLPI002
2 011-JICAKFW%2FVOLUMEN%25202%2FESPECIFICACIONES%2520
TECNICAS%2F19%2520Conexiones%2520Domiciliarias.pdf&ei=PhKNVfSb
GcaYNvD2gCg&usg=AFQjCNEc9pw0C3kk1XCLNh6FYm6KOIEOrw&sig2
=VLe6MfXIRkt0oGpe6GK3ww&bvm=bv.96782255,d.eXY.

125. Encuesta Nacional de Programas Estratégicos – ENAPRE - Viviendas con acceso al servicio de energía eléctrica en el año (2011 – 2015). Disponible en: [https://www.cne.cl/wp-content/uploads/2016/AnuarioCNE2015Final-Castellano .pd1](https://www.cne.cl/wp-content/uploads/2016/AnuarioCNE2015Final-Castellano.pdf) 1.-
126. Justo L, Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz – Sector Lirio Ruri – Independencia –Huaraz, 2014. Pag. 96.
127. Espinoza, V. Determinantes de la Salud de los adultos del Centro Poblado de Canshan - Caserío de Matarapampa – Independencia - Huaraz, 2014. Pag. 82
128. Jaramillo, N. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Pampamaca Sector E- Carhuaz, 2014. Pag. 84.
129. Guevara, D. “Determinantes de la Salud en Adolescentes de Segundo Año de Secundaria. Institución Educativa San Pedro – Chimbote 2015”. [Tesis para optar el título Profesional de licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú, 2017. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 18 de agosto]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
130. Ascona, W. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Luis Antonio paredes Maceda sector 8 – Piura, 2013. [tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú:

- Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote;2016, [Citado 2016 Septiembre 2] Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040300>.
131. Hipolito, 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 Set 20] Disponible en: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000042303.
132. Julca, H. Definición de fumar. [artículo en internet];2012. [citado 10 octubre] [Pantalla libre] Disponible en URL: <http://educavital.blogspot.com/2012/10/concepto-de-fumar.html#sthash.RF4EkzoX.dpuf>.
133. Peña, Y. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo _ Chimbote, 2016. [tesis para optar el título de licenciado en enfermería].Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote;2016, [Citado 2017 Noviembre 30] Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000043787>.
134. Ley N° 28705, Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco. Disponible en URL:
http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/Ley_28705.pdf
135. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de Alcohol. [Serie Internet]; 2011 [Citado 11 octub 2014]. Disponible desde el URL:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>
136. Días, M. Definición de alcoholismo, [serie de internet] 2011. [Citado 12 de junio de 2011]. [pantalla libre] Disponible en URL:<http://dialnet.unirioja.es/>

servlet/articulo?codigo=2359889.

137. Definición _ Cuidados Médicos. Conceptos [Artículo en internet] 2008. Disponible en URL: [es. Phht.www.org/examen. Medico permanente/ exámenes médicos](http://es.phht.org/examen.Medico%20permanente/exámenes%20médicos).
138. Conceptos Actividad Física. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ actividad física](http://es.wikipedia.org/Wiqui/actividad%20física).
139. Fundación Española del Corazón. Sedentarismo. [Serie internet]. [Citado 2013Jun. 13]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible desde la URL: [http://www. Fundacióndelcorazón.com/prevención/riesgocardiovascular/falta-ejercicio-seden tarismo.html](http://www.Fundacióndelcorazón.com/prevención/riesgocardiovascular/falta-ejercicio-seden%20tarismo.html).
140. Espinoza, G. Definición de caminata. [artículo en internet]; 2011. [citado el 12 de diciembre]. [pantalla libre] Disponible en URL: [http://www. Definicionabc .com/deporte/caminata.php](http://www.Definicionabc.com/deporte/caminata.php).
141. Maslow, A. Definición de sueño [documento en internet] 2016 [citado 20 de mayo de 2016] [pantalla libre] Disponible en URL: [http://www2. Ulpgc .es/ mdescargadirect a.ph p?codig o_archivo=4471](http://www2.Ulpgc.es/mdescargadirecta.php?codigo_archivo=4471).
142. Diaz, B. Definición de sueños [artículo en internet], 2016 [Citado 17 de mayo de 2016]. [pantalla libre] Disponible en URL: [http://definicion.de/suenos/#ixzz3 bY8mbSGO](http://definicion.de/suenos/#ixzz3bY8mbSGO).
143. Saludemía. Definición de Dormir y Sueño – Salud y Descanso [Artículo en internet]; 2011 [Citado 18 octub 2014]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL: [hppt/www.Conceptos dormir-descanso-Salud](http://www.Conceptosdormir-descanso-Salud).
144. Vega, T. Definición de sueño [artículo Internet], 2011. [Citado 22 Febrero de 2011]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL:- [http:// vivirsalud .imujer](http://vivirsalud.imujer)

- .com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir
145. Jara, M. Concepto de higiene [documento en internet] 2013 [Citado 13 enero] [pantalla libre en internet] Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/higiene#ixzz3bjlxkMRL>.
 146. Ghazoul, F. Higiene y cuidado del cuerpo. [Documento en internet]. Disponible desde: <https://sites.google.com/site/actfissal/higienepersonal>.
 147. Definición ABC. Conceptos Aseo Personal. – Importancia para la Salud [Artículo en internet]. [citado 05 octub 2014]. [alrededor de 1 planilla]. Disponible en: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/aseo>
 148. Diccionario Infobae. Definición de Chequeos médicos preventivos [Artículo en internet]; 2013 [citado 09 octub 2014]. Disponible en: <https://www.infobae.com/?noredirect>
 149. Ghazoul, F. Higiene y cuidado del cuerpo. [Documento en internet]. Disponible desde: <https://sites.google.com/site/actfissal/higienepersonal>.
 150. Angeles, M. Reconocimiento médico [artículo en internet]. [citado 27 de julio 2013]. [1 Pantalla] Disponible desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_medico.
 151. Cosas de salud.com La importancia de consumir alimentos saludables [página internet]. 2015 [Citado 18 de Junio 2016]. URL: Disponible en: <http://www.Cosasdesalud.es/importancia-consumir-alimentos-saludables/>
 152. Conceptos Básicos de alimentación y Nutrición, Universidad Nacional de Colombia Educación Comunitaria Línea de Promoción y Prevención por la salud y la vida Digna. Disponible URL: de <https://es.slideshare.net/adrysilvav/alimentos-nutrientes>.

153. Ministerio de Salud. Concepto de Etapa de Vida Adulto. [Documento en internet]; 2013. Perú [citado Nov. 08]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18676>
154. Basulto, J. Definición y características de una Alimentación Saludable. [Documento en Internet]. España 2013. [Citado 2013 May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: http://www.grepedn.es/documentos/Alimentación_saludable_pdf.
155. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable. [Artículo en internet]; 2005 [Citado Nov 04 2014]; 2005. Perú. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/245888341/Orientaciones-Tecnicas-Para-La-Promocion-de-La-Alimentacion-y-Nutricion-Saludable>.
156. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería mención Gestión en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
157. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2015, Disponible URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf
158. El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 de la población adulta de las zonas rurales ejercicio físico [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: www.inei.gob.pe/ejercicio_fisico_Recursivo/digitales/Lib1152/libro-pdf.

159. El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 horas promedio de sueño en Ancash [Documento en Internet]. [Citado Julio. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: www.inei.gob.pe/sueño/Número de horas Recursivo/digitales//Lib1153/libro.pdf.
160. El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 hogares higiene personal en la zona rural de Ancash [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 20]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: www.inei.gob.pe//Higene personal Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf.
161. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 examen médico periódico en las zonas rurales [Documento en Internet]. [Citado Julio. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: www.inei.gob.pe// examen médico Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf.
162. El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 de la población adulta de las zonas rurales ejercicio físico [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: www.inei.gob.pe// ejercicio físico Recursivo/digitales//Lib1152/ libro-pdf.
163. Jaramillo, N. “Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2014”, Huaraz – Ancash, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote” Pag. 101, Disponible en URL: [http/ erp. uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/).
164. Zavaleta, S. Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote – Perú, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote - Perú, 2017, Universidad católica los Ángeles de Chimbote. [citado 11 de diciembre]

- Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
165. Valdez, N. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo la Capilla – Samanco. 2017. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú, 2017, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 5 de enero] Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
 166. Pinedo, P. Determinantes de la Salud de los Adultos Asentamiento Humano Nuevo Moro – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería] Chimbote Perú, 2015. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citado 7 de marzo]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/.
 167. Martina, M. “Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Lima_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.
 168. Remuzgo, A. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001 - 2002 . [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería] [consultado 22 Diciembre 2017]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo_aa/T_completo.PDF
 169. García, A. Estudio Soporte Social en Adultos Diabéticos No Insulina

- Dependientes que Pertenecen a un Club de Apoyo para el Adulto Diabético, Lima -2013. [Para optar el grado de Licenciada en Psicología,]. [Pontificia Universidad Católica del Perú]. Disponible en: tesis.pucp.edu.pe/.../GARCIA_ROMAN_ANDREA_ADULTO_DIABETI.
170. Domínguez, J. Apoyo Social, Integración y Calidad de Vida de la Mujer Inmigrante en Málaga-2010. [Tesis Doctoral]. [Universidad de Málaga].
171. Vásquez E. Programas sociales ¿De lucha contra la pobreza?: Casos emblemáticos. Consorcio de investigación económica y social, Universidad del Pacífico 2008.
172. Jiménez, L. Determinantes de la Salud en Adultos maduros sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
173. Martina, M. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud, Lima -Perú, 2012.
174. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; Pag. 149 (3):1- 16.
175. Diaz, B. Concepto de pensión 65. [artículo en internet], 2011. [citado 11 mayo] [alrededor de la pantalla de internet]. Disponible en URL: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>.
176. Maguiña, k. Definición de comedor popular [artículo científico en internet], 2017. [citado 10 de diciembre de 2010] Disponible en URL: http://www.munisanignacio.gob.pe/index.php?Option=com_content&view=article&id=185:comedores-populares&catid=31.

177. Definición de apoyo de la familia. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencia-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1-1/13.1.2bfque-es-el-apoyo-social>.
178. Martínez, J. Definiciones de salud [artículo en internet], 2016. [citado 13 de octubre]. [pantalla libre] Disponible en URL <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>.
179. Huerta, Y. Definición de Puesto de Salud [artículo en internet], 2013. [citada 25 de mayo]. [pantalla libre]. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/ERS_09/digitormas.pdf.
180. Morales, J. Redes de apoyo social. [Documento en internet]. [citado 18 de Nov. 2013]. Disponible en: www.ilustrados.com/tema/11132/Sobre-apoyosocial.html
181. Ministerio de Salud. (MINSA). Concepto de Seguro Integral de Salud (SIS) [portada en internet]; 2013_Perú [citado 2014 agost. 27]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html.
182. Ministerio de Salud. (MINSA). Define la atención primaria de Salud y el desarrollo de la comunidad. [Documento en internet]; 2013_Perú [citado 2014 agost. 28]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
183. Seguro Integral de salud (SIS). Definición seguro de salud. [Artículo en internet]; 2008_Perú [citado 2014 agost. 30]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/SIS/decretos_y_Ordenanzas_Gubernamentales.
184. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): definición tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento de salud. [serie en Internet], 2012 [citado Junio 27]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.

185. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra; 2013.
186. Benites, F. Concepto de Espera [artículo en internet], 2015[citado 28 de septiembre de 2011] [pantalla libre en internet] Disponible en <http://sobreconceptos.com/espera#ixzz3dT5UITS4>.
187. Camones, P. Concepto de calidad de atención [artículo en internet], 2014. [citado 11 julio de 2012]. [1 pantalla]. Disponible desde <http://es.slideshare.net/jcfdezmxvtas/calidad-en-la-atencion-al-cliente>.
188. Uniregistry Corp. Definición–Calidad, Salud. [Serie en Internet]; 2013. [Citado 2014 julio 22]. Disponible en: <http://www.definicion/calidad/salud/2013.html>.
189. Pandillas Juveniles [pantalla de internet] [citado 28 julio 2006] Disponible desde: <http://blog.pucp.edu.pe/item/6107/pandillas-juveniles-definicion-y-causas>.
190. Meza, J. Definición Pandillaje. [Monografía de Internet]; 2013. [Citado 17 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos53/pandillaje-Peru/pandillaje-peru.shtml>.
191. Chávez, N. Reporte de pandillaje. [Serie en Internet]. [Citado set. 6]. [1 pantalla libre] Disponible en URL: <http://es.scribd.com/doc/7793639/Pandillaje#scribd>.
192. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Boletín Especial No. 19. "Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. Urbana y Rural por sexo y edades. Quinquenios, según Departamento, 2000-2015". Lima.
193. La Región S.A. Historia de las ONG, 2015. <http://www.laregion.es/articulo/>

xornal escolar/ historia ong/20160511181904621058.html.

194. Programas sociales del INEI, Migraciones Internas en el Perú. Lima-Perú, 2015. Disponible: <http://www.inei.gob.pe/>.
195. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. Fundación Avedis Donabedian, Buenos Aires, 1993.
196. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento. [Serie en Internet]. [Citado Octb.27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.
197. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): [Reporte de pandillaje]. [Serie en Internet], 2014 [Citado set. 10]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL: peru21.pe > ... > Delincuencia es el mayor problema de los limeños.
198. FONCODES. Cocinas Mejoradas. [Internet] [consultado 24 Enero 2018]. Disponible en: <http://intranet.foncodes.gob.pe/haku2016/index.php/blog/2016-02-03-21-24-05/cocina-mejorada>



ANEXO N°1



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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN- SECTOR B-
HUARAZ - ANCASH**

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo de la

Persona:.....

Dirección:.....

I. DETERMINANTESBIOSOCIOECONÓMICO

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Edad:

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

Grado de instrucción:

- Sin nivel ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior universitaria ()

- Superior no universitaria ()

Ingreso económico

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

Ocupación:

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

II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

Tipo de vivienda:

- Vivienda unifamiliar ()
- Vivienda multifamiliar ()
- Vivienda, quinta, choza, cabaña ()
- Local no destinado para habitación humana ()

Tenencia de vivienda:

- Alquiler ()
- Cuidador/alojado ()
- Plan social (dan 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/ teja ()

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

Usted realiza examen médico periódico

Si () No ()

Usted realiza alguna actividad física en su tiempo libre:

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 | |
|---------------------------|--------|---|---------------------------|---|-------------------------|---|------------------------------|---|--------------------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Fruta | | | | | | | | | | |
| Carne (Pollo, res, cerdo, | | | | | | | | | | |
| Huevos | | | | | | | | | | |
| Pescado | | | | | | | | | | |
| Fideos | | | | | | | | | | |
| Pan, cereals | | | | | | | | | | |
| Verduras y hortalizas | | | | | | | | | | |
| Legumbres | | | | | | | | | | |

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y

COMUNITARIAS Percibe algún apoyo social natural:

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

Percibe algún apoyo social organizado:

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

Percibe algún Apoyo social organizado:

- Pensión 65()
- Comedor popular. ()
- Vaso de leche. ()
- Otros. ()
- No recibo ()

Indique en que institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

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

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

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

Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- Sanidad ()
- Otros ()

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

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

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

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

Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda

Si () No ()



ANEXO 2



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN-SECTOR B- HUARAZ, 2018.

Validez de contenido:

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

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

n_e = número de expertos que indican esencial

N = número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN- SECTOR B-HUARAZ (Ver anexo--).

3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - 4 Esencial?
 - 5 útil pero no esencial?
 - 6 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:

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

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

$$\text{Coeficiente de validez total} = 0,7$$

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 03



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE
SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUAMARÍN-
SECTOR B- HUARAZ**

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS:

| Nº | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 | Experto 5 | Experto 6 | Experto 7 | Experto 8 | ne | CVR por pregunta |
|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----|------------------------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0,750 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 6 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0,375 (*) |
| 7.1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 0,625 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 11 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 0,500 (*) |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0,625 |
| 13 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0,750 |
| 14 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 0,625 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| 16 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 20 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 22 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 23 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 24 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 26 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 27 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 28 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 29 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 0,625 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 0,750 |
| $\sum CVRi$ | | | | | | | | | | 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 04



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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS.
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUAMARÍN- SECTOR B- HUARAZ, 2018.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

| VALORACIÓN GLOBAL: ¿El cuestionario está adecuadamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | | |
| Comentario: | | | | | |

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad inter evaluador

Se evalúa aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores

Diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado.

Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los Entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la Confiabilidad inter evaluador.

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|----------------------------|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| evaluador A evaluador B | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| | 30 | 100,0% | 0 | ,0% | 30 | 100,0% |

Tabla de contingencia Evaluador A * Evaluador B

| | Evaluador B | | Total |
|-------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| | No existe acuerdo | Existe acuerdo | |
| Evaluador A No existe acuerdo | 6 | 22 | 28 |
| Existe acuerdo | 2 | 22 | 24 |
| total | 8 | 44 | 52 |



ANEXO N ° 05



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

INFORMADO:

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUAMARÍN- SECTOR B- HUARAZ, 2018.**

Yo,.....acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación.

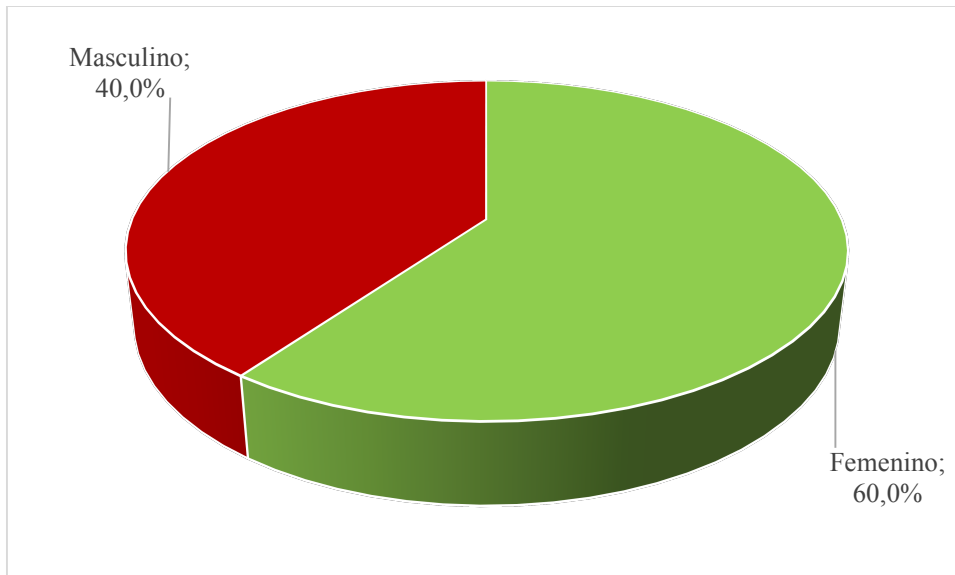
Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

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

FIRMA.....

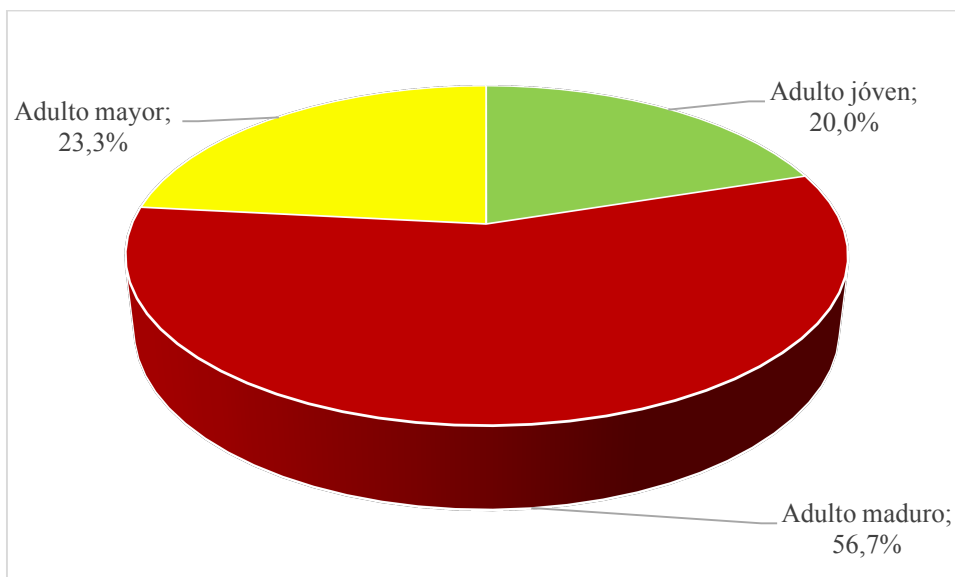
ANEXO N° 06
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONOMICOS

GRÁFICO 1: SEXO



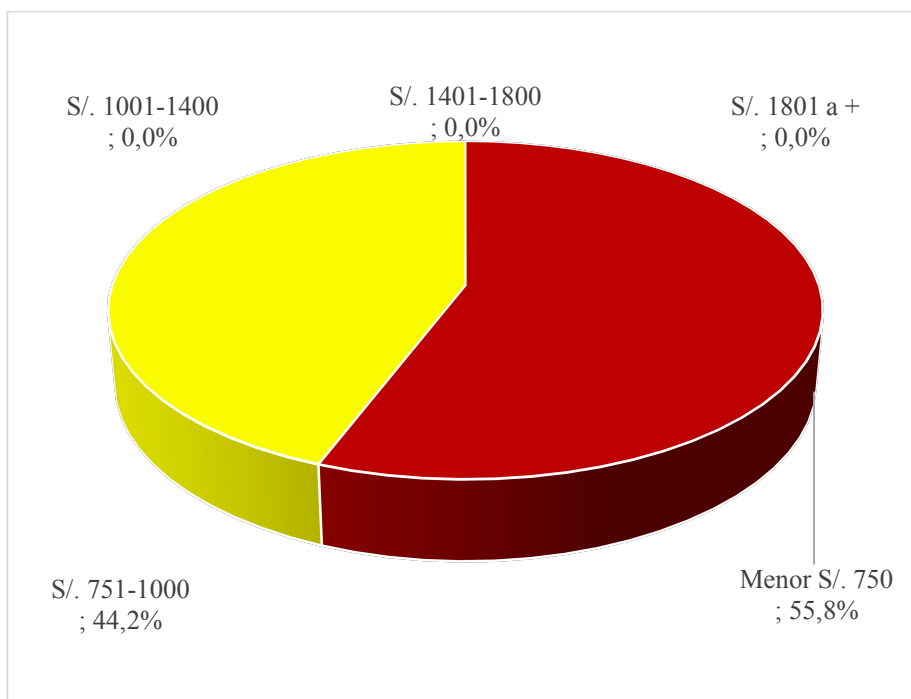
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 2: EDAD



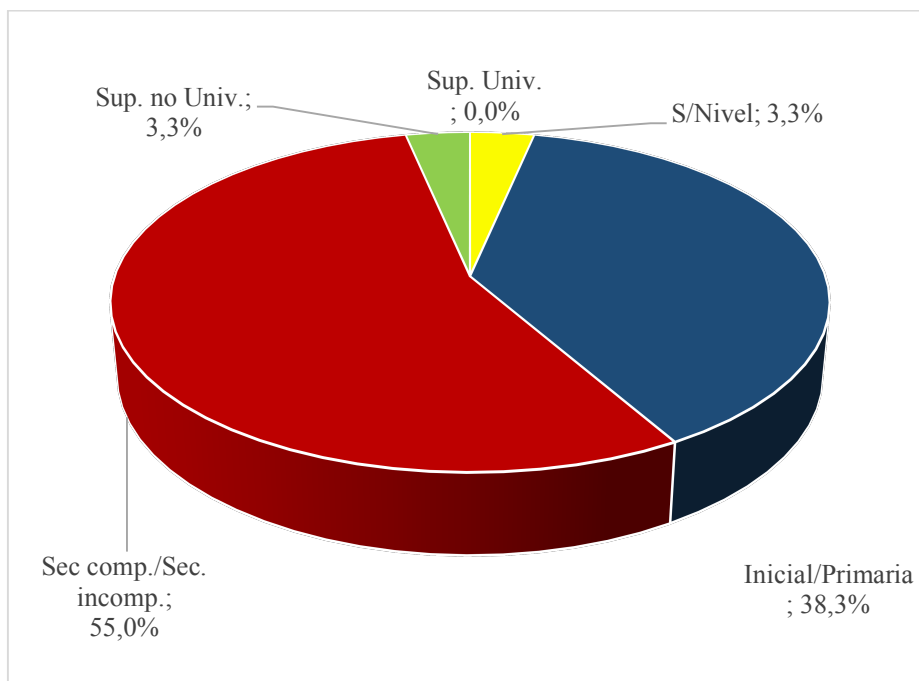
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 3: INGRESO ECONÓMICO (SOLES)



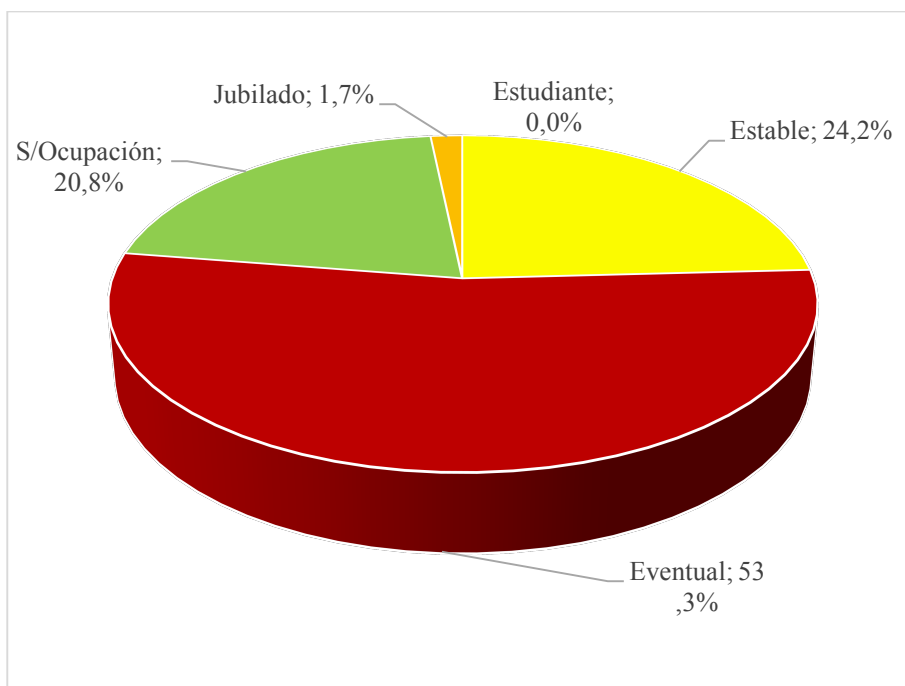
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

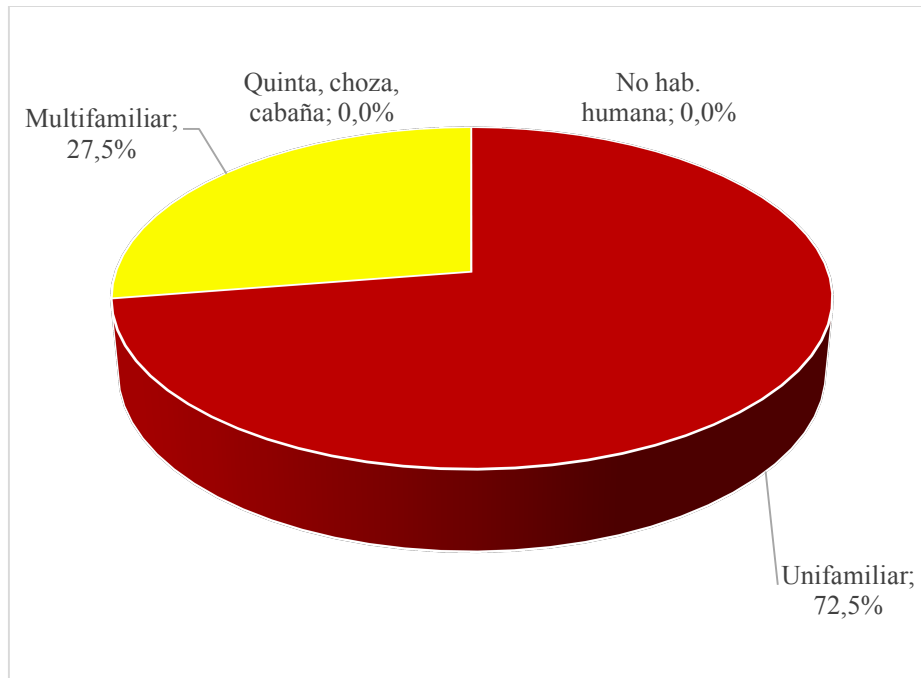
GRÁFICO 5: OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

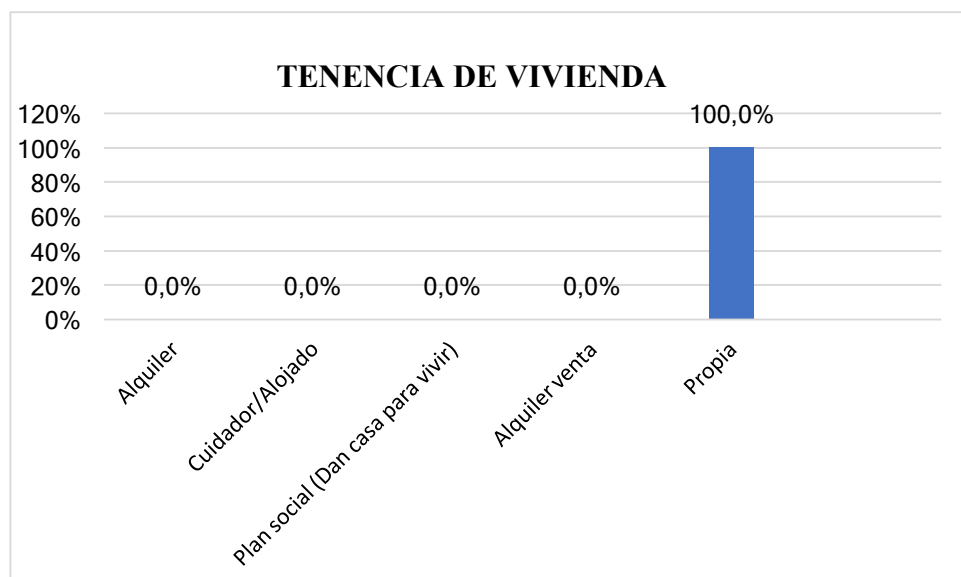
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON EL ENTORNO FÍSICO

GRÁFICO 6: TIPO DE VIVIENDA



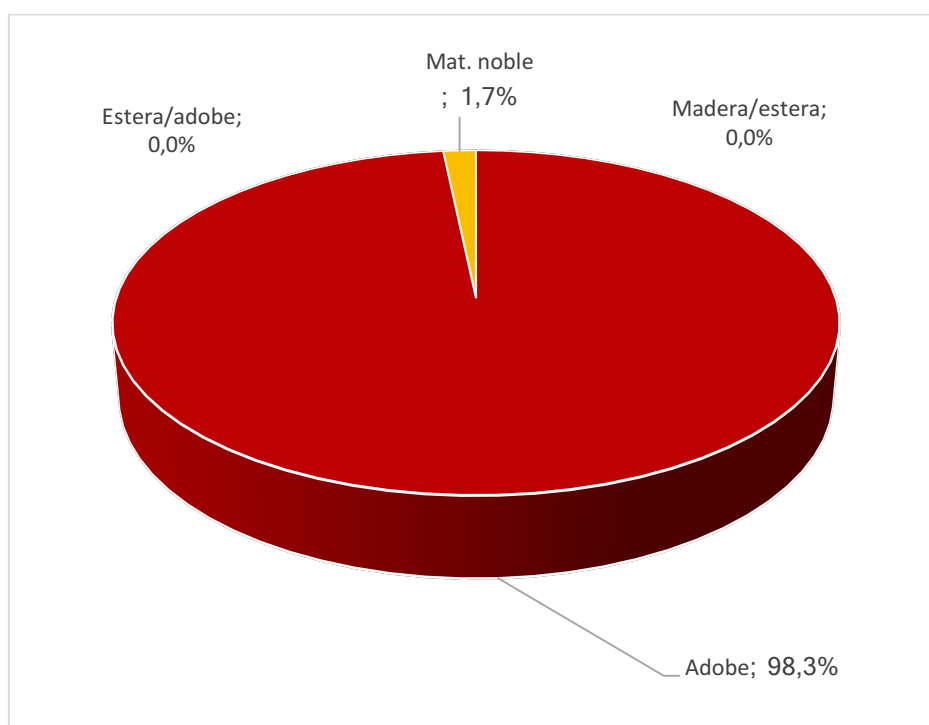
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 7: TENENCIA DE VIVIENDA



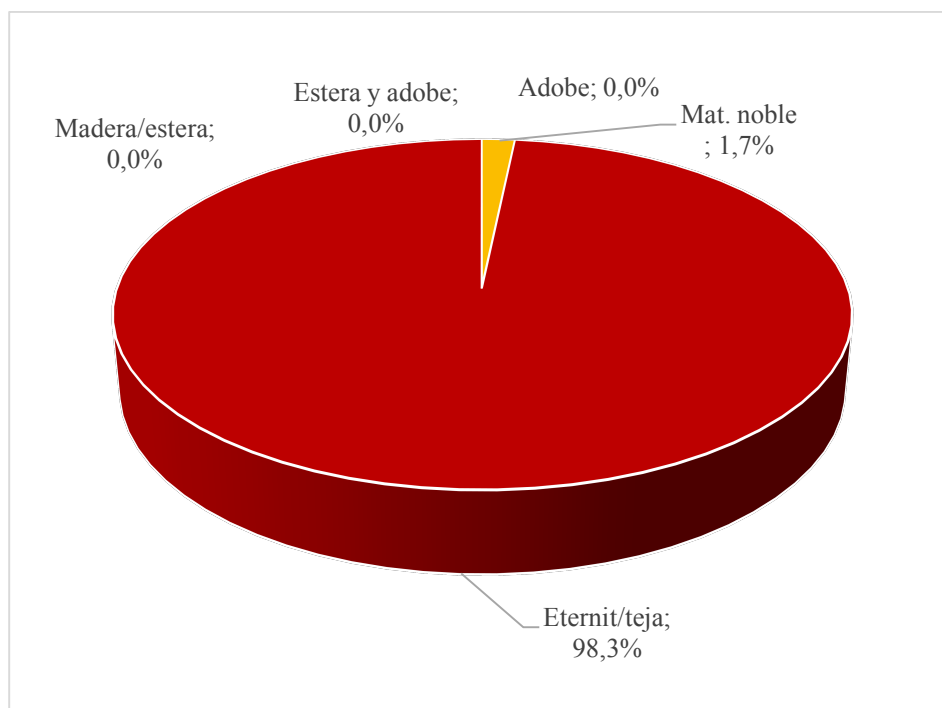
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 8: MATERIAL DE PAREDES



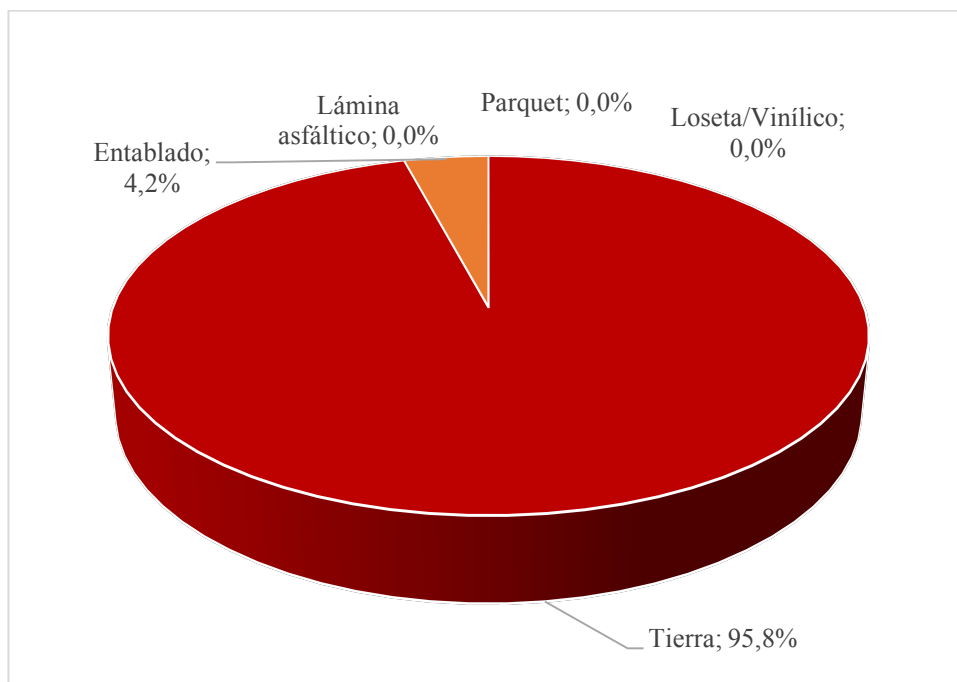
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 9: MATERIAL DE TECHO



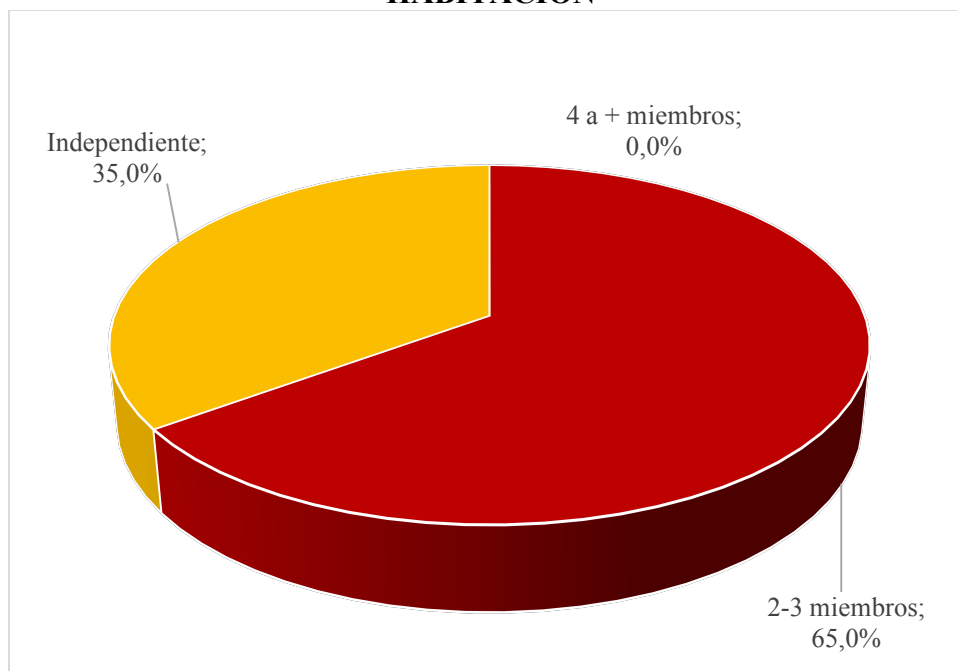
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 10: MATERIAL DE PISO



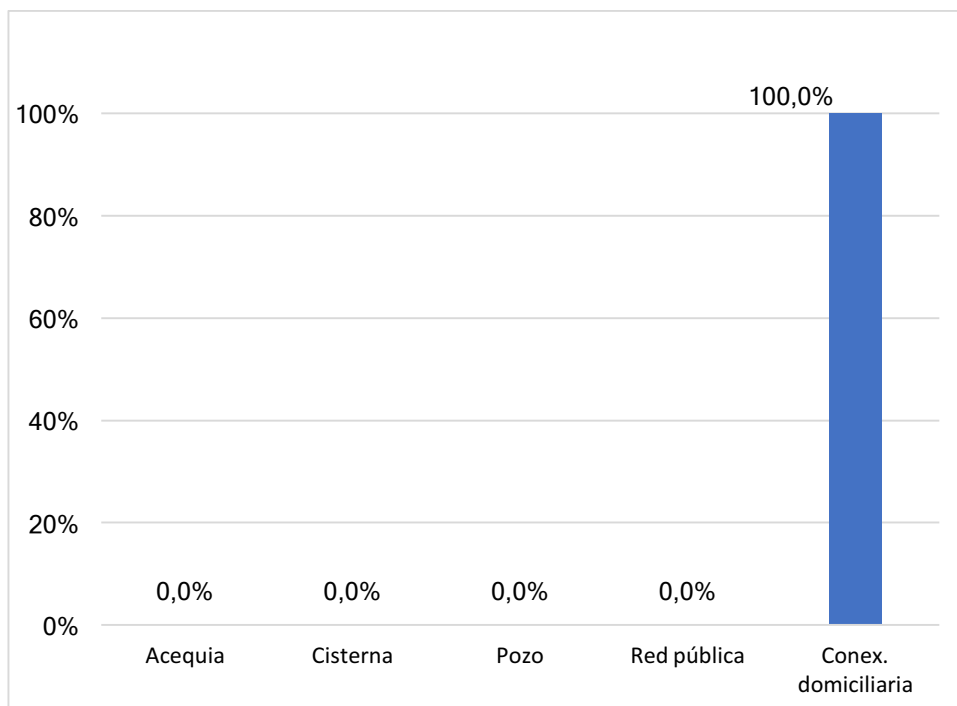
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 11: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN



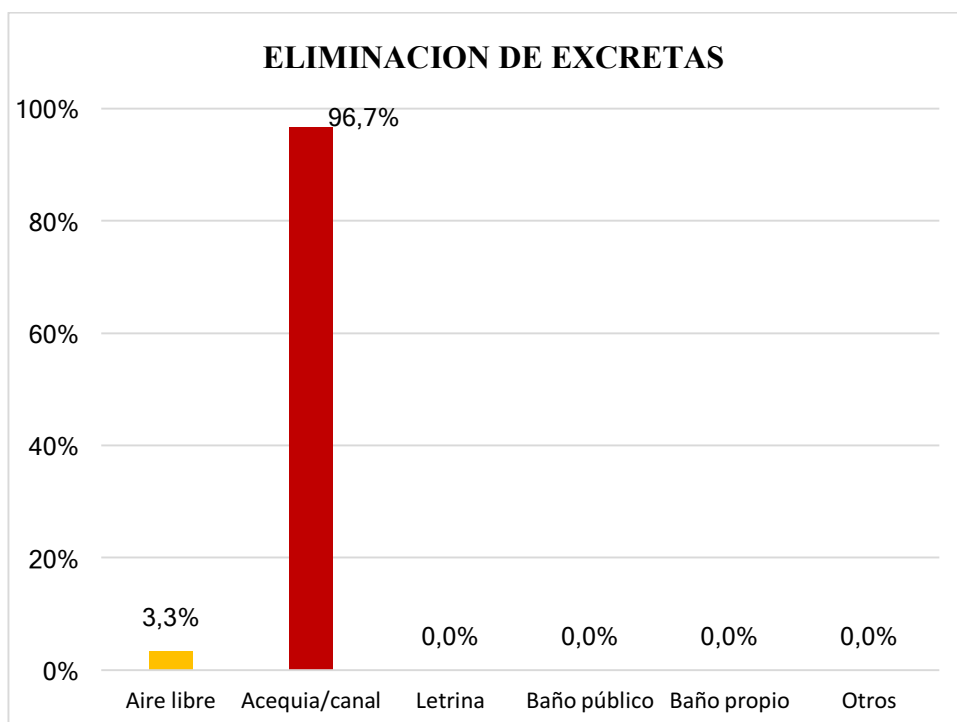
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 12: ABASTECIMIENTO DE AGUA



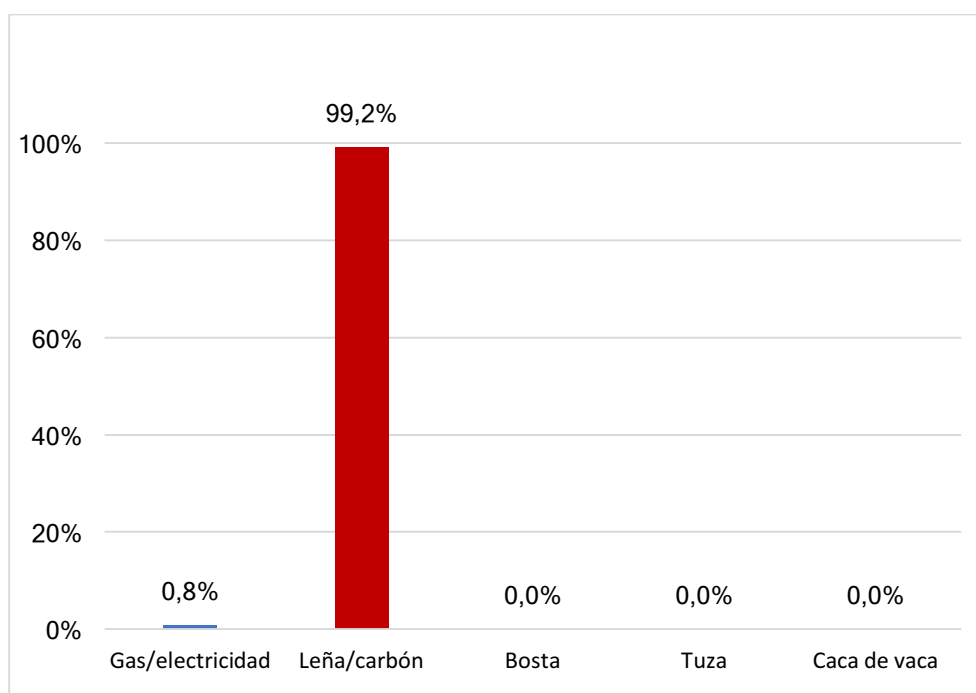
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 13: ELIMINACION DE EXCRETAS



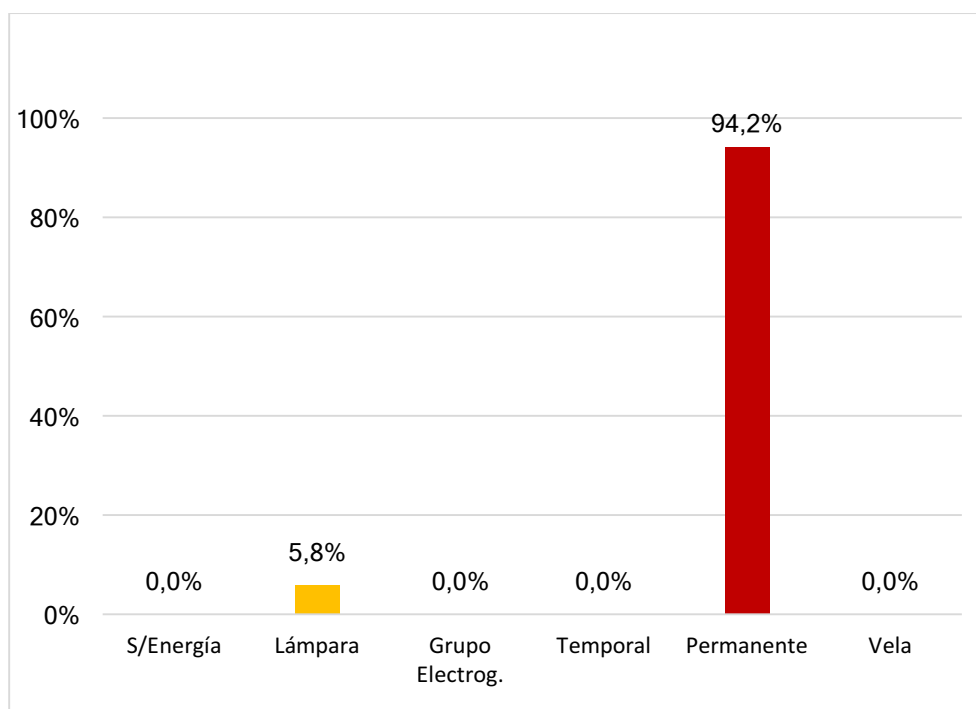
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 14: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



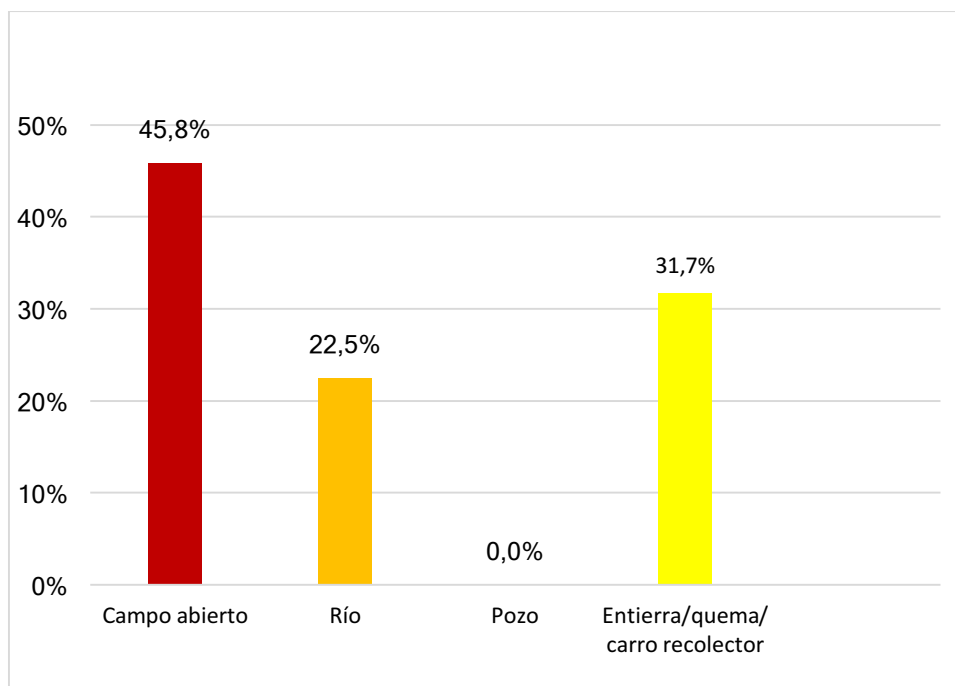
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 15: ENERGIA ELECTRICA



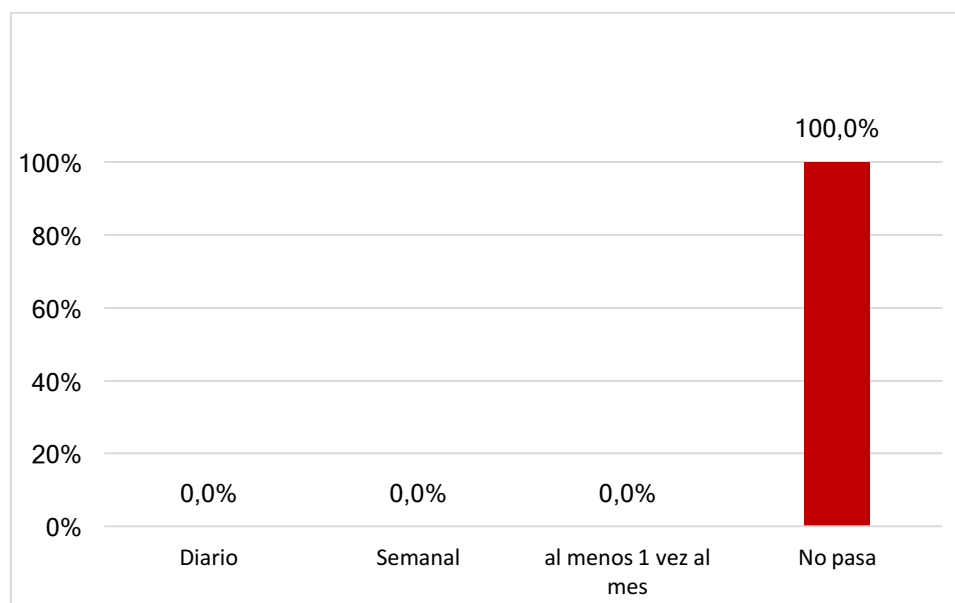
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 16: DISPOSICION DE BASURA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

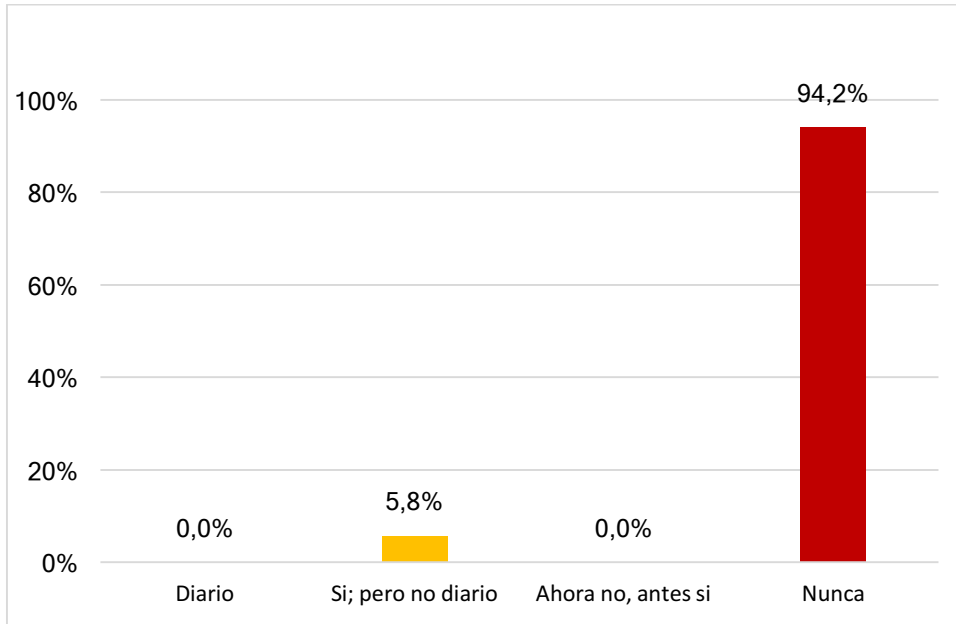
GRÁFICO 17: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 201

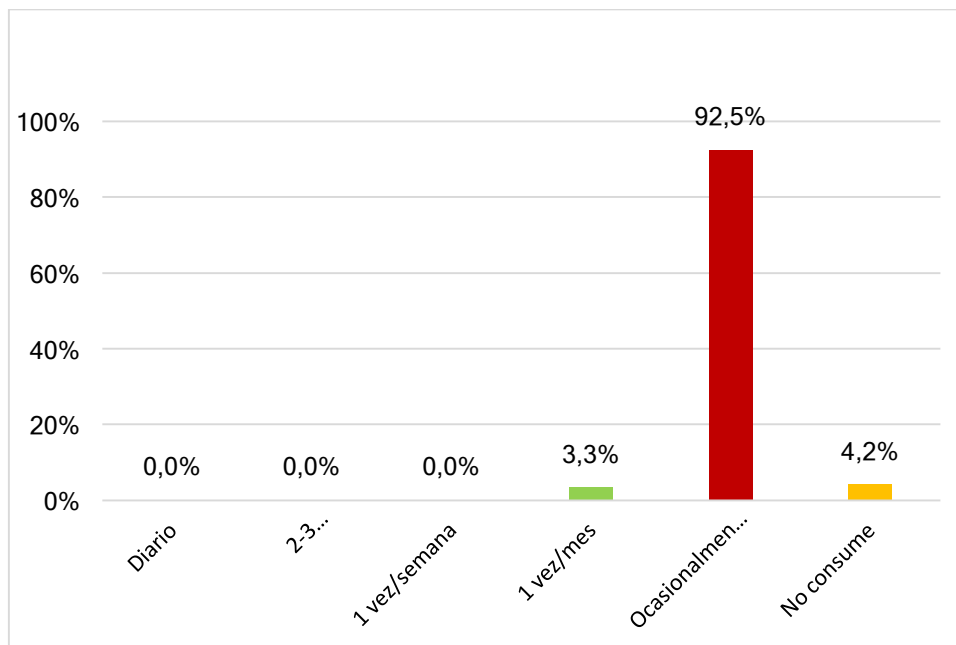
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18: FUMA ACTUALMENTE



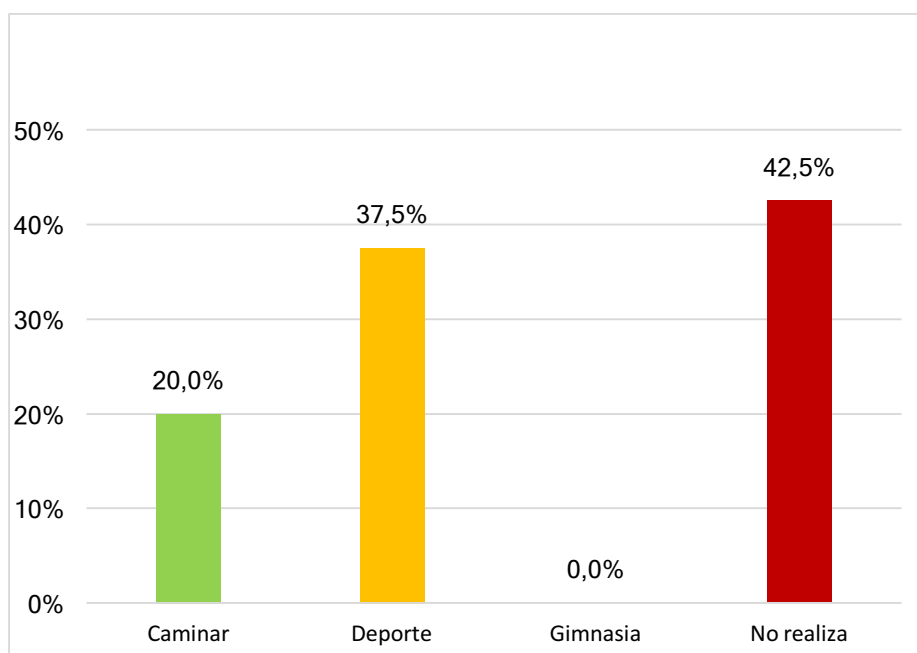
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 19: FRECUENCIA CON QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS



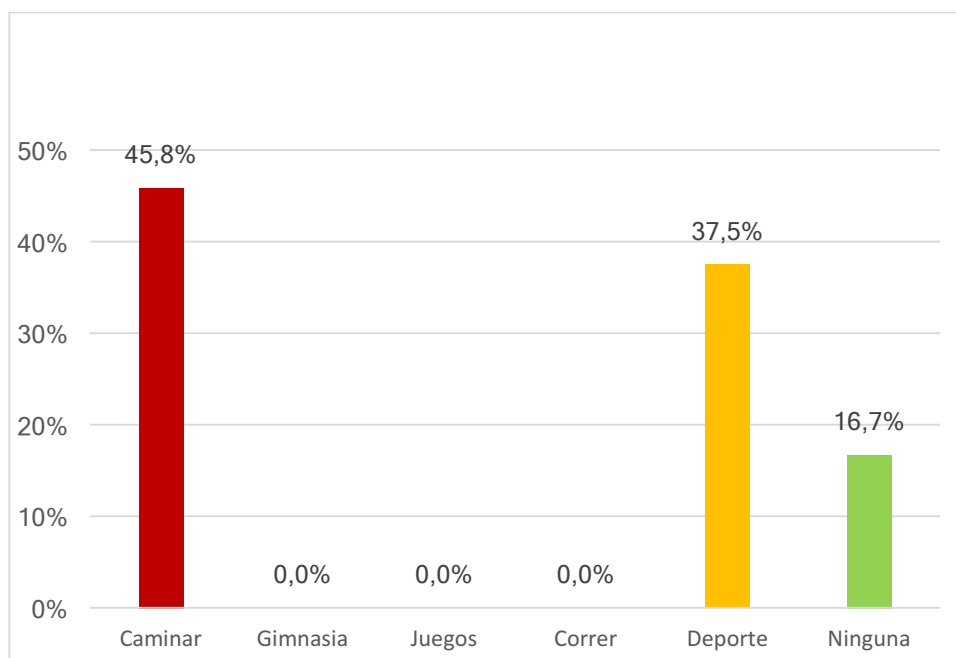
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 20: ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



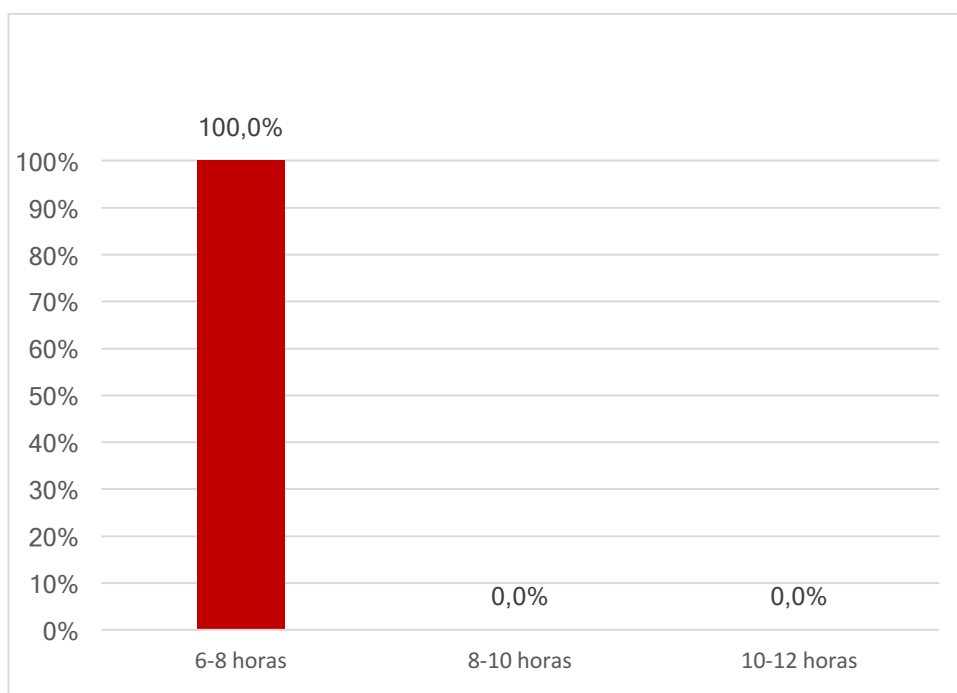
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 21: EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS



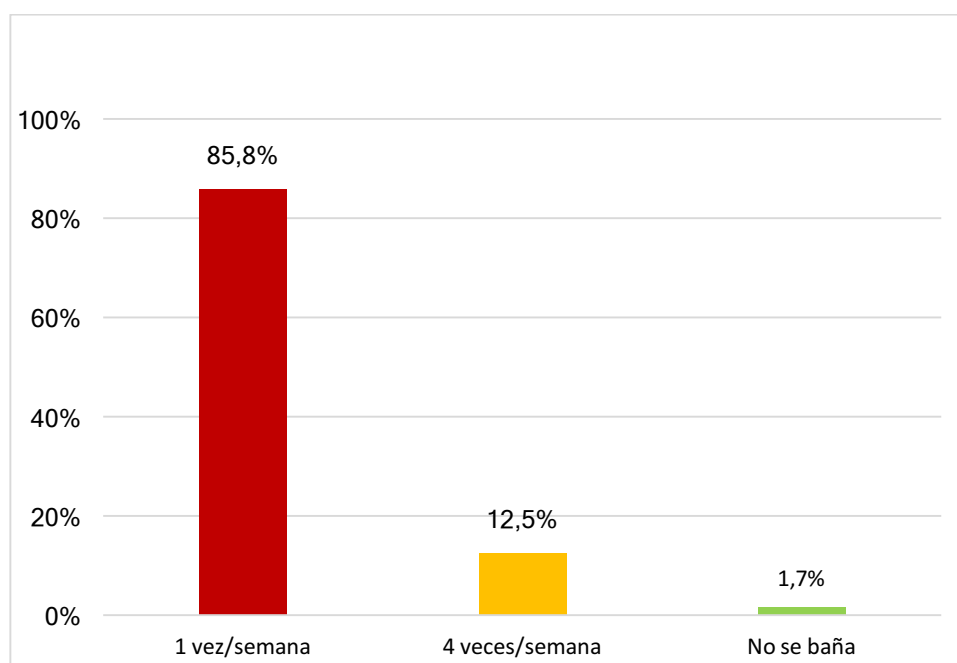
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 22: NUMERO DE HORAS QUE DUERME



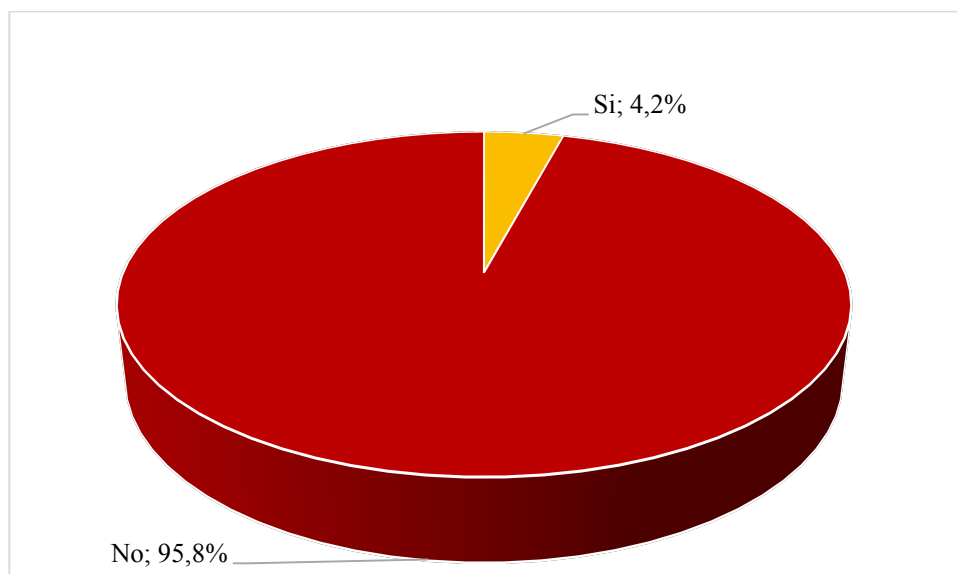
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 23: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



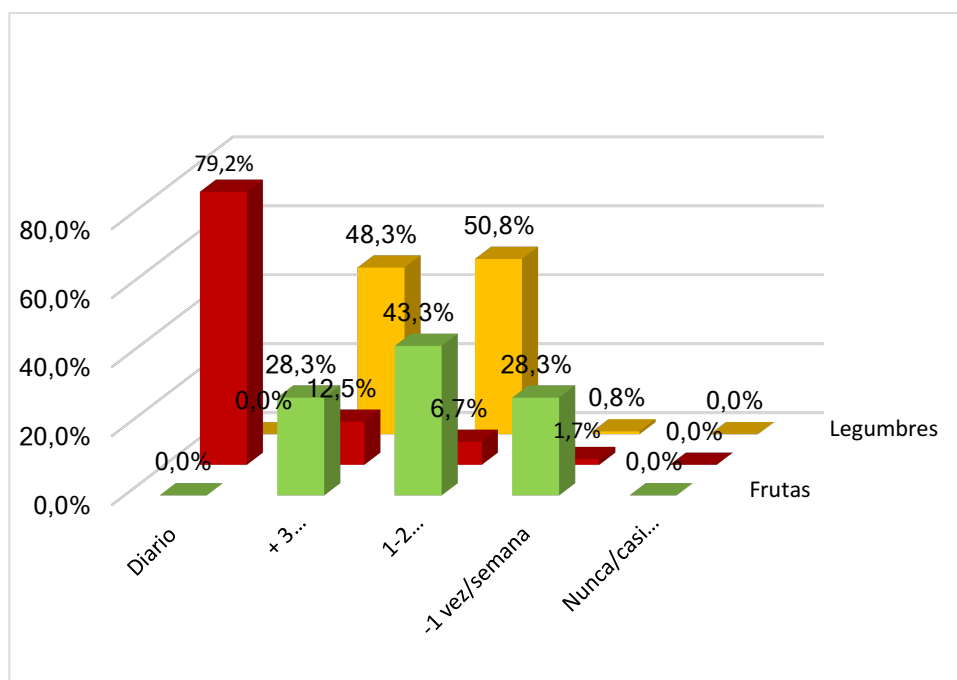
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 24: SE REALIZA ALGUN EXAMEN FISICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



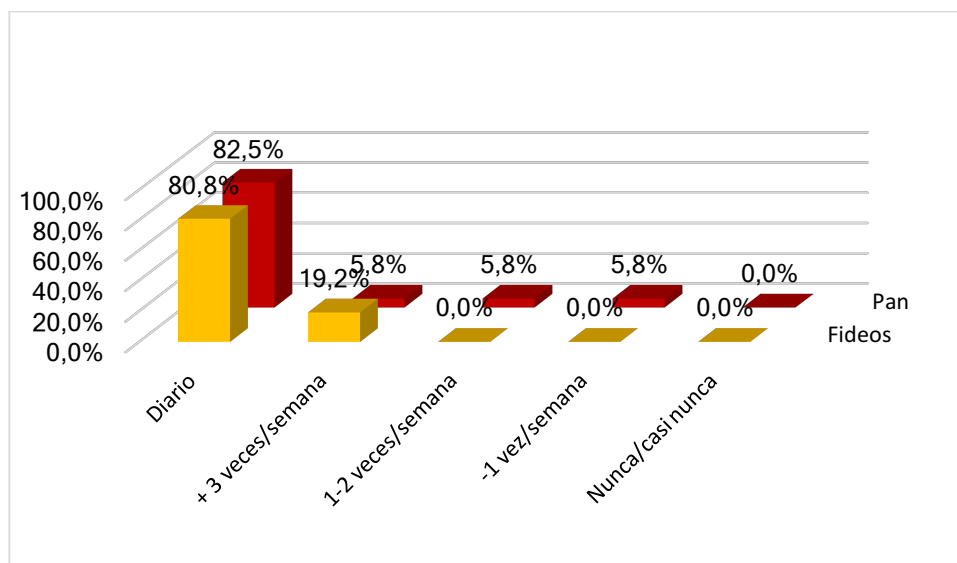
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 25: ALIMENTOS QUE CONSUMEN 3 O MAS VECES A LA SEMANA



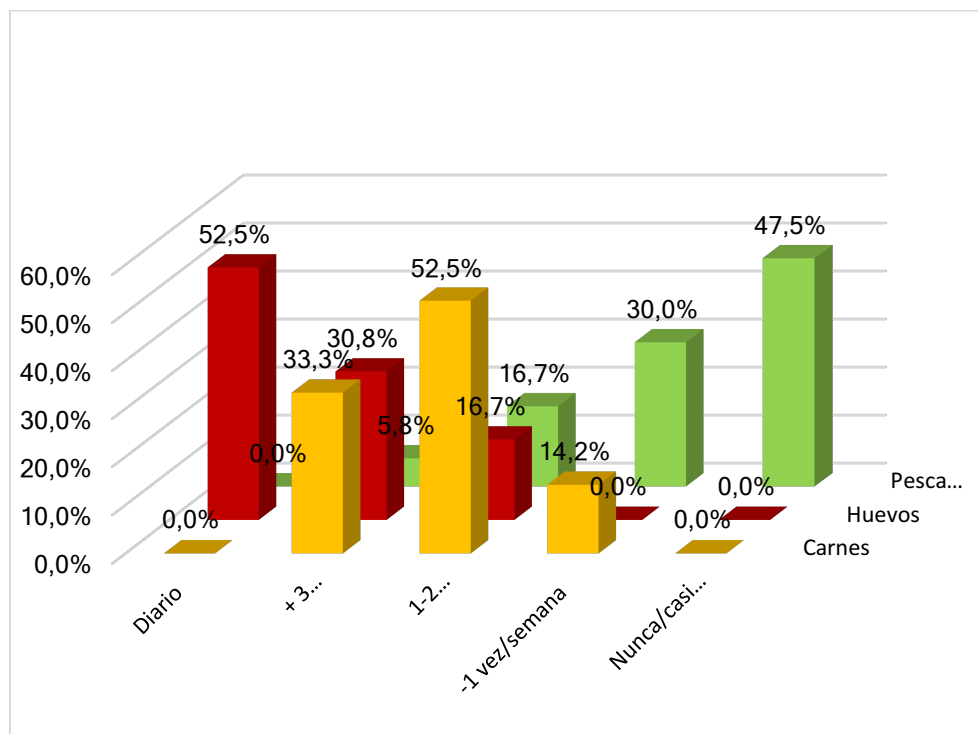
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 26: ALIMENTOS QUE CONSUMEN 1 O 2 MAS VECES A LA SEMANA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

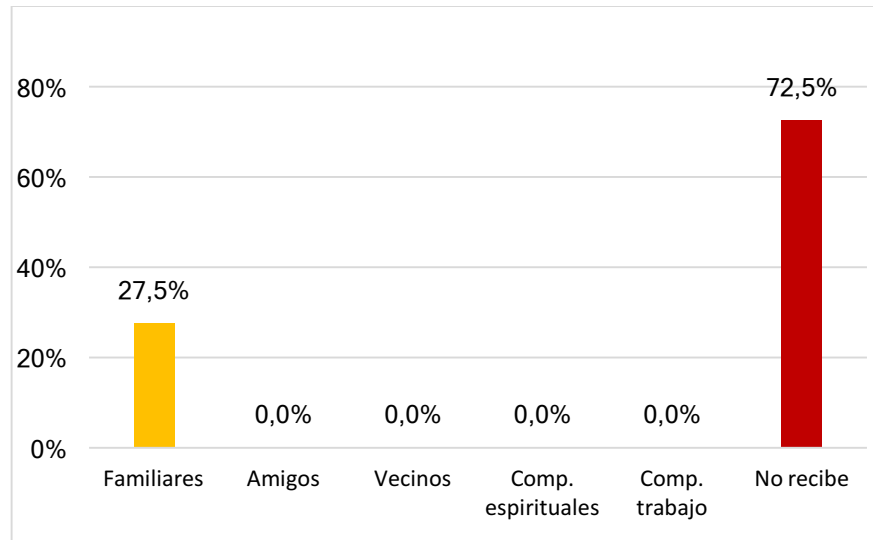
GRÁFICO 27: ALIMENTOS QUE CONSUMEN MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

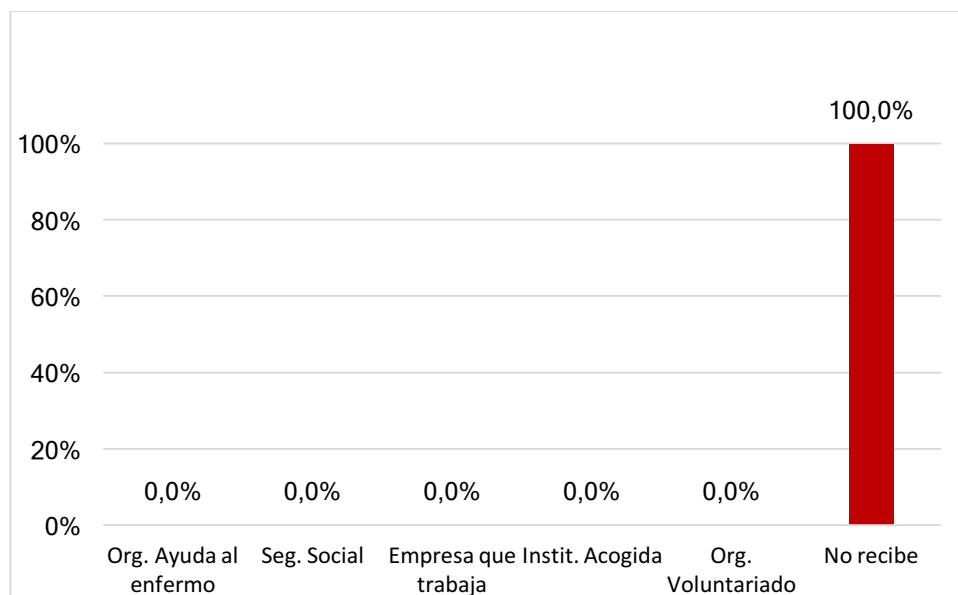
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LA SALUD

GRÁFICO 28: RECIBE ALGUN TIPO DE APOYO SOCIAL NATURAL



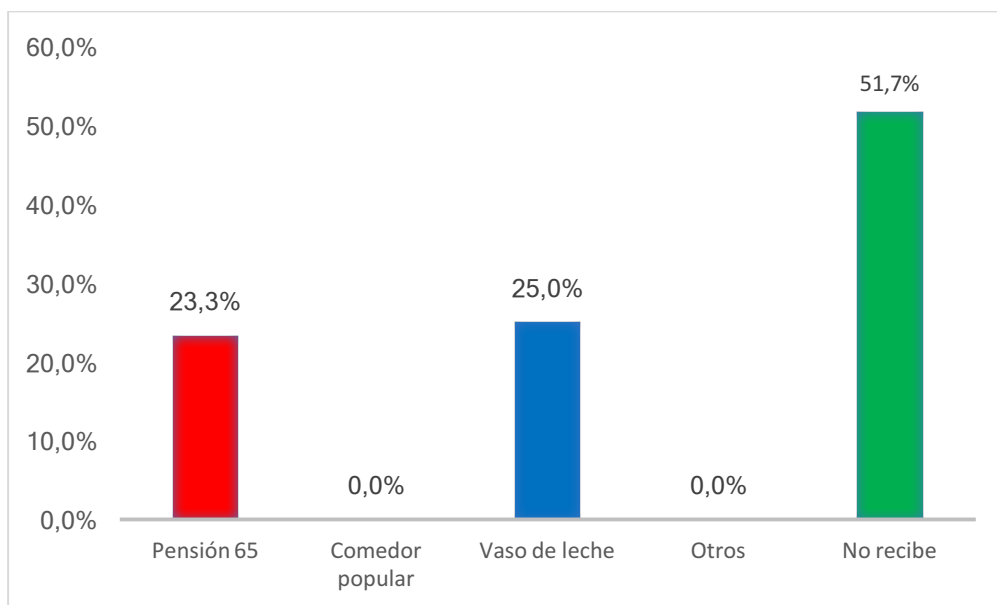
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 29: RECIBE ALGUN TIPO DE APOYO SOCIAL ORGANIZADO



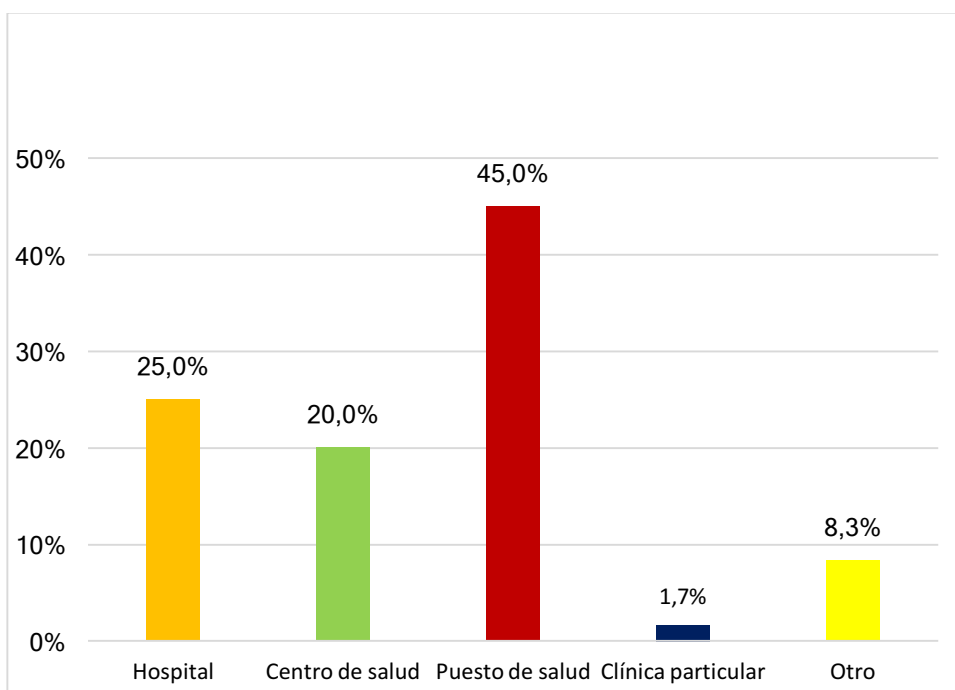
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 30: RECIBE APOYO SOCIAL DE ORGANIZACIONES DEL ESTADO



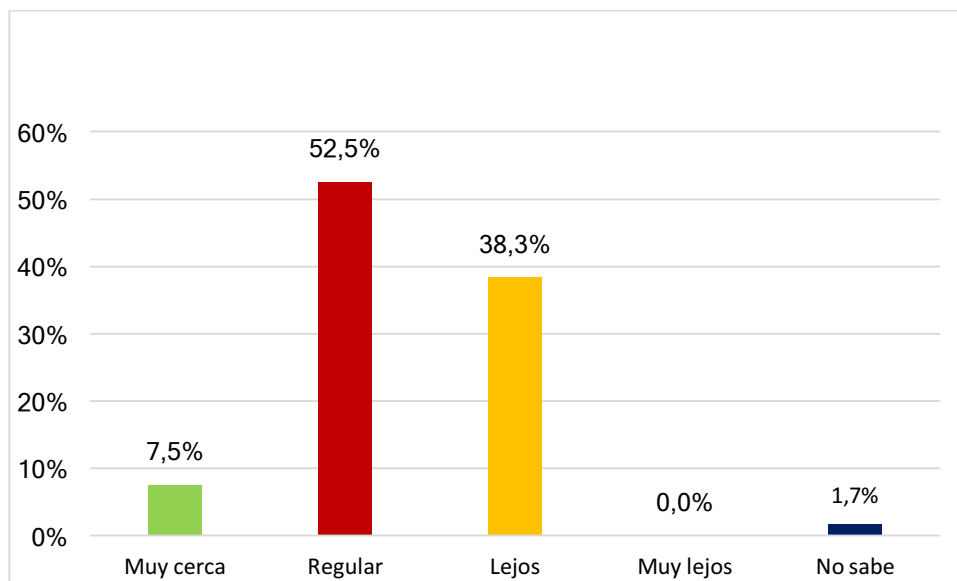
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 31: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS ULTIMO 12 MESES



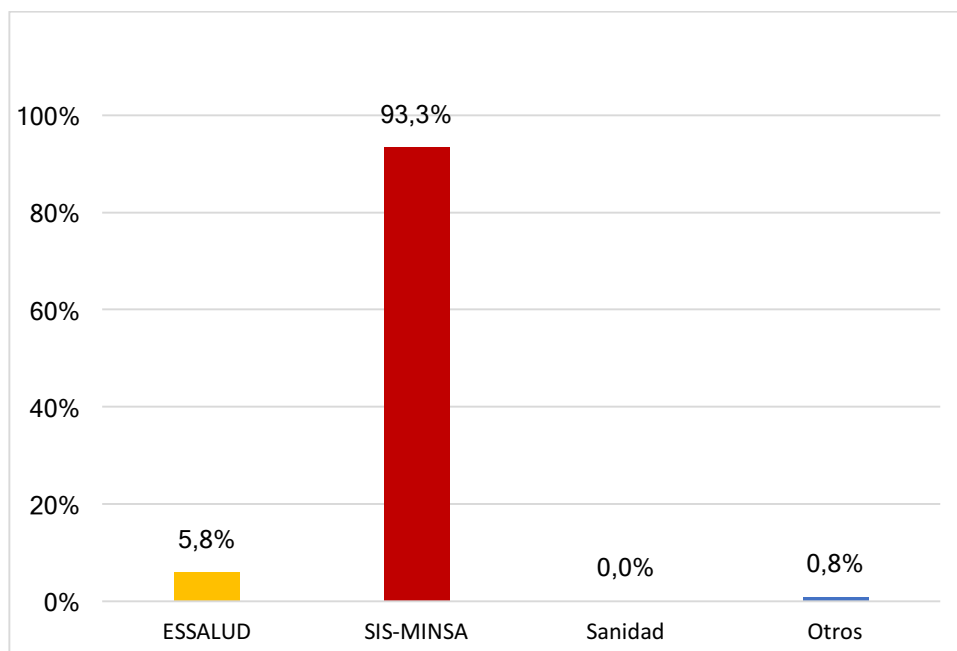
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 32: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTA:



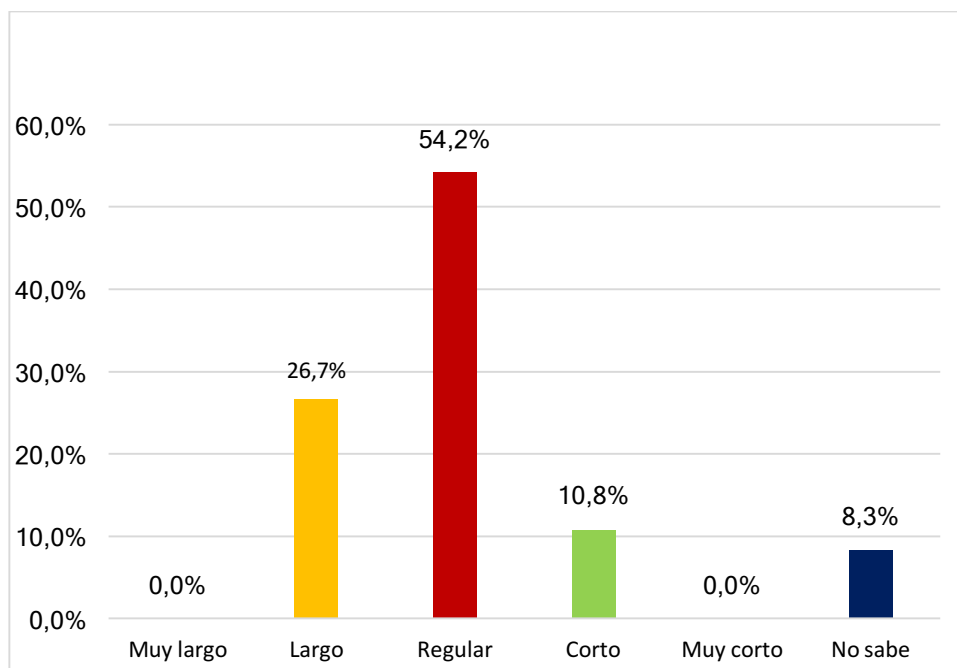
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 33: TIPO DE SEGURO



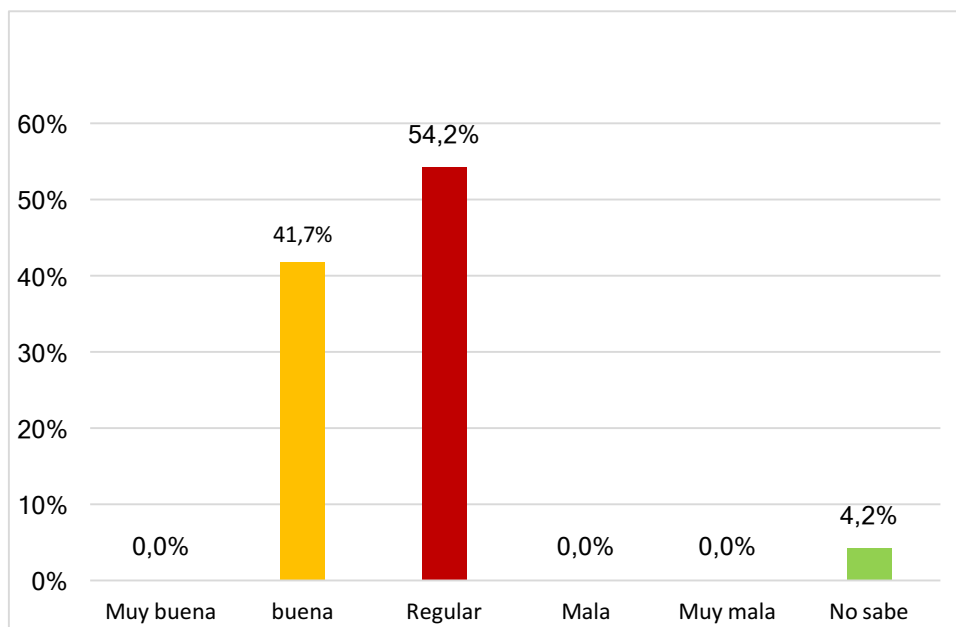
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 34: EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIO?



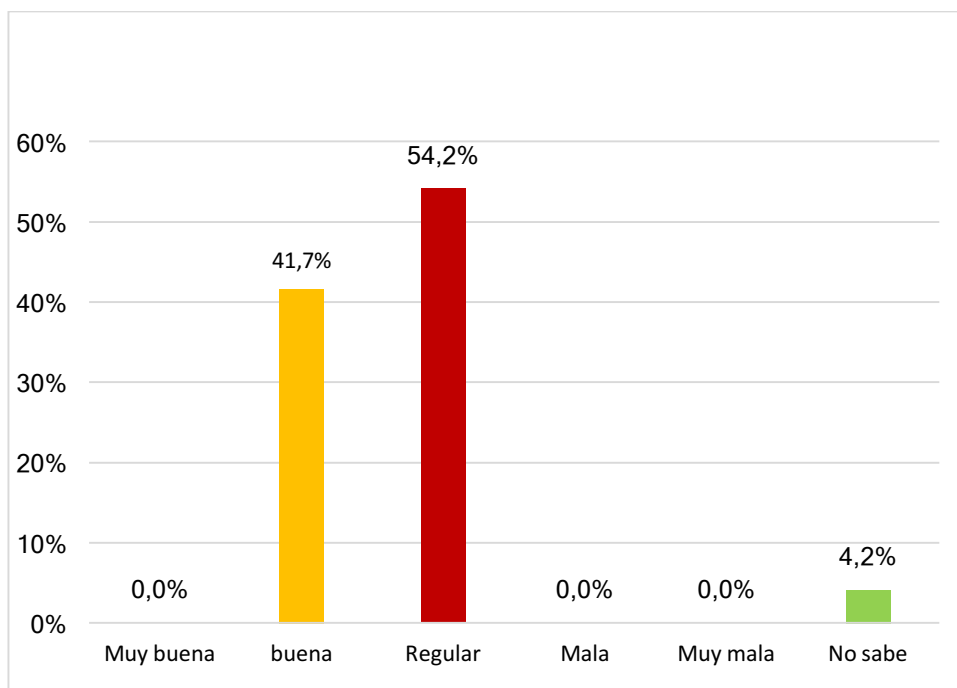
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 35: EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIO?



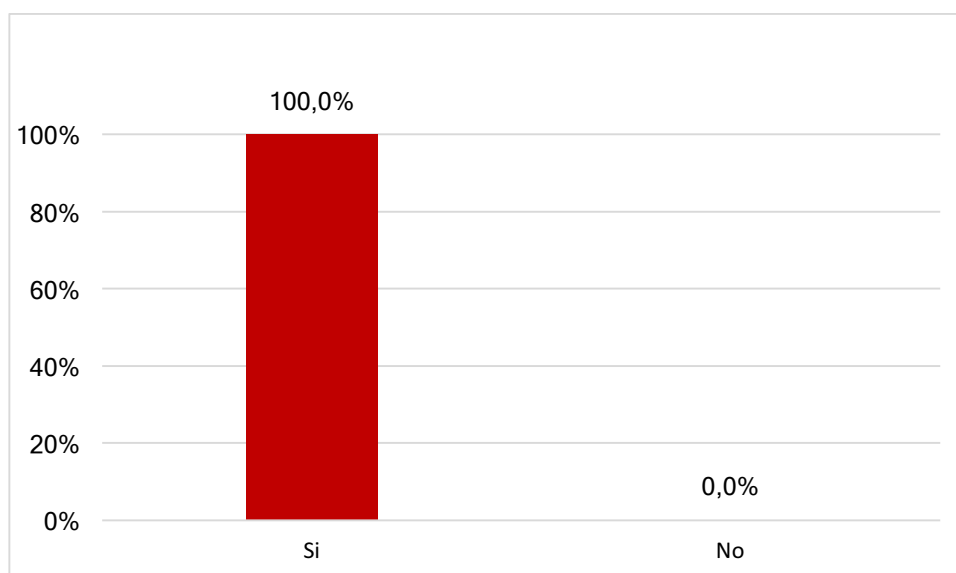
Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 36: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018

GRÁFICO 37: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la Salud, elaborado por Manrique M., aplicado a los Adultos del Centro Poblado Huamarin Sector "B" - Huaraz 2018