



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO
DE HUALLCOR, HUARAZ, 2014**

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

AUTORA:

Bach. Enf. MERY YANET BRICEÑO AGUILAR

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 ROCIO ÑIQUE TAPIA
MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A la casa de estudios universidad católica los Ángeles de Chimbote, en donde tuve la oportunidad de cursar mi carrera profesional, y cumplir una de mis metas.

A la Dra. Roció Belù Vázquez Vera, por su asesoramiento, comprensión, dedicación y apoyo constante para poder llegar al final de esta investigación.

A los adultos del caserío de Huallcor - Ancash por su confianza y colaboración para la realización del presente estudio.

Mery

DEDICATORIA

A Dios que es guía, salvación y
fortaleza de mi vida en este camino
que se llama “vida” y que nos
protege de todas las cosas malas
guiándonos por el camino correcto.

A mis padres Elena, Máximo y
Hermanos, a mi esposo Vladimir
que con mucho amor y cariño, me
apoya en cada momento de mi vida.

Mery

RESUMEN

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de una sola casilla. Objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Huallcor-Huaraz. La muestra conformada por 164 adultos se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de salud. Análisis y procesamiento de datos fue mediante software SPSS versión 20.0. Las conclusiones fueron: determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, sin instrucción, más de la mitad son de sexo femenino, trabajo eventual, todos perciben menos de S/.750 soles. Determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar; duermen de 2 - 3 miembros/ habitación, disponen la basura campo abierto, la mayoría tienen techo de adobe, cocinan con leña, todos tienen vivienda propia, piso de tierra, paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, baño propio, eliminan su basura en montículo /campo limpio, recogen la basura dos veces/semana. Determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen fruta 3 o más veces / semana, carne menos de 1 vez/ semana, huevo 1 o 2 veces/ semana, fideos, cereales a diario, verduras, hortalizas 1 o 2 veces/ semana, más de la mitad consumen pescado casi nunca, la mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, no fuman, si realizan examen médico periódico, no realizan actividad física, todos duermen 6 - 8 horas diarias, se bañan interdiario, consumen otros alimentos casi nunca. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: más de la mitad recibe pensión 65, el puesto de salud queda regular distancia de su casa, refieren atención de salud buena, la mayoría recibe atención en puesto de salud, todos no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social de organizaciones, cuentan con seguro Integral de Salud SIS-(MINSa), tiempo de espera fue regular, no hay pandillaje.

Palabras claves: Adultos, Determinantes de Salud.

ABSTRACT

Study of quantitative, descriptive, single-cell type. Objective was to describe the health determinants of the adults of the Hualacor-Huaraz Town Center. The sample consisting of 164 adults was applied the questionnaire on health determinants. Analysis and data processing was through software SPSS version 20.0. The conclusions were: biosocioeconomic determinants: less than half are mature adults, without instruction, more than half are female, temporary work, all perceive less than S / .750 soles. Determinants of health of the physical environment: more than half have single-family dwellings; they sleep from 2 - 3 members / room, they dispose the garbage open field, most have adobe roof, they cook with firewood, they all have their own house, ground floor, adobe walls, home water connection, permanent electric power, own bathroom , they remove their garbage in mound / clean field, they pick up garbage twice / week. Determinants of lifestyle: less than half consume fruit 3 or more times / week, meat less than 1 time / week, egg 1 or 2 times / week, noodles, cereals daily, vegetables, vegetables 1 or 2 times / week , more than half consume fish almost never, most consume alcoholic beverages occasionally, do not smoke, if they perform periodic medical examination, do not perform physical activity, all sleep 6 - 8 hours a day, bathe interdiario, consume other foods almost never. Determinants of social and community networks: more than half receive a pension 65, the health post is regularly removed from their home, they refer good health care, most receive health care, all do not receive natural social support, no receive social support from organizations, have Comprehensive Health Insurance SIS- (MINSAs), waiting time was regular, no gangs

Keywords: Adults, Determinants of Health.

.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	13
2.1. Antecedentes.....	13
2.2. Marco Teórico.....	18
III. METODOLOGÍA.....	25
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	25
3.2. Diseño de investigación.....	25
3.3. Población y muestral.....	25
3.4. Definición y operacionalización de variables.....	26
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.6. Procedimientos y análisis de datos.....	40
3.7.- Principios éticos.....	41
IV. RESULTADOS.....	42
4.1. Resultado.....	42
4.2. Discusión análisis de resultado.....	52
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
5.1 Conclusiones.....	102
5.2 Recomendaciones.....	104
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
VII. Anexos.....	133

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1.....	42
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUALLCOR – HUARAZ, 2014.	
TABLA 2.....	43
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUALLCOR – HUARAZ, 2014.	
TABLA 3.....	46
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUALLCOR – HUARAZ, 2014.	
TABLA 4,5,6.....	48-51
DETERMINANTES DE REDES LAS SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUALLCOR – HUARAZ, 2014.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO DE TABLAS 1.....	153
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR-HUARAZ, 2014.	
GRÁFICO DE TABLA 2.....	156
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADO CON EL ENTORNO FISICO, DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR – HUARAZ ,2014.	
GRÁFICO TABLA 3.....	163
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR –HUARAZ, 2014.	
GRÁFICO TABLA 4, 5, 6.....	167-171
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES, Y COMUNITARIOS DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR –HUARAZ, 2014.	

I. INTRODUCCION

Esta investigación tiene como principal propósito Identificar los determinantes de la salud de los adultos del Centro Poblado de Huallcor-Huaraz, dado que la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, la comunidad a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

El presente trabajo de investigación se ha estructurado en 5 Capítulos; en el Capítulo I se presenta la Introducción; Capítulo II la Revisión de la literatura; Capítulo III la Metodología; Capítulo IV la Discusión; Capítulo V las Conclusiones y Recomendaciones y por último se citan las Referencias Bibliográficas y Anexos. El cual contiene hallazgos significativos y valiosos que favorecerán de una u otra manera, al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos.

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

ligados y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilo 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 2017, 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).

“La población en edad escolar de 0 a 16 años es de 10`150, 250. El 66% está en zona urbana y el 34% en zona rural. La matrícula en educación básica hasta los 16 años es de 7`456,519, lo que representa el 73%. Tenemos pues un déficit de cobertura de 27% que se ubica en tres áreas críticas, educación inicial, secundaria rural, y personas con discapacidad. A ello se añade el problema del analfabetismo”(15).

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

“En el Perú, el Ministerio de Salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2015-2017, 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 (2017), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28,9% de los hogares tiene electricidad (92,5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77,7% en área urbana), 51,4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8,2% en área urbana) (17)”

El Ministerio de Salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la 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 2017, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliado hace el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliada corresponde a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas(18, 19).”

“De igual forma esta problemática de salud se asemeja al lugar de estudio que se encuentra ubicado en el distrito de Huaraz, provincia de Huaraz, departamento de Ancash, limitado por el norte: con la Comunidad de Yanacohsca, por el sur: la Comunidad de Jauna, Por el este: con la Cordillera Blanca y por el oeste: con la Comunidad San Pedro; tiene una Altitud de 3559 msnm. En este Centro Poblado habitan aproximadamente 460 habitantes de los cuales 164 personas son adultos, El Centro Poblado de Huallcor se encuentra ubicado al sur de Huaraz a una distancia de 30 minutos (20).”

“Cuenta con las siguientes autoridades: un Alcalde, un Juez de paz, un Presidente del sector, un Teniente Gobernador, un Agente Municipal, un Fiscal, un Secretario y dos Vocales, un Presidente de la Junta Administradora de Servicio de Saneamiento (JASS); estas autoridades son los que velan por el bienestar de su comunidad, existe dos comités de vaso de leche que está conformada por (un Presidente, un Tesorera, una Secretaria y dos Vocales(20).”

Cuenta con Centros Educativos “Colegio 86014_Tupac Amaru II – Huallcor” categoría escolarizado, genero mixto, turno continuo solo en la mañana, de nivel secundario, Institución Educativa Villa Progreso de nivel primario, turno continuo solo en la mañana, genero mixto, Institución Educativa Inicial Huallcor. Existe un local comunal donde realizan diferentes tipos de actividades los fines de semana, un campo deportivo, una plaza pequeña, una iglesia católica donde realizan misa los domingos y una iglesia evangélica donde se realizan los cultos los días martes, jueves y sábados.

“Cuenta con todos los servicios básicos como agua potable, desagüe y energía eléctrica permanente, eliminan la basura a campo abierto. Al realizar la entrevista a

cada familia de Centro Poblado de Huallcor jefes de familias de cada hogar mencionaron tener televisión por señal abierta, las principales radioemisoras son: radio fiesta 105.5, radio Huascarán 104.5 FM, radio Alegría 90.1 FM, radio Chevere 96.7 FM, radio Fuego 96.1 FM, etc., líneas telefónicas de empresas como: Movistar, Claro, Bitel y Entel, la mayoría de los pobladores cuentan con internet móvil (20)”.

“En esta comunidad se realizan tres fiestas al año; el 1 de enero en honor al Santo mi Niño Jesús de Huallcor, el 14 de octubre en honor a la Virgen del Rosario, y el tercero el 8 de diciembre en honor a la “Virgen Inmaculada Concepción” Patrona de Huallcor y el aniversario de creación política del Centro poblado, se celebra con actividades culturales y deportivas, estas actividades tienen una duración de una semana, durante estas festividades acostumbran contratar artistas regionales, nacionales, y locales en la víspera realizan la quema de fuegos artificiales, bombardas, etc, donde consume bebidas alcohólicas de diferentes tipos como es la cerveza, chicha de jora, etc. Los platos típicos son: picante de cuy, (papas sancochadas mezclados con aderezo de ají panca) llunca (sopa de trigo con carne de cordero o gallina), asado de chancho (un chancho horneado, con mote de maíz y ensalada de col (20).”

“El Centro Poblado de “Huallcor” cuenta con un puesto de salud el cual cuenta con tres consultorios, un tópico, un almacén, una cocina, una sala de espera, y admisión, el centro de salud Huallcor pertenece a la Red Huaylas Sur-Microred San Nicolás, donde realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, cuenta con dos enfermeros y un personal técnico, las carteras de atención que brinda el puesto de salud son: control del embarazo, parto y puerperio, orientación sobre métodos anticonceptivos,

prevención del cáncer del cuello uterino, prevención y control de enfermedades de infección sexual(20).”

“Según el reporte obtenido del puesto de salud Huallcor nos muestra que durante el año 2017 se presentaron con mayor frecuencia las siguientes enfermedades en los adultos: parasitosis 5 (3%), infecciones de transmisión Sexual. (ITS) 10 (7,3%), sobrepeso 12(6%), diarreas agudas 29(18%), Infecciones respiratorias 58(35%). (20).”

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

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Huallcor-Huaraz, 2014?

Los objetivos de la presente investigación son:

Objetivo general:

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Huallcor -Huaraz.

Objetivos específicos:

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 Huallcor –Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen que consumen, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad de los adultos del Centro Poblado de Huallcor –Huaraz.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para los adultos y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos del Centro Poblado de Huallcor –Huaraz.

La investigación se justifica porque mediante este estudio identificaremos los determinantes de la salud y por ende los factores de riesgo que se pueden hallar en la población, esto servirá para realizar actividades o talleres relacionados con los determinantes de la salud, de igual forma esta investigación servirá al puesto de salud de Huallcor y la Microred San Nicolás ya que se le dará a conocer los resultados obtenidos en dicho estudio el cual permitirá ejecutar algunas intervenciones para la mejora de la población y así optimizar la calidad de vida de los pobladores.

Del mismo modo el presente estudio permitirá que la población de Huallcor identifique los determinantes de la salud y ver qué factores de riesgo afectan su salud y de la comunidad, así podrán plantear estrategias para el bienestar de los mismos, también ayudara a que las autoridades de Áncash tengan conocimiento sobre los riesgos o problemas que aqueja la población de Huallcor y mediante ello plantear proyectos o talleres que funcionen en beneficio de las personas y así obtener una mejora en la comunidad.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

“**Darías S**, (14). En su investigación “Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular”. Los resultados obtenidos revelan, que la mitad de la muestra son hombres y la otra mitad mujeres. Los datos mostrados en la tabla indican que, en la población estudiada, la prevalencia de HTA es de 16,6%, de hipercolesterolemia un 12,0%, un 5,6% diabetes, consumen tabaco un 32,9%, 51,7% consumen alcohol y 40,1% son sedentarios. Se comparó con los datos proporcionados en la ESC, obteniéndose resultados similares en la mayoría de FRC estudiados. Así observamos que un 15,2% de la población padece HTA, un 11,1% hipercolesterolemia, un 6,6% son diabéticos, consumen tabaco un 31,7%, alcohol un 52,8% y manifiestan ser sedentarios un 64,3%. Destacamos que las mujeres de nuestro estudio poseen mayor formación de estudios superiores.”

“**Pañi D**, y colaboradoras (13). En su investigación titulada: “Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca, 2013”. Estudio de tipo descriptiva cuantitativo, la muestra estuvo conformado por 120 adultos mayores, se observó que 40,54% presentan Hipertensión Arterial; 11,71% padecían de HTA más

diabetes; 34,23% su edad comprendía entre 81 y 90 años y son del Azuay. El 66,7% son mujeres; 54.95% realizan actividades a veces como paseos, manualidades y bailes; 22.52% no realiza ninguna actividad por discapacidad física y 22.52% siempre realiza actividades de baile y paseos. De esta manera los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilos de vida.”

“**Bastos, A. (21).** En su investigación titulada “Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor: una aproximación constructivista”, concluye que dada la complejidad que implica entender las necesidades del otro para prestarle un servicio de mejor calidad, se observa que sería mucho mejor permitir que el propio adulto mayor auto Valente participase en el proceso de diseño, construcción y gestión de sus servicios. Aún se observa en Chile una gran necesidad de enfrentar los desafíos del envejecimiento debido a sus elevados índices de enfermedades, tales como: la diabetes (14%), la depresión (26%), los ataques al corazón (35%) y la hipertensión arterial (55%); el alto nivel de sobrepeso (47%); la percepción de una salud no buena (62%) y consecuentes gastos para el Gobierno.”

A nivel Nacional:

“**Chinchay, D. (22).** En su investigación sobre: “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Bellavista - Las Lomas - Piura, 2016.” La muestra estuvo conformada por 248 personas adultas. Donde: la mitad son sexo femenino, tiene un grado de instrucción de secundaria completa /incompleta, con un ingreso de 750 soles, ocupación eventual, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, propia, material de piso tierra, material de techo calamina, material de paredes adobe, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, cocinan a gas, energía eléctrica permanente, la mayoría no fumo, ni he fumado nunca de manera habitual, toman

bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, menos de la mitad consumen fruta menos de 1 vez/ semana, huevo 1 o 2 veces / semana, pescado menos de 1 vez /semana.

La mayoría consume pan, cereales, fideos, verdura, hortaliza diaria, más de la mitad no recibió apoyo social natural, no recibe apoyo social organizado, se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, tienen SIS - MINSA, recibió una calidad de atención buena, no existe pandillaje cerca de su casa.”

“**Cadillo S.** (23). En su investigación sobre: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo – Bellavista – Sullana, 2016. La muestra estuvo conformada por 283 personas adultas. Dónde: la mayoría son de sexo masculino, inicial/primaria, tiene un ingreso menor de 750 soles, ocupación eventual, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, propia, material del piso de tierra, material del techo de eternit, material de paredes noble ladrillo y cemento, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, cocinan a gas, energía eléctrica permanente, la mayoría si fuma actualmente, pero no diariamente, toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas.

La mayoría consume fideos arroz, papas, pan, cereales, frutas 3 /veces a la semana, la mayoría no recibió apoyo social natural, no recibió apoyo social organizado, se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, tienen SIS-MINSA; recibió una calidad de atención regular, no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.”

“**López D.** (24). En su investigación sobre: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío San Vicente de Piedra Rodada – Sullana, 2016. La muestra estuvo conformada por 256 personas adultas. Concluye: la mayoría son de

sexo masculino, tienen vivienda propia, techo de eternit/calamina, paredes de adobe, abastecimiento de agua acequia; más de la mitad son adultos maduros; menos de la mitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/ incompleta, con un ingreso económico menor de 750.

cocinan con leña, carbón, la mitad tienen piso de tierra, la mayoría no fumo, ni he fumado nunca de manera habitual, toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, no se realizan un examen médico periódico; casi todos duermen de 6 a 8 horas, la mayoría consumen diariamente, fruta, pescado, fideos, arroz, papa, verduras y hortalizas, más de la mitad legumbres, lácteos, la mayoría no recibieron apoyo social natural, tienen SIS-MINSA, no existe pandillaje; menos de la mitad se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, recibieron una calidad de atención buena.”

A nivel local:

“**Santillán. Y.** (25). Muestra la distribución porcentual de los determinantes de la Salud Biosocioeconómicos de los adultos que residen del Centro Poblado de Paltay Sector “C” Lucma Taricá - 2016. Se observa que el mayor porcentaje de los adultos en un 53,9% (82) son de sexo masculino, el 43,4% (66) son adulto maduro, el 44,7% (68), tiene secundaria completa/incompleta, el 84,2% (128) su ingreso económico es menor de 750 soles.

El 72,4%(110) tienen ocupación eventual, 34% cuentan con vivienda unifamiliar, con pisos de tierra 77%, techos de teja/calamina, 82% paredes de adobe, 65% duermen 3 a más miembros por habitaciones, 59% cocinan con leña, 64% cuentan con energía eléctrica, 72%, eliminan la basura a campo abierto, 34% cuentan con carro recolector, en cuanto a la alimentación consumen frutas, verduras, 77%

carne, pescado, dos a más veces a la semana, 55% pan cereales todo los días de la semana, 42% fuman ocasionalmente, 66% consumen alcohol con frecuencia, 76%, se atiende en un puesto de salud 85% cuentan con el sistema integral de salud, SIS MINSA.”

“**Castromonte, R.** (26). Muestra la distribución porcentual de los: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Churap– Monterrey– Huaraz, 2016. En los factores biosocioeconómicos se observó que más de la mitad de las personas adultas en un 60,7% (82) son de sexo femenino, 52,6% (71) son adultos maduros, 34,1% (46) tienen como grado de instrucción secundaria completa /secundaria incompleta, 51,9% (70) tienen un ingreso económico menor a 750 soles y el 40, % tienen ocupación eventual.

En relación a la vivienda: el 94% tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 89% tiene baño propio, el 70% dispone su basura a campo abierto, el 76% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 62% no se realiza examen médico, el 57% consume pescado 1 vez por semana, el 74% consume frutas diariamente, el 61% consumen verduras diariamente, el 94% existe pandillaje 84% cuenta con el sistema integral de salud (SIS-MINSA).”

“**Valverde, L.** (27). En su investigación sobre: Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “B” Huaraz, 2015. Tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector “B”; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 55,6 % son mujeres, y 63,1% son adultos maduros, 34% tienen Secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un ingreso económico menor de 750 soles.

En relación a la vivienda: el 100% tienen vivienda unifamiliar, el 75%

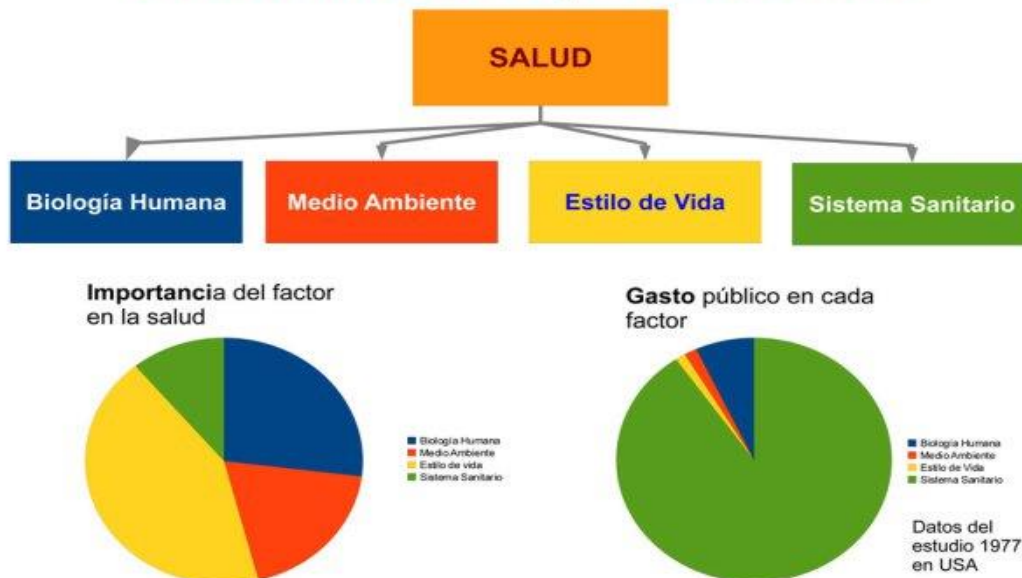
casa propia, un 81 % piso de tierra, el 55 % paredes de adobe, 86 % techo de teja, 77 % dormitorio independiente, el 86 % tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 99% tiene baño propio, el 50% dispone su basura a campo abierto, el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente, el 95% no existe pandillaje, el 84% cuenta con el SIS.”

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 Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para brindar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (28).”

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

Determinantes para la salud



“Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (29).”

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Los adultos 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 (29).



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

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad. (30)”

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a). Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. “En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (30).”

b). Determinantes intermediarios.

“Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (30).”

c). Determinantes proximales.

“Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (25).”

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

Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (29).”

Mi salud: “Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la Salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud (30).”

Comunidad: “Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación (30).”

Servicios de salud: “Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo (30).”

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

Trabajo: “Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud (30).”

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

en la salud. Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (30).”

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo (31, 32).

“El diseño de investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre el de ninguna manera: 1. Investigación cuantitativa y Cualitativa. 2. Diseños de investigación (31)”

Diseño de la investigación

“Diseño de una sola casilla (33, 34).

Consiste en seleccionar la muestra sobre la realidad problemática que se desea investigar (31).”

3.2. Población y Muestra

3.2.1. UNIVERSO MUESTRAL

La población estuvo conformada por 164 adultos de ambos sexos que residen en Centro Poblado Huallcor del Distrito de Huaraz Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash.

3.2.2. Unidad de análisis

Las personas adultas que residen en el Centro Poblado Huallcor-Huaraz, que formaron parte de la muestra y responden a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que vive más de 3 años en el Centro Poblado Huallcor-Huaraz.
- Adultos sanos.

- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión

- Adulto que tuvo algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO.

Sexo:

Definición Conceptual.

“El sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción. Estas características biológicas no se refieren sólo a los órganos sexuales, sino también a diferencias en el funcionamiento de nuestros cuerpos (35).”

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Edad

Definición Conceptual.

“La edad es la etapa que comienza desde el nacimiento y todas las etapas que pasa hasta la madurez del adulto llega a la cúspide cuando se es padre o madre, hijo y/o abuelo; es ahí cuando se adquiere la responsabilidad para asumir múltiples roles de manera simultánea dirigidas a lograr un estado óptimo de salud y bienestar (36).”

Definición Operacional

Escala de razón:

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

Grado de Instrucción:

Definición Conceptual:

“Se define como grado de instrucción al grado más alto completado, o no completado dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario sin tomar en cuenta el tipo de institución como privadas o públicas (37).”

Definición Operacional

Escala ordinal:

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

Ingreso Económico:

Definición Conceptual:

“Los ingresos económicos es el ingreso que perciben los colaboradores mensualmente en su ocupación principal, ya sea por concepto de trabajo dependiente en el caso de los asalariados, o por concepto de trabajo independiente en el caso de

los patronos y de los trabajadores por cuenta propia (38).”

Definición Operacional

Escala de Razón

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

Ocupación:

Definición Conceptual: “La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo (39,40).”

Definición Operacional

Escala nominal

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

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Vivienda

Definición conceptual

“Se puede definir como un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad (41).”

Definición operacional

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

Tenencia de vivienda:

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

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos

- Láminas asfálticas

- Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual/independiente

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar

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

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Disposición de la basura

- A campo abierto
- Rio
- En pozo

- Se entierra, quema, carro recolector

Con que frecuencia recogen la basura

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

Suelen eliminar su basura en algún lugar

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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

“Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (42).”

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 alcohólica

- 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 12 h)

Frecuencia con que se baña

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

Realiza algún examen médico

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
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

“Los alimentos ricos en proteínas son importantes en una dieta saludable, nos ayudan en la reparación muscular, la creación de huesos y pelo, la regulación hormonal, así como en la generación anticuerpos y enzimas, una dieta rica en proteínas como el consumo de proteínas por debajo de lo recomendado pueden traernos graves problemas de salud (43).”

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

“Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (44).”

Apoyo social natural

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

Apoyo social organizado

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

Apoyo de algunas organizaciones del estado

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

“Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (45).”

En que institución de salud se atendió:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo que espero en la atención:

- Muy largo

- Largo
- Regular
- Corto
- Muy cortó
- No sabe

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje cerca de su casa

Escala nominal

- Si () No ()

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes siendo el cuestionario sobre los determinantes de los adultos del Centro Poblado De Huallcor – Huaraz, está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO N° 01).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes de la salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación y condición de trabajo); los determinantes relacionado con el entorno físico de los adultos del Centro Poblado de Huallcor- Huaraz: (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Centro Poblado de Huallcor- Huaraz.
- Determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (tabaquismo, alcoholismo, actividad física): alimentos que consumen las personas, de los adultos del Centro Poblado de Huallcor- Huaraz.
- 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 Huallcor- Huaraz.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Adulta del Perú (46). (Ver anexo N° 03).

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,997, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona.

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador:

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (47). (Ver anexo N° 04).

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

3.6.1 Procedimiento de recolección de datos:

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

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

3.6.2 Análisis Procedimientos los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión

21 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

3.7. Principio 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 (48).”

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

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

IV. RESULTADOS

4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUALLCOR – HUARAZ, 2014.

TABLA 1.

Sexo	n	%
Masculino	73	44,5
Femenino	91	55,5
Total	164	100

Edad	n	%
Adulto Joven	43	26,2
Adulto Maduro	78	47,6
Adulto Mayor	43	26,2
Total	164	100

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	68	41,5
Inicial/Primaria	50	30,5
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	45	27,4
Superior universitaria	1	0,6
Superior no universitaria	0	0,0
Total	164	100

Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	164	100
De 751 a 1000	0	0,0
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	164	100

Ocupación	N	%
Trabajador estable	0	0
Eventual	96	58
Sin ocupación	68	42
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado de Huallicor, Marzo, 2014.

TABLAS 2.
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO
FISICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR-
HUARAZ, 2014

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	94	57,3
Vivienda multifamiliar	70	42,7
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación humana	0	0
Otros	0	0
Total	164	100
Tenencia	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	164	100
Total	164	100
Material del piso	N	%
Tierra	164	100
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	164	100
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	147	89,5
Estera y adobe	0	0
Material noble, ladrillo y cemento	17	10,4
Eternit	0	0
Total	164	100
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	164	100
Estera y adobe	0	0
Material noble ladrillo y cemento	0	0
Total	164	100
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	79	48,2
2 a 3 miembros	85	51,8
Independiente	0	0
Total	164	100

Continúa...

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	0	0
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	164	100
Total	164	100
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0
Acequia, canal	0	0
Letrina	0	0
Baño público	0	0
Baño propio	164	100
Otros	0	0
Total	164	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	15	9,1
Leña, carbón	149	90,9
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	0	0
Total	164	100
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Energía eléctrica permanente	164	100
Vela	0	0
Total	164	100
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	93	56,7
Al río	66	40,2
En un pozo	3	1,8
Se entierra, quema, carro recolector	2	1,2
Total	164	100
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	0	0
Todas las semana pero no diariamente	0	0
Al menos 2 veces por semana	164	0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	100
Total	164	100

Continúa...

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	0	0
Montículo o campo limpio	164	100
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de salud. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado de Huallcor-Huaraz, marzo, 2014.

TABLA 3.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR-HUARAZ, 2014.

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	1	0,6
Si fumo, pero no diariamente	19	11,6
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	21	12,8
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	123	75
Total	164	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	3	1,8
Una vez a la semana	9	5,5
Una vez al mes	25	15,2
Ocasionalmente	125	76,2
No consumo	2	1,2
Total	164	100
N° de horas que duerme	n	%
06 a 08	164	100
08 a 10	00	0,0
10 a 12	00	0,0
Total	164	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	0	0,0
4 veces a la semana	164	100
No se baña	0	0,0
Total	164	100
Se realiza algún examen médico	n	%
Si	39	24
No	125	76
Total	164	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	16	9,9
Deporte	0	0
Gimnasia	0	0
No realizo	148	90,1
Total	164	100
En las dos últimas semanas realizó actividad física más de 20 minutos	n	%
Caminar	16	9,8
Gimnasia suave	0	0
Juegos con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	0	0
Ninguna	148	90,2
Total	164	100

Continúa.....

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Frutas	35	21,5 %	60	36,6 %	55	33,4 %	1	7,9 %	1	0,6 %	100
Carne	12	7,3 %	45	27,4 %	29	17,7 %	5	34,8 %	21	12,8 %	100
Huevos	4	2,4 %	48	29,3 %	64	42,1 %	2	15,9 %	17	10,4 %	100
Pescado	1	0,6 %	6	3,7 %	34	20,7 %	4	24,4 %	83	50,6 %	100
Fideos, arroz papa	55	33,5 %	51	31,1 %	34	20,7 %	2	12,2 %	4	2,4 %	100
Pan, cereales	74	45,1 %	39	23,8 %	25	15,2 %	1	11,6 %	7	4,3 %	100
Verduras, hortalizas	19	11,6 %	44	26,8 %	64	39 %	3	19,5 %	5	3 %	100
Otras	0	0,0 %	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	164	100 %	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del Centro Poblado de Huallcor-Huaraz, marzo, 2014.

TABLA 4.
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE
HUALLCOR-HUARAZ, 2014.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	0	0,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	147	89,6
Clínicas particulares	17	10,4
Otras	0	0,0
Total	164	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	0	0,0
Regular	110	67,1
Lejos	54	32,9
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	164	100

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	164	100
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	164	100
El tiempo de espera	N	%
Muy largo	0	0,0
Largo	0	0,0
Regular	164	100
Corto	0	0,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	164	100

Continua.

TABLA 4

**DETERMINANTES DEL APOYO COMUNITARIO DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR-HUARAZ, 2014.**

Calidad de atención recibida	N°	%
Muy buena	0	0,0
Buena	59	36
Regular	105	64
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	164	100
Pandillaje y delincuencia	N°	%
Si	0	0,0
No	164	100
Total	164	100

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dr. Adriana Vélchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

TABLA 5

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL Y
NATURAL ORGANIZADO SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUALLCOR – HUARAZ, 2014.**

Recibe algún apoyo social natural	N°	%
Familiares	0	0,00
Amigos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibe	164	100
Total	164	100

Apoyo social organizado	N°	%
Organización de ayuda al enfermo	0	0,00
Seguridad social	0	0,00
Empresa para la que trabaja	0	0,00,
Institución de acogida	0	0,00
Organización de voluntarios	0	0,00
No recibe	164	100
Total	164	100

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dr. Adriana Vélchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014

TABLA 6

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN
DE QUIEN RECIBA APOYO DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUALLCOR- HUARAZ, 2014.**

Apoyo social organizado del estado	N°	%
pensión 65	78	47,6
Comedor popular	0	0,00
Vaso de leche	86	52,4
Otros	0	0,00
Total	164	100

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dr. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

4.2 Análisis de Resultados:

TABLA 1: Los resultados de la presente tabla muestran el porcentaje distribuido sobre los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Huallcor, Huaraz, de los participantes en la presente investigación en los factores biosocioeconómicos: se observa que el mayor porcentaje de las personas adultos maduro en un 47,6% (78) son de sexo femenino, el 55,5% (91) no tienen instrucción, el 41,5% (68) indico tener ingresos económicos menores a 750 soles, el 100% (164) de los adultos indicaron tener trabajo eventual.

Un estudio que guarda similitud obtenido es la investigación de Carrillo, G. (49), en su tesis: Determinantes de la Salud de los Adultos en el sector DD Piedras Azules. Huaraz, 2015. Con su investigación de tipo cuantitativa y con un diseño descriptivo. Con una muestra de 140 adultos, teniendo como instrumento el cuestionario sobre determinantes de la salud. Obteniendo los siguientes resultados: según los determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 52% son de sexo femenino, el 62% adulto maduro, donde el 80% tiene un ingreso menor de 750 soles. El 40% tienen trabajo eventual, difiere en 47% que cuentan con grado de instrucción inicial/primaria.

Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Rodríguez, S. (50), quien realizó una investigación sobre: Determinantes de la Salud del Adulto Maduro de A.H. las Quintanas- Nuevo Chimbote, 2015. Donde se observa que el mayor porcentaje de la población adulto maduro el 43,6% (52), son del sexo femenino, el 27,5% (55) son adultos maduros, el 77,1% (64) tienen un ingreso económico de 100 a 750 nuevos soles, en lo referente a los factores

sociales el 43,4% (36) tienen trabajo eventual, difiere el 27,7% (23) de los adultos que tienen inicial/ primaria,

Otra investigación similar es la de Villanueva, C. (51), en su investigación titulada: Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos de los Adultos de Caserío de Lloclla – Huaraz, 2015. Se muestra que del 100% (133) de personas adultas que participaron en el estudio el 51,1 % (68) son de sexo femenino, el 38,3% (68) tiene entre 30 – 59 años, el 100% (133) tiene un ingreso económico menor a 750 soles y el 74,4% (99) tienen trabajo eventual, pero difiere en 58,6% (78) que tienen grado de instrucción inicial/primaria.

La presente investigación difiere con lo investigado por Rosales, C. (52), en su estudio: Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2016. Donde se muestra que de los 142 adultos jóvenes encuestados, 86% (122) son de sexo masculino, el 100% de la población encuestada es adulta joven, 14% (20) superior universitaria, 6% (8) superior no universitaria; el 65% (92) tiene ingreso económico de 1000 a 1550 soles, el 75% (106) son estudiantes.

“Otro estudio que difiere es el realizado por Erazo, G. (53), en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos de Manzanales- Piura, 2015-Donde destacó que 50,3% son adultos jóvenes, 53% son de sexo masculino, en cuanto a los factores culturales, 34,6% refieren tener secundaria / incompleta, en los factores sociales, 60,5% tienen trabajo estable, 87% tienen un ingreso económico de 1100 a 1800 soles.”

“Así mismo otro estudio con variables que difieren es el de Capristán, B. (54), en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro. Urbanización Popular de Interés Social Belén Nuevo Chimbote, 2016. En

los factores biosocioeconómicos se observa que 55% (89) son de sexo femenino, 100% (163) son adultos maduros, 66% (107) tienen secundaria completa/incompleta, 42% (68) tiene un ingreso de S/. 551 a 999, 34% (55) es trabajador familiar no remunerado.”

“En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femeninas y masculinas (conocida como sexos), se podría decir que es una característica heredable determinada genéticamente por una pareja de cromosomas (55).”

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sexo como las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como varones y mujeres (56).”

“La palabra: sexo (desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refiere nada más que a la 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 (57).”

“La edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales. claro que la idea de la edad también puede tener una connotación de madurez o vejez (58).”

“La edad en el caso de un ser humano, generalmente se expresa como un número entero en años o como un número entero de años y meses. También se habla de edad o de edades para referirse al conjunto de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona o cualquiera de dichos periodos por sí solo, una división común de la vida de la persona por edades es la de bebe niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad, tercera edad. (59).”

“El ultimo termino naturalmente, hace referencia a otra división; primera edad (que comprende desde la primera infancia hasta la juventud), la segunda edad (edad adulta) y la tercera edad o vejez. También se ha citado una cuarta edad que supone una vejez avanzada generalmente considerado a partir de los ochenta años (59).”

“Del mismo modo la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la edad como el número de años cumplidos, desde la fecha del nacimiento hasta el día en que muere, así mismo esta edad varía de acuerdo a diversos factores en los que se ve involucrado el hombre, Ejemplo: Estilos de vida saludables, hábitos, costumbres, valores, cultura, etc. Que desde el inicio de su vida va estrechamente relacionado (60).”

“En relación al grado de instrucción, es la capacidad o el grado más elevado de estudios realizados en el transcurso de la vida se va adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento divide en: educación básica o inicial, primaria, secundaria y superior (61).”

“El grado de instrucción es el proceso de enseñanza de aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido .es un método de aprendizaje que se puede

calificar como cognitivo funcional y operativo eficaz, si te piden la instrucción tal vez se reflejan a tu grado de estudios (62).”

“El grado instrucción, es el proceso de aprendizaje que se desarrolla en el aula, Forma específica, de la transmisión de conocimientos por parte del profesor y de la adquisición de esos conocimientos por parte del alumno. Por medio de la instrucción, en clases, el maestro va formando y desarrollando habilidades, destrezas y hábitos en el alumno (63).”

“El ingreso económico es definido como la condición socioeconómica, también trata de reflejar el nivel o estatus personal, tanto en la dimensión social como en la economía. En cualquier caso es obvio que evidenciar como una condición socioeconómica concreta que se expresa social o económicamente solo puede ser realizado tomando como unidad de análisis la persona (64).”

“El ingreso económico en la familia es muy importante ya que de su equilibrio depende en gran medida el bienestar de muchas generaciones en la familia, las personas reaccionan ante la carencia o la abundancia del dinero, se afecta la salud del cuerpo y de la mente, espiritualmente, un desequilibrio entre el dinero y la familia puede ocasionar graves problemas en las familias (65).”

“Por otro parte los ingresos económicos es la cantidad de dinero que una familia pueda gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos, El ingreso económico se define como la suma de todos los sueldos, salarios, utilidades, intereses, pagos, los alquileres y otras formas de ingresos recibidos en un período determinado de tiempo. La Economía y las finanzas públicas lo definen como cantidad de dinero que una familia puede Gastar en un periodo determinado (66).”

“La ocupación es un término que proviene del latín *occupation* y que está vinculado al verbo *ocupar* (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). Es el procedimiento natural para lograr la posesión de algo que no tiene dueño. Este accionar implica la captura material del bien cuestión para transmitir la intención de obtener el dominio (67).”

“La ocupación es sinónimo de trabajo, labor o que hacer. Es hacer en el trabajo o en las actividades de vida diaria remuneradas como no remuneradas, dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural que proporcionan servicios o comodidades y que también caracteriza a gran parte de la vida. (68)”

“La ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social a través de la adquisición mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actitudes ligadas al auto mantenimiento y autocuidado, la educación, la productividad, el ocio y el juego incidiendo el último término en la salud y bienestar individual (69).”

En la investigación en relación a los determinantes de salud biosocioeconómicos se obtuvo que más de la mitad son mujeres, podría ser que está ligado a que algunas parejas son separadas por problemas conyugales o por infidelidad de parte del varón, es por ello que encontramos más mujeres que varones, otro motivo es que los varones salen a buscar trabajo, y las mujeres se quedan al cuidado de los hijos en la casa.

“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. (70).”

En cuanto a la edad se evidencia que la mayoría de los adultos jóvenes salen a radicar a la ciudad de Lima, Barranca para que puedan acceder a mejores oportunidades y así ganarse la vida, y por ende quedan los adultos maduros en su comunidad actual, los adultos maduros quedan en casa para proveerse de un mejor ingreso económico y asistir a sus hijos jóvenes para que estos continúen estudiando y logren superarse, muchos viven con familiares que radican en las zonas mencionados para ahorrar alimento y hospedaje.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en sus proyecciones nos indica que en el 2015, el 26,9% de la población peruana es joven, es decir, se encuentra entre los 15 y 29 años de edad. Sin embargo, la velocidad de crecimiento anual de jóvenes cada año irá disminuyendo, a la par que aumentará la proporción de la población adulta y en especial, la adulta mayor (71).”

En cuanto al nivel de instrucción se encuentra que la mitad de la población en estudio no posee ningún grado de instrucción, esto debido a que tanto varones y mujeres priorizan el aporte económico a sus hogares dejando de lado la educación, por diversos factores, problemas económicos, familiares otro factor es que cuentan con muchos hijos no tenían apoyo de sus padres, en la antigüedad sus padres eran machistas afirman que la hija mujer es para los quehaceres de la casa, los varones para los trabajos en la agricultura es por ello que no cuentan, con estudio los adultos. Pero en la actualidad los adultos priorizan los estudios de sus hijos ya que quieren un

mejor futuro para sus hijos, quieren darle la mejor educación para que en el futuro puedan obtener un buen trabajo, una mejor vida.

“Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 2015 (ENH), el 6,3% de la población de 15 y más años de edad no sabían leer ni escribir, comparado respecto al año anterior esta tasa se ha mantenido. De acuerdo con el área de residencia, el analfabetismo afecta en mayor proporción a la población del área rural. Así, mientras que en el área urbana incidió en el 3,7% de la población, en el área rural lo hizo en el 15,7%, es decir, más de cuatro veces. Por regiones naturales, la región de la Sierra con 11,3% representa la tasa más elevada de analfabetismo, tres veces más que los analfabetos residentes de la región Costa (3,3%) y casi dos veces mayor que los de la Selva (7,5%) (72).”

En relación al ingreso económico, casi todos los pobladores del sector en estudio cuentan con un ingreso económico menor de 750 soles, para ello realizan trabajos de la casa como: lavar ropa, frazada, y su pago es 3 soles por cada frazada y así obtienen un ingreso económico, también realizan tejidos como: ropones para bebés, niños, venden sus verduras, hortalizas, papas, choclos en el mercado, y ganadería, hacen trueques con víveres, también los venden llevando a la ciudad, es la manera como obtienen su ingresos económico.

“Por otro lado el INEI realiza un informe donde el total de los ingresos que percibieron los hogares en el año 2016 fue de S/.850 soles. El ingreso por trabajo constituye la fuente principal representando el 80,8% del total de los ingresos, mientras que el 7,5% correspondió a transferencias, 1,8% a rentas de la propiedad, 10% del total de los ingresos, de manera desagregada se tiene que el 9,2%

correspondió a la imputación de los ingresos por vivienda propia; el 3,3% a ingresos por donaciones públicas y el 5,9%, a ingresos por donaciones privadas (73).”

En la variable ocupación los adultos maduros tienen trabajo eventual, esto es debido a que los adultos maduros de esta población más usuales es la agricultura, pues se cuenta con extensiones de terrenos de cultivo, la producción agrícola se caracteriza por producción de papa, trigo, oca, lentejas y algunas hortalizas, además se encargan de actividades ganaderas (ganado vacuno, ovino, porcino) algunas aves, cuyes y conejos.

“En la actualidad a nivel del Perú hay una tasa de desempleo por el nivel de pobreza que está aumentando, por la crisis económica que afecta a todos y esto repercute a las clases menos privilegiadas de la población como a las zonas rurales y lejanas, aquellos que solían quedarse en casa y no migrar han comenzado a hacerlo obligados por sus condiciones de vida y necesidades (73).”

Finalmente se concluye que en los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos del Caserío, Hualacor, en el presente estudio muestran que la mayor parte de los problemas es el grado de instrucción en su mayoría, no tienen estudios; esto les resta oportunidades laborales.

TABLA 2: En cuanto a los determinantes de la salud del entorno físico: relacionados con la vivienda 57,3 % (94) tienen vivienda unifamiliar, el 51,8 % (85) duermen 2 / 3 miembros/ habitación, 56,7% (93) disponen la basura a campo abierto, 89,5% (147) tienen techo de adobe, 90,9% (149) cocinan con leña, 100% (164), cuentan con vivienda propia, 100% (164), piso de tierra, 100% (164), paredes de adobe, 100% (164), conexión de agua domiciliaria, 149% (90,9) energía eléctrica

permanente, 100% (164), baño propio, 100% (164), elimina su basura en montículo o campo limpio, 100% (164), recogen la basura dos veces/semana.

“Los resultados de la presente investigación se asemejan a lo obtenido por Gonzales, M. (74), quien realizó una investigación sobre: Determinantes de la Salud en Adultos. A.H. Villa María de Piura – 2015. Donde se observa, el tipo de viviendas de los adultos, el 99,3% tienen vivienda unifamiliar, el 93,1% tienen una vivienda propia; según el material de piso el 76,1% son de tierra; según el material de techo se presenta que el 52,2% son de material de madera, el 96,5% tienen paredes de adobe, el 100% piso de tierra, 80,5% techo de adobe, 77,4 % suelen dormir 1 a 2 personas en una habitación, 100% tienen conexión de agua domiciliaria, 100 % poseen letrinas, 92,5 % cocinan con leña, 100 % tienen energía eléctrica permanente, se difieren en 47,3 % se dedican a quemar la basura, 100 % eliminan la basura a campo limpio.”

“Otro estudio con variables compatibles al nuestro se encontró en la investigación de Correa, B. (75), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre – Sullana, 2015. Donde el 87,5% cuentan con vivienda unifamiliar; 94,8% tienen casa propia; 67,6% material de piso es de tierra; 76,7% material de techo es de eternit o teja; 60,2% material de las paredes es de estera o adobe; 73,3% duermen de 2 a 3 miembros en una sola habitación; 91,4% tienen conexión domiciliaria; 92,6% poseen letrinas; 87,5% cocinan con leña; 97,1% cuentan con energía eléctrica permanente; 94,3% disponen la basura a campo abierto; 97,7% refieren que pasan recogiendo la basura una vez por mes pero no todas las semanas; 98,3% suelen eliminar la basura a campo limpio.”

“El presente estudio se asemeja con el estudio realizado por Rosales, V. (76), en su estudio realizado sobre: Determinantes de Salud Relacionados con el Entorno Físico de los Adultos de la Comunidad de Lloclla-Huaraz 2016. El 57,1% (76) tienen vivienda unifamiliar, 100% (133) tienen casa propia, 100% (133) piso de tierra, 80,5% (107) techo de madera, 100% (133) tienen paredes de adobe, 77,4 % (103) comparten 2 a 3 más miembros el dormitorio, 100% (133) tienen conexión de agua domiciliaria, 100 % (133) poseen letrinas, 92,5 % (123) cocinan con leña, 100 % (133) tienen energía eléctrica permanente, 47,3 % (63) la basura botan en montículo, 100 % (133) eliminan la basura a campo limpio.”

“Otra investigación que difiere es de Sobrevilla, V. (77), en su investigación titulada: Determinantes de la Salud del Caserío Somate Bajo – Bellavista – Sullana, 2016. Donde 68,9% cuenta con vivienda multifamiliar; 88,6% la tenencia es alquiler; 85,8% el material de piso láminas asfálticas; 82,3% techo de calamina o eternit; 55,1% paredes de ladrillo, cemento, material noble; 56,1% duerme 1 persona en una sola habitación; 68,5% tienen conexión de red pública; 58,6% cuenta con baño público (vecindad); 62,9% cocina con gas o electricidad; 66,0% entierran o queman la basura; 62,9% refieren que al menos 1 vez por mes pero no todas las semanas pasan recogiendo la basura; 78,4% eliminan la basura al fregadero; pero la única variable con la que se asemeja a nuestro estudio es la de energía eléctrica donde 93,2% cuenta con energía permanente.”

“El presente estudio difiere con lo obtenido por Garay, A. (78), en su estudio denominado: Determinantes de la Salud del Adulto Relacionados con la Vivienda del Asentamiento Humano Golfo Pérsico Nuevo Chimbote, 2015. Donde el 45,3 % tienen vivienda multifamiliar; el 66,2 % tiene piso de láminas asfálticas; el 44,1 %

tiene techo de material noble; ladrillo y cemento; el 98,3 % tiene las paredes de material noble ladrillo y cemento; el 85,9 % duerme en habitación independiente; el 96,7 % tiene baño propio; el 100 % utiliza gas, electricidad para cocinar; el 87,1 % refiere que pasan recogiendo su basura todas las semanas, el 100 % suele eliminar su basura en el carro recolector. Pero se asemeja con las siguientes variables, el 92% tiene vivienda propia; el 95,5 % tiene conexión domiciliaria de agua; el 100 % tiene energía eléctrica permanente.”

“Otro resultado que difiere es la de Ríos, B. (79), en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos Vulnerabilidad y Determinación del Riesgo I Etapa -Lima Cercado, 2015. Donde concluyó que el 57% tienen casa alquilada, el 50% vivienda multifamiliar respectivamente, 70% tienen viviendas con piso enlucido, 53,6% paredes de cemento, 55,3% techo de material noble, 60% duermen independiente, 94% cuentan con agua potable, 99% tienen baño propio, 80% utilizan gas, 93,6% tiene alumbrado eléctrico por red pública, 87% eliminan sus excretas en letrinas y el 50% mencionan que la basura es recogida todo los días, finalmente el 61% suelen eliminar sus desechos en carro recolector”.

“Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (80).”

“Tipo de vivienda es un conjunto de viviendas repetitivas organizadas en una unidad arquitectónica homogénea, compuesta por tres o más unidades habitacionales, unifamiliares o multifamiliares, en la cual la existencia y localización de bienes de

propiedad y uso privado individual están subordinadas a la localización de áreas y bienes de propiedad y uso comunal (81).”

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

“Tenencia de vivienda se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar, son los casos en que uno o más miembros del hogar pagan en forma periódica (semanal, mensual, anual, etc.) al propietario o a un tercero, cierta suma de dinero, por el derecho de habitar en esa vivienda o cuando la vivienda pertenece a alguno(s) de los miembros del hogar (83).”

“La situación de tenencia de la vivienda debe procurar seguridad no sólo en sus estructuras, también en su tenencia, que se minimice el riesgo de un desalojo. Comúnmente la propiedad se considera más segura, puesto que, si el dueño de la vivienda vive en ella, es menos probable que pierdan la posesión de la misma, aunque también se considera el arrendamiento como una forma de tenencia segura (84).”

“La seguridad de la tenencia es un componente central del derecho a la vivienda adecuada, ya sea en el contexto de la renovación urbana, la gestión de la tierra u otros proyectos de desarrollo, o para hacer frente a las necesidades de reconstrucción o desastres, tales como los habitantes de los asentamientos informales (85).”

“El piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el lugar que se pisa. También, en lenguaje coloquial, los diferentes niveles de un edificio son llamados pisos. Además en España se denomina piso a las viviendas. En arquitectura, los diferentes niveles se denominan plantas y los materiales que conforman la superficie superior de cada planta se llama pavimentos, incluso los de las zonas exteriores a la edificación. Tanto la palabra planta como piso, son términos homónimos (86).”

“Así mismo el piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción), que es el elemento estructural horizontal de una planta y que se utiliza como medio de una vivienda (87).”

“Los pisos de tierra son muy comunes en los países en vías de desarrollo, especialmente en viviendas rurales: la capa vegetal (con materia orgánica) es removida y sustituida por suelo inorgánico (arcilla, arena, grava) bien compactado. Capas de arcilla mezclada con estiércol logran cierta estabilización de la superficie, pero tienen que ser renovadas periódicamente, para ser efectivas, son de material local natural, tiene un bajo costo, es idóneo en climas secos en donde el piso se vuelve cada vez más sólidos (88).”

“El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa), 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. Muchas culturas tradicionales dan mayor importancia a otros criterios, tales como la creencia religiosa, estilos de vida local y estatus social, y estos deben ser respetados (89).”

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

“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. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación (91).”

“La pared, alude a una estructura física o mental, alta y plana, capaz de separar o dividir un espacio de otro. Su uso es muy frecuente en arquitectura, ya que las paredes son las obras de albañilería que se levantan a plomo, en sentido vertical, para dividir los distintos cuartos y mantener en ellos la privacidad, y para sostener toda la estructura edilicia y los techos (92).”

“Adobe son ladrillos de barro que se secan con el sol, de esta manera pasa a significar toda masa barrosa, en general consistente en una mezcla formada en su mayor cantidad por arena (80%) arcilla (20%) y agua, que en algunos casos aparece mezclada con paja, para evitar las grietas, secada con el sol, dándole forma rectangular (93).”

“La pared es un cuerpo longitudinal compuesto de diversos materiales, estos se clasifican según el material utilizado en paredes de tapia y adobe es frecuente en obras de reforma o rehabilitación de edificaciones antiguas situadas en zonas rurales paredes de bloques de hormigón (94).”

“Entendemos por dormitorio al espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor (95).”

“La habitación es el espacio de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. Así mismo es uno de los espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño, comer o el que puede diferir muchísimo el estilo entre los miembros de una misma familia, especialmente si hablamos de personas de diversas generaciones (como abuelos, padres o hijos), así como también en términos de género o de número de personas que lo usen (96).”

“Dormitorio es una habitación usada, sobre todo, para el sueño o descanso. En la mayoría de casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo personal o compartido. De los cuales las actividades pueden variar desde dormir, leer, o simplemente aislarse un poco al exterior en dicha habitación (97).”

“El abastecimiento de agua potable a nivel doméstico no se reduce a las cuatro paredes del hogar. Todos los integrantes de la comunidad deben tener acceso al agua potable, incluso los más pobres. Las situaciones en que sólo algunos hogares (o negocios o granjas) tienen acceso al agua potable a expensas de sus vecinos o del medio ambiente mismo finalmente dan lugar a problemas en materia de abastecimiento de agua potable a nivel comunitario (98).”

“La red de abastecimiento de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, con cadenas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad,

pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable. Hace referencia también al agua que llega al hogar por tubería o ducto conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente (99).”

“La fuente de agua debería estar a una distancia que permitiera a los integrantes del hogar acceder a ella con facilidad y tomar de ella suficiente agua como para satisfacer las necesidades que exceden la supervivencia y la salud: en especial, las relativas a la agricultura y la cría de animales (100).”

“La eliminación de excretas y la evacuación de las heces es un importante factor de contaminación del suelo y del agua, y una fuente de enfermedades infecciosas para los humanos, en particular para la población infantil. Si no se cuenta con conexión a la red de cloacas, la letrina es una alternativa sencilla (101).”

“Se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua (alcantarillado o pozos con o sin tratamiento); incluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas como las letrinas (102).”

“La eliminación excreta 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 ha y microbios, parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte. Corremos el riesgo de contraer enfermedades, cuando el agua o los alimentos que consumimos están contaminados con excrementos (103).”

“Un combustible para cocina más importante es los combustibles leñosos suscitan poca rivalidad entre usos energéticos y usos no orientados a la producción

de energía, la totalidad de la leña utilizada en los hogares es de bosques naturales. Los consumidores locales de leña suelen coexistir (104).”

“En el país, los combustibles utilizados mayormente para cocinar los alimentos son el gas, y la leña. El gas y la electricidad son empleados en mayor porcentaje en las ciudades o áreas urbanas, en tanto que la leña, es de uso más frecuente en los hogares rurales. El precio y la disponibilidad establecen diferencias en el tipo de combustible consumido por los hogares (105).”

“Es cuando las personas del hogar preparan sus alimentos en una hornilla o estufa que funciona con energía eléctrica o para preparar sus alimentos las personas del hogar usan gas de pipeta (gas propano) o proveniente de una red exterior (gas natural) también se refiere a cuando las personas del hogar preparan sus alimentos en una hornilla o estufa que funciona con algún tipo de combustible líquido derivado del petróleo (106).”

“Se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica (107).”

“La energía eléctrica es la forma de energía que resultará de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, situación que permitirá establecer una corriente eléctrica entre ambos puntos si se los coloca en contacto por intermedio de un conductor eléctrico para obtener el trabajo mencionado (108).”

“Eléctrico del latín *electrum*, es lo que trata o guarda relación con la electricidad. Es, según los expertos, una propiedad esencial que se caracteriza por la repulsión o la atracción que se genera entre las porciones de una materia, de acuerdo a la presencia de protones (de carga positiva) o de electrones (cuyas cargas son negativas) la energía de carácter eléctrico es (109).”

“La eliminación de los residuos sólidos por el método del relleno sanitario es considerada como una técnica de disposición final, que tienen en cuenta principios esenciales de ingeniería sanitaria con el fin de evitar todo tipo de contaminación que resulte nociva para la salud pública y del medio ambiente (110).”

La disposición de basura es cualquier objeto, material, sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que el generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, con valor económico o de disposición final. Los residuos sólidos se dividen en aprovechables y no aprovechables (111).

La disposición de la basura es también el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los 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 medio ambiente, otra forma de disposición de la basura consistente en destruir la basura mediante el fuego (112).

La población del Caserío de Hualcor, según el tipo de viviendas que predominan es viviendas unifamiliares, un motivo es porque sus padres otorgan sus terrenos como herencia para que puedan construir sus viviendas de manera

independiente, también deciden independizarse para poder hacerse cargo de su familia, esto les permite tener su propio espacio para que puedan jugar sus niños.

Más de la mitad de peruanos (59%) vive actualmente en una vivienda propia completamente pagada, según el estudio del año 2014-2016. Los resultados muestran, además, que solo un 23% vive en casa alquilada y otro 37% está domiciliado en la casa de sus padres o de algún familiar. Si hacemos una comparación en el 2014, más de una cuarta parte (27,1 %) una vivienda propia, (113).

El Instituto Nacional de Elecciones e Informáticas (INEI), en una encuesta realizada en los departamentos del país realizada en 18 de marzo del 2014 donde resalta que en Ancash el 54,9% de las viviendas son unifamiliares, Apurímac 45,8% viviendas unifamiliares, Loreto 65,9%, Ucayali 49,9%, Tumbes 63,8%, Lima Metropolitana 65,9%, Cajamarca 59,5%(114).

Los pobladores del Caserío de Hualcor, sobre el material de techo de las viviendas son de teja este tipo de materiales está a disponibilidad de la población, porque la fabricación de teja la realizan en la misma zona a 30 minutos caminando por que ellos lo pueden adquirir a menos precio, la teja se fabrica con tierra fina de color rojo combinando con agua luego poner en hornos de barro, en 45°cg, se deja por dos días para que seque y así poder utilizar.

En contraste con la realidad nacional en la investigación del INEI – Población Y Vivienda – Según Material Predominante en los Techos y Área de Residencia. Se encontró que en la zona urbana el material de techo mayormente usado es el concreto armado con un 51.0% y en la zona rural es la calamina con un 58.1%. Así 61 mismo

la investigación señala que en la zona rural el porcentaje del uso de calamina ha mostrado un aumento del 15,1% en el periodo (2011 – 2016) (115).

Casi todos los pobladores del Caserío de Huallcor, cuentan con piso de tierra en sus viviendas, esto se debe a la lejanía con que se ubica el lugar, también a la falta de economía para poder comprar materiales y por otro lado es difícil de trasladar el material, el material de las paredes todas las viviendas presentan paredes de adobe/tapial, probablemente porque la población no cuenta con un ingreso económico suficiente para poder construir las paredes con material noble y cemento o ladrillo, porque también los antepasados construyeron con adobe y tapial, por ser el material menos costoso de fácil acceso para la construcción.

Con la realidad en estudio se encontró en la investigación realizada por el INEI en el año 2016 sobre viviendas particulares según material predominante en los pisos y área de residencia, que en la zona urbana los hogares con piso de tierra fueron de un 16% y en la zona rural los hogares con piso de tierra a nivel Ancash, fueron de un 62.7%, así mismo, en este informe se destaca que en la zona Cuzco, 55,5% rural los hogares con piso de tierra han mostrado una cifra porcentual del 76,7% (116).

En el departamento de Ancash, la provincia de Santa es la que tiene el mayor porcentaje de viviendas en cuyas paredes exteriores predomina de material más utilizado en las paredes es el adobe o tapia; las provincias con mayor porcentaje de viviendas con este material son: Recuay 88,2%, Ocos 82,0%, Huaraz 66,7%, Casma y Huarmey 39,3% y 28,9. (117).

Respecto al número de personas que comparten una habitación es de 2 miembros por familia, observamos que más de la mitad cuentan con habitaciones

individuales, esto se debe a que mayormente lo dividen con triplay, para que sus hijos tengan su espacio para poder estudiar y guardar sus cosas.

En el Censo del año 2016 publicado por el Instituto Nacional de Elecciones e Informáticas (INEI) se muestra que, en el área urbana, los hogares con 5 y más miembros representan el 34,7% y los hogares conformados por 3 a 4 miembros representan el 40,5%; mientras que en el área rural el 37,8% de los hogares están conformados por 5 y más miembros, y el 33,6% de los hogares tiene entre 3 y 4 miembros. Comparando con el censo de 2007, se observa una reducción en el número de hogares urbanos con cinco y más miembros que pasa de 46,5% en 1993 a 34,7%. (118).

Respecto al abastecimiento de agua todas tienen conexión domiciliaria esto se obtuvo hace muchos años atrás las autoridades correspondientes de la zona en coordinación con las autoridades locales hicieron gestiones para poder obtener el agua, porque antiguamente solo contaban con algunos puquiales y los niños y personas adultas mayores se enfermaban muy continuamente de dolor de estómago en temporadas de lluvia estos puquiales se convertían en lugares muy peligrosos en especial para los niños pero hoy en día cuentan con un tanque para el tratamiento de agua para ello tienen un trabajador que se encarga de clorar el agua en el respectivo reservorio todas las semanas.

En el censo del 2016 en el departamento de Áncash. Revela que del total de viviendas particulares, 151mil 733 tienen conexión a red pública dentro de la vivienda, lo que presenta el 61,1% del nivel departamental. Se encontró además 19 mil 345 viviendas con red pública fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación (7,8% del total) y 6 mil 895 que también acceden al agua potable o a través del pilón

de uso público. En el extremo opuesto, el 17,4% de las viviendas 843 mil 138) utiliza el agua proveniente del río, acequia o manantial y un 6,3% la obtiene de pozo, que equivale a 15 mil 597 (119).

La población en estudio cuenta con baño propio; esto se debe a que los pobladores y autoridades se organizaron y gestionaron a la municipalidad distrital de Independencia para las instalaciones de agua y desagüe; por otro lado una minoría de la población eliminan sus excretas a campo abierto esto debido a que no tienen acceso al servicio de alcantarillado porque las viviendas se encuentran alejados de la misma comunidad, pues las autoridades promovieron el uso de estos servicios para prevenir enfermedades, el desagüe desemboca en el río Santa, algunos pobladores refieren que mejora su calidad de vida y salubridad, anteriormente contaban con letrinas cerca de su casa, actualmente todos cuentan con baño propio.

En el censo del 2015 - 2016 por el Instituto Nacional de Elecciones e Informáticas (INEI) nos muestra de cada 100 hogares 68 eliminan las excretas mediante red pública de alcantarillado y 10 por pozo séptico. En el área urbana, el 84,9% de los hogares tienen sistema de eliminación de excretas por red pública, y en el área rural el 14,4%. Por otro lado, de cada 100 hogares rurales, 28,1% eliminan las excretas mediante pozo séptico, mientras que solo el 3,9% utiliza este medio en el área urbana (120).

En la población en estudio se observó que casi todos los adultos de la población utilizan leña como combustible en las actividades domésticas, ya que en la zona no tienen acceso al gas, también refiere la población que el costo del gas es alto, la leña lo adquieren de la tala de los árboles como eucalipto, el uso de la leña es más

práctico y permite que la comida se cocine más rápido manteniendo el calor de los alimentos, por más tiempo.

Los adultos refieren que cocinar con leña produce mucho humo es por ello que les duele la cabeza, la vista y dolores del cuerpo, las consecuencias a la larga es el cáncer a los pulmones, las asma también están propensos de adquirir infecciones respiratorias.

El Instituto Nacional de Elecciones e Informáticas (INEI) informa los resultados de un censo realizado en marzo del 2016 concerniente al tipo de combustible más usado para cocinar en los hogares de la zona andina o sierra es leña, pues lo utilizan 4 millones 851 mil 940 de hogares (58,2%), seguido de gas que es utilizada por 3 millones 39 mil 901 hogares (49,2%). En el área rural sólo en el 6,3% de los hogares se utiliza el gas, y cobra relevancia la leña que es usada por el 80,4% de hogares y la bosta/estiércol que es utilizada por el 12,3% de los hogares rurales (121).

En relación a la energía eléctrica cada familia cuenta con energía eléctrica permanente, esto indica múltiples efectos positivos en la calidad de vida de los hogares; actualmente es una necesidad el uso de la electricidad para el cargado de las baterías de los celulares, escuchar músicas, ver tv, programas como noticias para poder informarse de lo acontece, etc. ya que cada usuario cuenta con un medidor es por ello que realizan el pago por el servicio proporcionado actualmente por la empresa Hidrandina S.A.

En el censo del 2015-2016 por el Instituto Nacional de Elecciones Informáticas (INEI), nos muestra de cada 100 hogares 94 cuentan 66 con energía eléctrica por red pública dentro de la vivienda. En el área urbana son 99 hogares de cada 100 y 80 en

el área rural. No se observa cambios relevantes en los hogares que acceden al servicio de energía eléctrica por red pública en el área urbana, sin embargo, en el área rural se incrementa la cobertura en 1,2 puntos porcentuales (122).

En cuanto a la disposición de basura lo hacen a campo abierto esto debido que el carro recolector de basura no pasa todos los días, pasa los días sábados 8:00 am los miércoles 10.00 am por lo tanto los pobladores no acostumbran botar la basura al carro recolector, refiere que tiene que salir a pastar su ganado, cultivar sus sembríos. Refieren que suelen eliminar la basura en sus sembríos, esto hace referencia de considerar que los residuos que desechan a campo abierto favorecen a las plantas, al enriquecimiento de sus cultivos como abono natural brindándoles productos saludables.

El carro recolector pasa a esa hora por la lejanía de la ciudad, los días lo han restablecido de la municipalidad de Huaraz, y los residuos orgánicos: (como los tarros de leche los plásticos) los eliminan en un lugar echando en sacos de arroz, los trabajadores de la municipalidad lo recogen de ese lugar.

Por otro lado, el INEI informa que, en el año 2017, se ha podido priorizar el uso preferente por los botaderos a campo abierto por parte de las municipalidades distritales, el cual representó el 85,7% (1 mil 250 municipalidades). Los rellenos sanitarios constituyeron el 50,8% (561 municipalidades), los destinos finales aumentaron respecto al año 2012, destacando el reciclaje al pasar de 363 a 413 municipalidades contribuyendo en la reducción y reutilización de los residuos. Igualmente, según las declaraciones al registro de municipalidades la disposición en rellenos sanitarios se incrementó en 7,9% al pasar de 520 a 561 municipalidades (123).

En conclusión, sobre los determinantes relacionados con el entorno físico de los adultos. En cuanto al combustible, el uso permanente de la leña para labores de cocina, hace vulnerables a adquirir las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas, infecciones oculares y la agudización de las mismas, ya que las madres son encargadas de la preparación de los alimentos para la familia. Por otro lado, la mala selección de residuos sólidos, eliminación inadecuada, el almacenamiento, recolección y disposición final de los desechos sólidos no brindan ninguna protección, aumentan el riesgo de contagiarse las enfermedades infección intestinal.

TABLA 3: En los determinantes del estilo de vida de las personas adultas el 36,6% (60), menos de la mitad consumen fruta 3 o más veces / semana, el 34,8% (57) carne menos de 1 vez/ semana, el 42,1% (64)huevo 1 o 2 veces/ semana, el 33,5% (55) fideos, arroz, papa, el 45,1% (74)pan, cereales a diario, el 39 % (64), verduras hortalizas 1 o 2 veces/ semana el, 50,6% (83) más de la mitad consumen pescado nunca o casi nunca, el 76,2% (125) la mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, 75% (123) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, el 76 % (125), no se realizan examen médico periódico, el 90,1% (148), no realizan actividad física, el 100%(164) todos duermen de 6 a 8 horas diarias, el 100% (164)se bañan 4 veces/ semana, el 100%(164) consumen otros alimentos nunca o casi nunca.

Estos resultados obtenidos se relacionan al estudio realizado por: Abanto, A. (124), con el título: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote, 2015. Respecto a los estilos de vida, 81,2% no fuman ni ha fumado nunca de manera habitual, el 48,7% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 80% se bañan 3 a 4 veces a la semana, el 67,5% no se realizan exámenes médicos periódicos, el 81,2% (65) no realiza ninguna

actividad durante más de 20 minutos. En cuanto a la alimentación, el 36,2% consumen verduras y hortalizas 1 – 2 veces a la semana, 52,5% consumen pescado 1 – 2 veces por semana; 50% huevos 1 o 2 veces; el 55% no consumen legumbres nunca o casi nunca.

En cuanto al estilo de vida estos resultados se asemejan con el estudio encontrado por Castro, N. (125), en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Pongor, Huaraz, 2015. El 80% no fuman ,70% no consumen bebidas alcohólicas ,82% duermen de 6 a 8 horas,96% se bañan 4 veces a la semana, el 80% no realizan examen médico periódicamente,90% caminan en sus horas libres, donde el 18% el consumo es de 1 o 2 veces a la semana, 27,8% consumen carne, 60% comen huevo diariamente, así también el 37,4% casi nunca consumen pescado , en relación al consumo de pastas (fideos) el 50% diariamente, 89,2% indican que consumen pan y cereales diariamente, 54 % verduras con menos frecuencia de 1 a 2 veces por semanas, el 50% productos lácteos (leche, queso, yogurt, mantequilla) diariamente.

Un estudio con variables comparables se halló en la investigación de Chinchay, M. (126) en su exploración titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q – Huaraz, 2015. Donde el 83,7% no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 87,8% ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 99% duermen de 6 a 8 horas diariamente, 94,4% se bañan una vez a la semana, 94,9% no se realizan ningún examen médico periódico, 44,4% caminan como actividad física, 42,9% caminó durante más de 20 minutos en las dos últimas semanas, 48% consume frutas 1 o 2 veces a la semana, 38,8% consume carne una o dos veces a la semana, 45,4% consume huevos diariamente, 44,9% se alimentan de

pescado menos de una vez a la semana, 90,3% consumen fideos menos de una vez a la semana, 89,8% consumen 1 o 2 veces a la semana, 64,3% se nutren de verduras y hortalizas diariamente, 37,2% consumen otros alimentos nunca o casi nunca.

Otro estudio con variables que difieren es la de Beltran, B. (127) en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte, Lima 2015. Donde el 62,5% (50) refiere que no fuma actualmente pero ha fumado antes, 37,5% (30) consume bebidas alcohólicas 1 vez a la semana, 83,7% (67) duerme de 6 a 8 horas, 75% (60) la frecuencia con que se bañan es 4 veces a la semana, 87,5% (70) si se realizan exámenes médicos periódicos, 68,7% (55) caminan en tiempo libre y la actividad física que realizaron durante más de 20 minutos fue caminar, 18,7% (15) consumen frutas nunca o casi nunca, 32,5% (26) consumen carne 3 o más veces a la semana, 8,7% (7,0) consumen huevos 1 o más veces a la semana, 46,2% (37) consume pescado menos de una vez a la semana, 50% (40) consumen fideos 1 o 2 veces a la semana, 28,7% (23) consumen cereales 3 o más veces a la semana, 62,5% (50) consumen verduras y hortalizas diarias, 25% (20) consumen oteo tipo de alimentos nunca o casi nunca.

Así mismo difiere con lo obtenido por Rodríguez. A (128) en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos de Urbanización San José –Piura, abril 2013. “93% duermen de 9 a 10 horas, donde refiere que el 68% realiza como actividad física caminar, el 80% realizan examen médico periódicamente, el 55% consumen fruta 2 a 3 veces a la semana, el 37% consume carne 2 veces a la semana, el 30% consumen huevo a la semana, el 44,5% consumen pescado 4 veces a la

semana, el 60% consumen fideos 3 veces a la semana, el 60% consumen verduras 3 o más veces a la semana, el 35% consumen lácteos 1 a 2 veces a la semana.

Los resultados obtenidos son distintas al estudio de Peña, Y. (129), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo _ Chimbote, 2016. 55,3% no consume bebidas alcohólicas, 73,3% duermen de 08 a 10 horas 51,3% se baña diariamente, 100% realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 55,3% consume fruta a diario, 41,3% de 3 o más veces a la semana consume carne, huevos, 48% diario, 53,3 % consumen pescado nunca o casi nunca, 80% pan, cereales diario, pero son similares el 55,3% refiere que no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual, el 48,6% su actividad física es caminar, el 73,3 % las dos últimas semanas la actividad física que realizó durante más de 20 minutos es caminar, 55,3% consume fideos diariamente, 48,6 % verduras, hortalizas consume de una a dos veces a la semana.

Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín: fumare, que significa inhalar humo, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, son personas que comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su stress (130).

Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín: fumare que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, tanto la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso central, y luego se ven envueltos en una adicción (131).

Igualmente se denomina productos del tabaco a los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. Más de tres millones de personas mueren anualmente en todo el mundo por enfermedades asociadas al tabaquismo (132).

“El consumo de bebidas alcohólicas es un problema a nivel mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Los daños por el consumo de bebidas alcohólicas que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor, en otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (133).

Beben alcohol ocasionalmente también conocidos como bebedor Beta. Es un bebedor ocasional, en los compromisos sociales bebe una cantidad excesiva, pero mantiene el control, puede mantener la abstinencia temporalmente. No depende del alcohol, a veces bebe mucho pero no está en peligro porque puede dejarlo. El peligro está en los posibles daños corporales por el exceso de alcohol y la dependencia (134).

En la actualidad, el consumo de alcohol se convirtió en un importante problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Se manifiestan en una edad de inicio cada vez más temprana, un aumento paulatino en la ingesta de las mujeres y, registrándose en ambos sexos un mayor consumo los fines de semana en un período corto de tiempo, lo cual produce efectos diferentes, asociado al beber en el momento de la comida (135).

El número de horas de sueño para estar descansados varía de una persona a otra. Mientras que algunas sólo necesitan dormir entre 5 y 6 horas, otras precisan 10

o más. No obstante, lo normal es que un adulto sano duerma un promedio de 8 a 8 horas. Las principales causas de privación del sueño suelen ser dolencias que producen dolor o molestias, y trastornos psíquicos como la depresión y el estrés diario (136).

Es el tiempo y el tipo de sueño que necesita descansar, sin embargo, las horas de sueño que necesita no está determinado por la edad. Cada persona necesita unas horas diferentes: no hay un número mágico. No solo interviene el tiempo que duerme sino la calidad del sueño. El sueño varía día a día dependiendo de las circunstancias a las que se enfrente (137).

Hábitos de descanso saludables de 6 – 8 horas, ofrecen beneficios generales y son fundamentales para mantener la buena salud y el bienestar a cualquier edad. Estos hábitos de descanso saludables generalmente le permiten levantarse renovado, pensar rápidamente y hacer correctamente tareas que implican un peligro, como conducir, que exigen la máxima atención, y lograr los mejores resultados en el trabajo o la escuela (138).

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. La higiene personal está constituida por el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable (139).

Bañarse son las medidas de higiene o limpieza que las personas hacen para conservar su salud, tales como el lavado de manos, lavado de los dientes, uso de ropa limpia, cuidado de la piel, cuidado de los pies. Etc. también se refiere al cuidado de

nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona, para evitar aquellos factores nocivos (140).

Higiene personal de 3 a 4 veces a la semana con esta práctica se controlan olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor. De igual forma evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel lo ideal es tomar hábitos de higiene diario con agua y jabón (141).

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 (142).

El chequeo médico es un examen médico general, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, en un lapso de 2 a 4 horas, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa (143).

El examen médico es definido como la 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 método científico aplicado a la práctica clínica. Es el orden recorrido para

estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica, psicológica y espiritual (144).

Actividad física. Se define como: cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de los niveles de reposo. O también, como todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas”. En relación con la salud, como ya indicamos, la actividad física es fundamental en la adquisición y en el mantenimiento de la condición física aeróbica (145).

Realizar actividad física de manera regular puede ser más benéfico de lo que creemos, contribuyendo a la buena salud física y mental. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal que exige un gasto de energía una forma activa de transporte, actividades recreativas entre otras (146).

La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. Ello aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías (147).

Alimentarse a diario es una necesidad básica. Sin embargo, las personas a menudo olvidan la importancia de una buena alimentación y consumen alimentos que poco tienen que ver con la palabra saludable. Pues bien, una dieta adecuada incluye alimentos vegetales que aumentan la energía, con una alimentación sana las funciones básicas de tu cuerpo no tendrán inconvenientes. Ya verás cómo te haces más saludable y participativo (148).

Los alimentos son todas sustancias naturales, de origen animal, vegetal o mineral, que contenga en su composición aportes energéticos y nutritivos para el organismo, y con cualidades sensoriales (color, aroma, sabor, etc.). Los nutrientes orgánicos incluyen carbohidratos, grasas y proteínas, así como vitaminas (149).

Entendemos por fruta a todos aquellos productos comestibles que se obtienen de plantas o árboles, que se caracterizan por ser extremadamente dulces y por contar con una variedad importante de colores, sabores, tamaños y texturas de un caso a otro. La fruta es uno de los componentes más importantes de cualquier alimentación y es recomendable por nutricionistas y expertos en alimentación de todo el mundo comer una importante variedad de frutas ya que cada una aporta una cantidad específica de vitaminas, minerales y fibra. A diferencia de otros productos alimenticios que requieren elaboración, la fruta puede ser adquirida fácilmente ya que la misma no necesita manufactura y por lo tanto se puede acceder a ella contando con algún árbol de fruta en casa (150).

Las hortalizas y verduras son alimentos que contribuyen a hidratar nuestro organismo por su alto contenido de agua además de ser nutritivas y saludables son ricas en vitaminas, minerales, fibra y, en menor medida, en almidón y azúcares, hecho que explica su bajo aporte calórico. Son también una fuente indiscutible de sustancias de acción antioxidante. Por todo ello se consideran fundamentales para la salud (151).

Cereal hace referencia al fruto de las plantas gramíneas (trigo, arroz, maíz, centeno, mijo, avena) que ya se cultivaban hace 11.000 años por antiguas civilizaciones. Los granos de cereal son el principal alimento de muchas regiones del

planeta por su composición nutricional y por ser fáciles de conservar. El cereal más utilizado para la elaboración del pan es la harina de trigo (152).

En la investigación realizada sobre los determinantes de los estilos de vida se muestra que todos no fuman, tampoco lo realizan de manera continua, debido a las creencias y costumbres de las personas del lugar, algunos están enfocados en sus labores diarias (estudios, trabajo) y en sus tiempos libres practican deporte, la población refiere que el consumir este tipo de sustancias es dañino para la salud; teniendo en cuenta que el tabaco contiene sustancias químicas que pueden producir adicción en la persona pueden ocasionar problemas cancerígenos.

El grupo etario que ha evidenciado mayores logros es entre los 20 y 24 años de edad. Según la ENDES, se ha producido un descenso de 4,3% en el consumo de tabaco en las mujeres en edad fértil entre el 2015 (6,9%) y el 2017 (2,6%). El Minsa destacó que el Perú participó en el proceso de elaboración, negociación para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aborda el tratamiento, la prevención, publicidad, contrabando de productos de tabaco (153).

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente consumen en forma esporádicas, cuando se realizan fiestas del pueblo, Acostumbran beber chicha de jora (bebida tradicional del sector en estudio) mezclada con alcohol. Esta chicha es preparada por las mujeres de la zona, quienes juntan diferentes variedades maíz, lo hierven de 2 a 3 horas, luego envuelven con las ramas del aliso y sauco por 3 días; pasado estos días de reposo y maduración dejan secar bajo el sol, seguidamente muelen el maíz y de esta harina hacen la famosa chicha de jora.

En los hogares del Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); en los años 2015 y 2016, la cerveza es la bebida alcohólica de mayor

consumo con 32 litros 900 mililitros al año o 2 litros 700 mililitros de consumo promedio por hogar al mes, seguido del vino con 800 mililitros al año. Por ciudades importantes, se observa que los hogares con mayor consumo per cápita de cerveza están en la ciudad de Iquitos con 67 litros 600 mililitros al año, cifra 7,2 veces mayor que en la ciudad de Moquegua que tiene en menor consumo con 9 litros 400 mililitros al año de esta bebida alcohólica (154).

Respecto a las horas que duermen los pobladores entre 6 a 8 horas, el motivo sería porque también tiene que iniciar sus largas jornadas de labores a tempranas horas del día agotando sus energías en los trabajos que requieren esfuerzo en la agricultura y ganadería, además de llevar a sus animales para beber agua fresca del riachuelo que pasa cerca del sector convirtiéndose esto en una rutina que deben de seguir todos los días, Es recomendable dormir las horas completas reduce el riesgo de hipertensión y ayuda al mejor funcionamiento del sistema cardiovascular como el estrés.

Dormir poco puede afectar a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda descansar al menos 6 a 8 horas diarias. La alimentación y la cantidad de actividad física que se realice en el día son factores que determinan el sueño. La falta de descanso puede producir muchos problemas gástricos, incremento del apetito, y desequilibrio en el rendimiento la OMS, señala que dormir no es un placer sino una necesidad (155).

La frecuencia con que se bañan todos los pobladores es una vez a la semana; esto puede estar relacionado a su cultura y al clima del lugar donde habitan que es demasiado frío, por lo que les condiciona tener esta rutina de aseo, otro motivo es que acaban sus jornadas laborales cansados y sudorosos por el cual no realizan el

baño completo, solo se lavan la cara los pies y se peinan; comienza el riesgo de contraer enfermedades respiratorias.

En el año 2016 la Doctora Elaine Larson, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia (EEUU) dijo: La gente cree que se está duchando por higiene o para ser más limpio, pero bacteriológicamente no es así, El baño eliminará el mal olor, pero desde el punto de vista de la prevención de enfermedades, 105 lavarse las manos con regularidad es probablemente lo más adecuado (156).

Así mismo la mayoría de los pobladores en estudio no se realizan ningún examen médico periódico debido a que no están sensibilizados, también por falta de tiempo al estar ocupados en los trabajos del campo otro motivo es porque a veces se curan en base de hierbas medicinales que tienen en casa y que producen en esta zona, también se debe a que no reciben una buena atención de parte de los profesionales a cargo de la salud pública; muchos no acuden por no contar con seguro alguno.

Cuentan con un puesto de salud pero la población no se atiende porque no tienen tiempo para acudir, acuden cuando no pueden curar sus enfermedades, el personal de salud; las enfermeras van en busca de los niños para sus respectivos controles de crecimiento y desarrollo, también para la vacunación respectiva.

Según el Instituto Nacional de Elecciones Informáticas (INEI) al comparar con el nivel de consulta de similar trimestre del año 2017, la proporción de población que buscó atención se incrementó en 2,2 % puntos porcentuales la consulta en “establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA)” al pasar de 28,6% a 27,5%, en 0,2 punto porcentual en establecimientos de ESSALUD al pasar de 0,9% a 0,7%, en 0,1 punto porcentual su domicilio al pasar de 0,2% a 0,1% (157).

En la muestra estudiada un gran porcentaje realizan caminan esto es debido a que los pobladores refieren que caminan para ir a sus chacras ir a pastar sus animales, llevar almuerzo para sus esposos, también en la zona no hay acceso de carreteras tampoco existen carros para que puedan ir a la ciudad, por ese motivo tienen que ir caminando casi cuarenta a cincuenta minutos, otros caminan para ir a su trabajo los adultos realizan caminatas por obligación por falta de movilidad ya que es una zona alejada de la ciudad, no saben la importancia de realizar ejercicios como la caminata, esto les ayuda a no tener sobrepeso también ayuda el bienestar para su salud la población realiza actividad física sin darse cuenta que es bueno para su salud.

Según la OMS, en el año 2016 se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%- 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (158).

Dentro de los alimentos que consumen los pobladores en estudio: más de la mitad consumen frutas 1 o 2 veces a la semana esto debido a que solo es posible comprar cuando asisten a la ciudad los días domingos debido a que en el sector en estudio no existe tiendas donde puedan comprar, Consumen carne menos de una vez a la semana, en su dieta en un fuerte componente de carbohidratos. La causa seria por la falta de los alimentos balanceada y del aporte nutritivo y calórico de los alimentos

los pobladores mencionan que: la papa, oca, el olluco y demás cereales, arroz, fideos son los mejores alimentos que han referido que al consumir estos productos les da más fuerzas para soportar el trabajo duro en la agricultura. Los platos típicos de la zona mayormente son el picante de cuy (cuy frito y papa sancochada, ají amarillo dorado), sopa de llunca con carne de cordero (trigo partido).

Los adultos tienen como hábito de tomar en el desayuno avena con pan, sopa de harina, para el almuerzo preparan sopa de harina de habas, resbalado (trigo partido), de segundo consumen de picante de mote con papas (pelado de trigo), arroz de trigo partido, refresco de plantas medicinales de muña, cedrón; en la cena realizan sus calentados del almuerzo, también preparan mazamorra de calabaza, tocosh de papa, maíz, oca (el tocosh es la fermentación de la papa en un pozo con agua durante 15 a 20 días).

Las tres regiones naturales costa, sierra, selva son distintas no solo por su geografía y biodiversidad, sino también por sus rasgos culturales. Una expresión de estas diferencias son los alimentos que consumen, se aprecia que el poblador serrano es quien consume más alimentos, en términos de volumen (422 kg per cápita por año), seguido por el de la selva (367 kg) y el de la costa (345 kg). En el caso de la sierra, ello se explica por la importancia de los tubérculos (140 kg, que equivalen a un tercio del total de alimentos consumidos en la región), y en el de la selva, por las frutas (116 kg: 32%) (159).

Finalmente podemos concluir que en los determinantes de salud de estilo de vida en la población se visualiza que no consumen bebidas alcohólicas, ni fuman, debido a su ritmo de vida de trabajar y buscar sustento económico para su familia. Se observó que en los alimentos se evidencia que la mayoría de la población consume

alimentos con alto contenido de carbohidratos. Resultado que nos estaría indicando el hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes como consecuencia de la falta de medios económicos.

TABLA 4: Los resultados sobre los determinantes de las redes sociales y comunitarias muestran que: más de la mitad recibe apoyo social organizado el 47,6% (78) de pensión 65, el 67,1 % (110) lugar donde lo atendieron queda regular distancia de su casa, el 64% (105) refieren atención de salud regular ,el 89,6% (147) la mayoría se atendieron en un puesto de salud, el 55,5% (91), reciben apoyo social natural, de parte de sus familiares, el 100% (164) no reciben apoyo social de organizaciones, el 100% (164) cuentan con seguro SIS-MINSA, el 100% (164), no hay pandillaje cerca de su casa.

Un estudio que se asemeja al resultado obtenido por López, R. (160), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos Maduros del Mercado los Cedros-Nuevo Chimbote, 2015. Donde concluye que del 100% adultos maduros, el 60 % se atiende en puesto de salud, el 46 % considera que el lugar donde se atendió se encuentra a una distancia regular, el 84 % tiene SIS-(MINSA), el 57 % manifiesta que el tiempo de espera es regular, el 82 % considera que la calidad de atención es buena, el 61 % no cuenta con apoyo social natural, el 42 % recibe apoyo social organizado como el vaso de leche y el 100%, manifiesta que no existe pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas.

Otro estudio que se asemeja es lo realizado por Paz, N. (161), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en el Caserío Canizal Grande-la Unión- Piura, 2016. El 52,1% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 72,9 % está asegurado en el SIS-

MINSA, el 45,7% el tiempo que espero es corto para que lo atendieran en la institución de salud y el 73,6% considera buena la calidad de atención, el 99,3% no existe delincuencia y pandillaje cerca a la casa. Pero difiere el 42,1% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy cerca de su casa.

Una investigación con variables similares se halló en el de Ayala, J. (162) en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz, 2015. Donde el 62% no recibe ningún apoyo social natural, 100% recibe algún apoyo social organizado, 83% recibe algún apoyo de organizaciones del estado, 51% se atendió en los últimos 12 meses en un Puesto de Salud, 38% considera que el lugar donde se atendió está a una distancia regular, 96% cuentan con SIS – MINSA, 32% considera que el tiempo que espero para que le atendieran fue demasiado largo, 48% refiere que la calidad de atención que recibió fue muy mala, 77% considera que no existe pandillaje ni delincuencia cerca de su casa.

Los resultados de la investigación difieren con lo obtenido por Obeso, B. (163), en su tesis sobre: Determinantes de la Salud en Adolescentes con Anemia. I. E. Inmaculada de la Merced. Chimbote – 2015. Donde el 54% (27) de los adolescentes con anemia no reciben ningún tipo de apoyo social natural, el 100% (50) no reciben ningún tipo de apoyo social organizado; el 78% (39) no recibe ningún apoyo de organizaciones y solo un 22% (11) recibe el apoyo de comedores populares; el 66% (16) se atendió en un centro de salud los últimos 12 meses, el 54% (13) refiere regular distancia a su hogar, el 76% (38) cuenta con SIS (MINSA) ,el 71% (17) opinan que fue regular el tiempo que espero para ser atendido , el 63% (15) opina fue buena la calidad de atención difiere en que el 64% (32) afirman que si existe pandillaje.

Un estudio que difiere es el realizado Por Villar, M. (164), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Niños Menores de tres años con Riesgos Nutricionales. Puesto de Salud Florida - Chimbote, 2014. Tipo de seguro es 41%(27) es el ESSALUD; el tiempo que espero para que lo atienda es 41% (43) muy largo, el 75,2% (79) no reciben apoyo social natural; reciben algún apoyo social organizado 100% (105) no recibe apoyo. En el vaso de leche el 97,1% (102) si reciben. Refieren que el 100% (100) se atendieron es puesto de salud; considera usted que el 70 lugar donde lo atendieron es 48,6% (51) esta regular de su casa; la calidad de atención que recibió 65,7% (69) es buena.

Así mismo estos resultados difieren a lo encontrado por Garay, A. (165), en su estudio denominado” “Determinantes de la Salud de los Adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico Nuevo Chimbote, 2016”. “Donde refiere que el 40 % de los adultos se atendieron en los 12 últimos meses en un centro de salud, el 38 % considera que el lugar donde se atendieron está lejos, el 47 % considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue demasiado largo, el 99 % considera que la calidad de atención fue mala, el 62 % refiere que si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el 95 % refiere que reciben apoyo social natural , el 100 % refiere que reciben apoyo social organizado como pensión 65 años . Pero se asemeja con el tipo de seguro donde el 52% tiene SIS-(MINSA).

El apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para 84 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 (166).

El apoyo social es información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosas en el receptor. El apoyo social a la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. Está demostrado que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia (167).

El apoyo social natural es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis, dentro de las Redes de apoyo social natural tenemos: La familia, amigos, allegados, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales. Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente (168).

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 (169).

Apoyo social organizado. Es una idea generalmente aceptada el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la

enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana (170).

Apoyo social organizado. Es un programa puede ser un listado de temas, una planificación, el anticipo de algo o un proyecto social, por su parte, es el “adjetivo que califica a aquello vinculado a la sociedad”. Programa social Puede decirse que un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas (171).

La institución de salud. Se define como aquella institución que otorga un tratamiento integral a la población beneficiaria, donde el equipo interdisciplinario ofrezca y brinde sus funciones con profesionalismo y ética, por lo tanto, una institución de salud es el lugar en el cual se atiende a los individuos con el objetivo de mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades (172).

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 (173).

Entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no

disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas (174).

Seguro social es un programa que financia o administra el gobierno para satisfacer las necesidades básicas de las personas sin recursos. Por lo general suelen estar dirigidos a quienes viven en condiciones de pobreza, a los discapacitados, a las familias numerosas y a los ancianos. Los beneficios de la seguridad social tienen carácter de integrales e irrenunciables. El Estado está obligado a conceder estos 115 beneficios y no puede dejar librada la atención a los emprendimientos privados (175).

SIS (MINSA) está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas. EL SIS y sus trabajadores pueden generar valor agregado dándole prioridad a los grupos de pobreza y extrema pobreza, un sistema de aseguramiento público través de la disminución de la tasa de morbimortalidad (176).

El tipo de Seguro no es otra cosa más que el contrato que se establece con una empresa aseguradora o el estado. En dicho contrato, denominado: Póliza, la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona (enfermedades o accidentes e incluso la muerte), o en algunos de sus bienes (automóvil, empresa, taller o casa) por cualquier motivo (robo, incendio, terremoto), dicha persona (o quien ella haya designado como beneficiario) recibirá la cantidad de dinero acordada en la póliza. A este dinero se le conoce como Indemnización (177).

El tiempo es un indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia. Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales, aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo 78 demanda la asistencia o llega a la Unidad Funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario (178).

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 resolutoria de cada institución, por otro lado, el personal quien brinda la atención tiene que priorizar de acuerdo al estado de la persona (179).

La calidad de atención 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 (180).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como Calidad del Servicio de Salud: Satisfacción de las necesidades del usuario, menor riesgo al paciente, prevención y recuperación total del paciente y su rehabilitación. Existe una relación estrecha entre la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios para lograr el equilibrio del Sistema de Salud (181).

La calidad de atención en salud 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.

También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (182).

Una 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 (183).

Pandillaje. Es definida como uno de los problemas sociales que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. En los siguientes párrafos, mencionaremos las principales causas del pandillaje sociales y económicas (184).

El pandillaje o delincuencia es cuando los jóvenes, en su mayoría, tratan de buscar que se identifiquen con un estilo de vida con el que sientan que son tomados en cuenta realmente. Es por esta razón que cada vez más jóvenes buscan una solución en el pandillaje. Este es uno de los problemas sociales que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses (185).

En la investigación realizada a los adultos del centro poblado de Huallcor, en relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias se encontró un porcentaje significativo que reciben apoyo social natural, por parte de sus familiares debido a que la familia es el centro de apoyo primordial ya que frente a una necesidad primero se recurre a la familia, esto está relacionado a que es un sector

donde cada familia vela por la seguridad de su propia familia es decir cada jefe del hogar vela por que a su familia no le falte lo necesario para vivir, pero tampoco descuidan el amor al prójimo, es así como sobresalen juntos en familia.

Referente al apoyo social organizado, no reciben ayuda al enfermo tampoco de alguna empresa, por lo que la población no tiene conocimiento, de los apoyos de la empresa, de una organización, otro motivo es que está alejado de la ciudad, es por eso q no tienen acceso a muchos beneficios.

También reciben apoyo social por parte del estado, el programa de pensión 65 los requisitos que deben cumplir para acceder a este programa son: persona de recursos bajos, reciben 200 soles todo lo fines de cada mes, los adultos tienen que acudir al puesto de salud para su chequeo médico, para que su SIS es te vigente.

En un estudio realizado por el INEI se muestra que en el Perú las zonas urbanas marginales un 87,5 % no cuentan con “apoyo de natural” de ninguna organización, solo una parte de la población cuenta con apoyo de familiares, algunas 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 (186).

Desde sus inicios en el año 2016, hasta el año 2017 el Programa ha ampliado su cobertura constantemente. A noviembre de 2016 a llegado a 14 Regiones² y en cada uno de ellas se focalizó en los departamentos como: 76,7% Amazonas, 66% Ancash, 55,5% Apurímac, 65,3% Ayacucho, 47,8% Cajamarca, 60,6% Cusco, 54,6% Huancavelica, 63,3% Huánuco, 67,5% La Libertad, 57,8% Loreto, 76% Junín,

33,7% Pasco, 54,4% Piura Según las estadísticas del Programa, al momento de finalización del presente estudio, 420,491 hogares cuentan con este apoyo y beneficiarios de JUNTOS en 638 distritos del país (187).

Relacionado a la institución de salud en la que se atendieron los adultos en estudio refirieron que en los últimos 12 meses acudieron al puesto de salud, del Caserío de Hualcor, el Centro de Salud es de material rustico, fue creada en el 8 de abril de 1994, viene funcionando con los servicios básicos como: agua luz desagüe, no cuentan con internet, cuentan con un consultorio de medicina general, consultorio, un tópico de emergencia, un consultorio de planificación familiar, un consultorio de gineco-obstetricia, un consultorio de CRED, un consultorio de estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones (ESNI), una farmacia y un ambiente de triaje. En cuanto a los profesionales que cuenta tenemos: dos licenciadas en enfermería contratadas, una técnica de enfermería nombrada.

Concerniente a la distancia del lugar donde se atendieron los adultos en estudio manifestaron que de su casa, al Puesto de Salud está a regular distancia y pueden llegar caminando en 8 o 10 minutos, por otro lado el centro de salud se encuentra ubicado al centro del distrito es por ese motivo que la población refiere que la distancia es regular.

Según el tiempo de espera y la calidad de atención en el establecimiento de salud refieren que, es regular esto debido a que en el establecimiento existe una gran demanda de pacientes, el motivo es porque no hay el número adecuado de profesionales para la atención de la cantidad de la población del lugar.

En un estudio para medir la satisfacción del usuario en un centro de salud de primer nivel en una provincia del Perú, durante noviembre y diciembre del 2016. Se

encuestó a un total de 99 personas, 86% fueron mujeres, 85% de los encuestados era un paciente continuador, 64% contaba con el Seguro Integral en Salud (SIS), 20% contaba con otro seguro y 15% no poseía seguro de salud. El personal que atendió a estos pacientes fueron médicos (57%), obstetra (19%), enfermera (10%), odontólogo (7%) y psicólogo (5%). El porcentaje de insatisfacción según dimensiones fue: fiabilidad (39,1%), capacidad de respuesta (46,5%), seguridad (31,4%), empatía (28,8%), aspectos tangibles (29,9%) y buen trato (30,6%) apreciando así la insatisfacción en la calidad de atención que recibieron (188).

Casi todos los pobladores en estudio refirieron que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa, esto se debe a que los pobladores son provenientes de zonas rurales, otro motivo se da debido que sus padres son agresivos y los jóvenes por temor a ello no se involucran en actividades de vandalismo, ya que sus padres los corrigen mediante maltratos físicos y verbales.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Estadísticas de Seguridad Ciudadana citado en Julio - Diciembre 2016, muestra que el 15,3% de la población de 15 y más años de edad del área urbana a nivel nacional son víctimas más de un hecho delictivo. Asimismo se observa que, en las ciudades de 20 mil a más habitantes, esta cifra alcanza el 17,0%, mientras que, en los centros poblados urbanos, el 10,8% son víctimas de más de un hecho delictivo (189).

Finalmente sobre los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del centro poblado de Hualcor están con una deficiencia respecto al apoyo social natural, siendo pocos los que se ayudan solo entre los familiares; mientras que en el apoyo social organizado, cuentan el apoyo de pensión 65. Quedando la mitad de la población sin ninguna ayuda de este tipo, muchos por desconocimiento o

desinterés personal, o por falta de difusión e información hacia los pobladores de parte de las autoridades respectivas de dichos programas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- Determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, sin instrucción, más de la mitad son de sexo femenino, trabajo eventual, todos perciben menos de S/.750 soles.
- Determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar; duermen de 2 a 3 miembros/ habitación, disponen la basura a campo abierto, la mayoría tienen techo de adobe, cocinan con leña, todos tienen vivienda propia, piso de tierra, paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, baño propio, eliminan su basura en montículo o campo limpio, recogen la basura dos veces/semana.
- Determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen fruta 3 o más veces / semana, carne menos de 1 vez/ semana, huevo 1 o 2 veces/semana, fideos, arroz, papa, pan, cereales a diario, verduras hortalizas 1 o 2 veces/ semana, más de la mitad consumen pescado nunca o casi nunca, la mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, no fuman, si se realizan examen médico periódico, no realizan actividad física, todos duermen de 6 a 8 horas diarias, se bañan 4 veces/ semana, consumen otros alimentos nunca o casi nunca.
- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: más de la mitad recibe apoyo social organizado de pensión 65, el lugar donde lo atendieron queda regular distancia de su casa, refieren atención de salud buena, la mayoría se atendieron en un puesto de salud, todos reciben apoyo social

natural de sus familiares, no reciben poyo social de organizaciones, cuentan con seguro SIS-MINSA, el tiempo de espera fue regular, no hay pandillaje cerca de su casa.

5.2. Recomendaciones:

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

- Dar a conocer los resultados y recomendaciones de la presente investigación al representante del Centro Poblado de Huallcor, Huaraz, así como al puesto de salud Huallcor, para poder fortalecer estrategias y promover actividades preventivas promocionales en la salud de los adultos con el fin de implementar, ampliar conocimientos y mejorar la calidad de vida de los adultos.
- Se recomienda al Puesto de salud de Huallcor, implementar programas sobre hábitos saludables, de tal manera que se desarrollen actividades en coordinación con el personal de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos. Realizar estudios sobre los determinantes en la salud, alimentación saludable, saneamiento básico, hacinamiento, que ayude a plantear estrategia en beneficio de la comunidad.
- Difundir los resultados obtenidos en la investigación y continuar realizando estudios en el área de salud de los adultos para poder promover y mejorar y ampliar los conocimientos sobre los determinantes de salud en la vida de cada individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es
2. Maya, L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2013. [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; 2012.
4. Tardy, M. Copyright 2008-2013. 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; 2013.
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. 88
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
10. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2013.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2014.
13. Pañi P. Estilo de vida que inciden en la hipertensión arterial de Los adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca 2014.
14. Darias S. Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular (tesis en línea) España, 2013 [fecha de acceso 18 de abril] URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=38707>
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alcohol y salud pública en las américas. Salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud.

- Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable.
Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet]
[Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: [ftp://ftp2.minsa.gob. Pe / descargas/
dgps/ compendio/pdf /148.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/dgpps/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? acción= ver Elemento & id Elemento Información= 304&ver
Por=&id Tip o Elemento=2&idTipoFuente=&id fuente información](http://sinia.minam.gob.pe/index.php?acción=verElemento&idElementoInformación=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idFuenteInformación).
 18. Congreso de la República. Ley N. 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/ imgs vr/ publicaciones/doc/An % C3% A1lisis% 20 de% 20la% 20
realidad% 20 Per %C3%BA.pdf](http://www.prosalus.es/gestor/imgs/vr/publicaciones/doc/Analisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf).
 20. Puesto de Salud de Huallcor, Sistema de Vigilancia Comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado de Huallcor, Ancash. 2014.
 21. Tova Bastos, A. “Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor: una aproximación constructivista”. [Tesis para optar el grado doctoral]. [Universidad de Chile - facultad de ciencias físicas y matemáticas departamento de ingeniería industrial - Chilee] – 2009
 22. Chinchay, D. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Bellavista - Las Lomas - Piura, 2016. [Tesis para optar

- por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los
 Ángeles de Chimbote; 2016. [Citadlo en 2 Abriil 2017]. Disponible en RLP:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
23. Cadillo, S. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate
 Bajo – Bellavista – Sullana, 2016. [Tesis para optar por el título de Licenciada
 en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote;
 2016. [Citadlo en 2 agosto 2017]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual>
 24. López, D. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío San
 Vicente de Piedra Rodada – Sullana, 2016. [Tesis para optar por el título de
 Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de
 Chimbote; 2016. [Citado en 16 Abri 2017]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual>
 25. Santillán, Y. Determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos
 participantes en la presente investigación que residen del Centro Poblado de
 Paltay Sector “C” Lucma Taricá – 2016 [Tesis para Optar el Título de
 Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de
 Chimbote 2013. [Citadlo en 20 May 2017]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual>.
 26. Castromonte, R. Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Churap–
 Monterrey– Huaraz, 2016. [Tesis para optar por el título de licenciada en
 enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
 [Citadlo en 4 Set. 2017]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=0000543765>

27. Valverde, L. Determinantes de Salud de los adultos del Sector “B” Huaraz, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería], Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. [Citado en 12 May 2017]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=000065432>
28. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and 118 economic determinants of population health No.3.OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2013.
29. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2012.
30. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2013.
31. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2014. Pg.161-189.
32. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2014.
33. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2013. [Citado 2013 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
34. Vega, J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2013.
35. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento

- presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2013.
36. Barragán, H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
 37. Bugea, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.
 38. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No.3.OMS.
 39. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
 40. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2012.
 41. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2013. [Citado 2014 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
 42. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2014. [Citado 2013 Ago. 18]. [44 paginas].Disponible en URL:[http:// www. epidemiolog.net/es/en desarrollo/ Diseños De Estudio Analíticos. pdf](http://www.epidemiolog.net/es/en desarrollo/ Diseños De Estudio Analíticos.pdf).
 43. Organización Panamericana de la Salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2013. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20>

- sexualidad % 20 conceptos.htm.
44. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2012. [citado 2014 set 10]. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP.
 45. Ballares, M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2012. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
 46. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2013. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
 47. Lama, A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI -Perú), Lima; 2012. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
 48. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2012. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>
 49. Carrillo, G. Determinantes de la Salud de los Adultos en el sector DD Piedras Azules. Huaraz, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, –2016. [Citado en 12 May 2016]. Disponible en URL: [http://www. BibliotecaVirtual. com/uladech](http://www.BibliotecaVirtual.com/uladech).

50. Rodríguez, S. Determinantes de la Salud del Adulto Maduro de A.H. las Quintanas- Nuevo Chimbote, 2015 [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado en 22 Agos 2016]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?Ejemplar=000000336987>.
51. Villanueva, C. Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos de los Adultos de Caserío de Lloclla – Huaraz, 2015. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado en 25 May 2016]. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual>.
52. Rosales, C. Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2017. [Citado en 12 Oct 2017]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
53. Erazo, G. Determinantes de la Salud de los Adultos de Manzanales- Piura, 2015 [tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado en 12 Oct 2017]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039481>.
54. Capristán, B. Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro. Urbanización Popular de Interés Social Belén Nuevo Chimbote, 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado en 27 May 2017]. Disponible en

- URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035365>.
55. Revista Ganar Salud definición Sexo y Salud. [Citado 2015 Oct. 02.].
Disponible en URL: <http://Más|tamaños,msu:/search?q=r+evistas+de+salud>
\u0026hl.
 56. Taller de Sexualidad. 2014 [IN] [Apuntes en internet]. [citado 29 setiembre
123 2014] [citado 2016 May. 13]. [1 pantalla]. Disponible en:<https://es.slideshare.net/JosueGallegos/taller-de-sexualidad-39667522>.
 57. Organización Panamericana de Salud, organización mundial de salud,
asociación mundial de sexología (WAS). antigua Guatemala, promoción de la
salud sexual recomendaciones para la acción [citada 22 de mayo 2000]
[paginas]. Disponible en URL:[http://new.pacho.org/hq/dmdocumentst/2009/
promoción_salud_sexual.pdf](http://new.pacho.org/hq/dmdocumentst/2009/promoción_salud_sexual.pdf).
 58. Álvarez, L. Definición de edad - Qué es, Significado y Concepto. [Artículo en
internet]. 2012 [Citado 2014 - 2015]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad>.
 59. Diccionario Babilón Inglés-Español Índice Babilón Pro v9.0.5 (r19)
Multilinguaje Spanish I Medicina Incl I 800 KB (Online Installer) Babilón Pro
v9.0.5 (r19) Multilinguaje (Español), Traducción y Diccionario en más de 75
Idiomas. Posteadó En: Software por Jimmy_criptom.
 60. Organización Mundial de Salud. Antigua Guatemala, edad. [citada 22 de mayo
200] [paginas 66]. Disponible en URL: [http:// new.pacho.org/ hq/dm
documentst/ 2009/promocsalud_ edad.pdf](http://new.pacho.org/hq/dmdocumentst/2009/promocsalud_edad.pdf).
 61. Cordero, M y Silva, M. Conceptos de grado de instrucción, factores
biosocioeconomicos de la persona en el A.H Jorge Basadre. [Tesis para

- optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009. Disponible en URL: file:///C:/Users/User/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf.
62. Bugeda Bel. Condiciones de educatividad,2001 [Artículo Internet]. [26 abril 2017] Disponible en www.milenio.com/condiciones-educabilidad-educación-equidad-integración-social.
 63. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Grado de instrucción. [Serie Internet] 2005 [Citado el 2015 Junio 04] [Alrededor de 3 planillas]. Disponible desde el URL: (<http://www.mintra.gob.pe/mostrarcontenido.php?id=418&tip>.
 64. García, talacón H. ingresos economicos como factor de desarrollo integral socioeconómico. [Artículo en internet].2005. [Citado 2012 junio 16]. disponible en URL: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/vgpt.htm>
 65. Robles, W. definición de ingresos. [biblioteca virtual. España. 2008[citado 2010 agosto 22]. [1 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ingresos/>.
 66. Aguilar, D. editor. “Ingreso económico”. Macroeconomía. [Monografía en 102 internet]. [Citado el 2009 Julio 01] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL:<http://www.monografias.com/trabajos32/macroeconomia/macroeconomia.shtml>.
 67. Toledo, P. La ocupación como método de tratamiento en salud mental [Serie internet] [citado el 2012 febrero 28] [alrededor de tres planillas]. Disponible desde el URL:http://www.Terapia_ocupacional.com/articulos/ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml.
 68. Canales, T. Que es la ocupación [Foro en Internet]. 2011. [citado 2016. jun.

- 24]. [1pantalla]. Disponible en URL: [http:// es. answers. yahoo. com/ question/index? qid= 20061008175013AALBtZ](http://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061008175013AALBtZ).
69. Morales Irvin. L. percepción respecto a la ocupación [1 pantalla].”. [serie en internet] 2010 [citada 2010 Marzo 26]; Disponible en: desde el URL: [http:// definición. de/ocupación](http://definición.de/ocupación).
70. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2015-2016. [Citado 2017 Abril.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en [http://www.inegi.org.mx/ est/ contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco_conceptual_cpv 2017.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco_conceptual_cpv2017.pdf)
71. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Desempleo en el Perú -2012. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado 2012 Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: [http://peru21.pe/desenpleo/ periodo/ diciembre/ enero/febrero -292-persona-2013-](http://peru21.pe/desenpleo/periodo/diciembre/enero/febrero-292-persona-2013-)
72. Encuesta Nacional de Hogares (ENH). Artículo sobre la canasta familiar en el Perú –datos estadísticos. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado 2016 May.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: [http://peru21.pe/economia/inei-canasta-básica-mensual-fue-s-292- persona-2016](http://peru21.pe/economia/inei-canasta-básica-mensual-fue-s-292-persona-2016).
73. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Artículo sobre la canasta familiar en el Perú –datos estadísticos. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado 2012 Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: <http://peru21.pe/economia/inei-canasta-basica-mensual-fue-s-292->

persona-2013-

74. Gonzales, M. Determinantes de la Salud en Adultos. A.H. Villa María de Piura – 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2016 Jun 20]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000040079.
75. Correa, B. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre – Sullana, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2017 Jun 20]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000041081.
76. Rosales, V. Determinantes de Salud Relacionados con el Entorno Físico de los Adultos de la Comunidad de Lloclla-Huaraz 2016. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado en 12 Oct 2017]. Disponible en RLP: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000033277
77. Sobrevilla, V. Determinantes de la Salud del Caserío Somate Bajo – Bellavista – Sullana, 2016. Chimbote: Biblioteca virtual universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2017[Citado en 2 Oct 2017]. Disponible en URL:[file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual% 20 \(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf).
78. Garay, A. Determinantes de la Salud del Adulto Relacionados con la Vivienda del Asentamiento Humano Golfo Pérsico Nuevo Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [citado 2016 Oct. 7]. Disponible: <http://erp>.

uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039496.

79. Ríos, B. (79), en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos Vulnerabilidad y Determinación del Riesgo I Etapa -Lima Cercado, 2015. Chimbote: Biblioteca virtual universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2016[Citado en 12 Set 2016]. Disponible en URL :file:/// C:/Users/ User/ Downloads/ Uladech_ Biblioteca_ virtual %20(4).pdf.
80. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2017 Abril 13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL: http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion_y_vivienda.html.
81. Martínez, G. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012, oct 8].
82. Barrios, A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.
83. Dibujo Arquitectónico ITSIM. Vivienda tenencia. [página en internet]; 2015 [citado 2017 May. 27]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/dibujarquitectonico112/vivienda-unifamiliar-y-multi>.
84. Crisóstomo, Y. “Diagnóstico Situacional de la Viviendas y Tenencia, Hábitos Saludables en la Comunidad Campesina Santa Cruz de Pichiu- Huari, 2012” Peru-2012.
85. Díaz, M. Tenencia. [Artículo en internet]. [6 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre]. 2013. Disponible: <http://www.definicionabc.com/social/vivienda.php>.

86. Fernández, P. Definición de piso [Foro en Internet]. 2012. [Citado 12, de setiembre 2016] [1 pantalla libre]. Disponible en URL: <http://es.TheFreeDictionary.com/piso>.
87. Gulbrandsen, O. y Pajot, G. material de piso de las viviendas [serie en internet] 2012 [citada 2012 mayo 28]; Disponible en: www.BOBP/MAG/16 material de piso de las viviendas. BOBP. Madras. India.
88. Aranda, P. definición de piso [documento en internet]: [citado en mayo 2011]: [//www.tiposde.org/construccion/219-tipos-deviviendas/#ixzz2l2KgiG6Q](http://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-deviviendas/#ixzz2l2KgiG6Q) Definición de piso térmico-Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/piso-termico/#ixzz2l2UO7ceH>.
89. Pérez, L. Vocabulario básico de construcción de techo. Ed. Univ. Politéc. Valencia. ISBN 84-97058844. (2005). Concepto de habitación. Definición en De Conceptos. com <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas>.
90. López, Y. Definición de tejas de barro [pantalla de internet]. 2013. [Citado 2016 May 9]. Disponible desde <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/3999/1/CD-3761.pdf>.
91. Sures, D. conceptos de material del techo de la vivienda [serie en internet] 2012 [citada 2012 Marzo 12]; Disponible en: URL: <http://www.es.vienda.org/ds/conceptos-vivienda>.
92. Diccionario la definición de una cubierta de pared [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.TheFreeDictionary.com/techo>.
93. Moreno, A. Definición de pared de barro [pantalla de internet]. 2008. [Citado 2016 May 9]. Disponible desde <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/>

- 15000/3999/1/ CD-3761 pdf.
94. Barrios, A. Diccionario: Definición de adobe [Serie de Internet]. 2013. [12 de febrero 2016] [1 pantalla libre] desde URL: <http://deconceptos.com/cienciassociales/adobe>.
 95. Manrique, H. Concepto de habitación y características de las viviendas disponibles [serie en internet] 2012 [citada 2012 mayo 28]; Disponible en: <http://deconceptos.com/arquitectura,ciencias-juridicas/habitacion#ixzz2l2aUwEuQ>.
 96. Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado 2013 Noviembre 22]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ numero d habitantes](http://es.wikipedia.org/Wiki/numero_d_habitantes).
 97. Osore, F. Diccionario: Definición de dormitorio [Pagina en Internet]. 2010. [Citado 9 de mayo 2016] [1 pantalla libre] desde URL: [http://www. Definicion abc .com/genera l / dormitorio. php](http://www.Definicionabc.com/genera1/dormitorio.php)
 98. Gonzales, M. Abastecimiento de agua. [Monografía en Internet]. 2017. [Citado 2017 feb 13]. Disponible en URL: [http:// www. monografias. Com/ trabajos 26/servicio-básico/- básico .shtml](http://www.monografias.Com/trabajos26/servicio-basico/-basico.shtml).
 99. Palacios, F. Abastecimiento de agua [serie en internet] 2012 [citada 2012 Agosto 20]; Disponible en: [http:// www. Amauta -international. Com % 20 en %/Excelencia 20 Servicio.htm](http://www.Amauta-international.Com%20en%20Excelencia20Servicio.htm).
 100. Zequilla, R. Para La Calidad del saneamiento básico, 2ª ed. vol. 3: Vigilancia y Control de los abastecimientos de agua a la comunidad, Ginebra.
 101. Cevallos F. Marco Conceptual del Sistema de Eliminación de excretas en el Ecuador. Quito: SIISE, UNFPA. (2013) [Apuntes en internet]. [citado 2016 Agos. 5]. [3 pantallas].

102. 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>.
103. Carrillo, J. Marco Conceptual del Sistema de Eliminación de excretas en el Ecuador. Quito: SIISE, UNFPA. (2012) [Apuntes en internet]. [citado 2016 Agos. 5]. [3 pantallas]
104. Organización Mundial de la Salud (OMS): Combustible para cocinar [OMS 2014] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs292/es/Rojas>,
105. Diccionario: Definición de combustible para cocinar [Página en Internet]. 2014. [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Guide_to_Environmental_Health:Combustible_para_cocinar_y_calentar.
106. Rojas, D. Diccionario: Definición de combustible para cocinar [Página en Internet]. 2014. [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Guide_to_Environmental_Health:Combustible_para_cocinar_y_calentar.
107. Suarez, F. Energía eléctrica [Portada en internet]. [Citado Octub. 27]. [Alrededor de 1 pantalla] 2010. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/energia/pe>.
108. Villanueva. Energía eléctrica. [Artículo en internet]. [citado 2016 Nov. 13]. [1 pantalla libre]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica#Referencias
109. Chávez, R. Definición alumbrado eléctrico. [Documento en internet].

- Disponible Desde: http://www.unicef.org/spanish/wash/index_water_security.html.
110. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): Definición de basura [OMS 2015] [Citado 2017 mayo 18] desde URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Basura#cite_note-1.
 111. Cruz, P. Diccionario: Definición de basura [Página en Internet]. 2009. [09 de mayo 2017] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.slideshare.net/isaacdavidaguirre/la-basura-en-su-lugar-30781394>.
 112. .Eliazar, A. deposición de Basura en el Perú. [Artículo en internet]. 2010 [Citado 2013 May.]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: <http://coyunturadeposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú>.
 113. Instituto Nacional de Estadística 2015. Principales resultados del Censode Población y Vivienda 2015, Perú. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>
 114. . Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2012. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citadoMar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: enhttp://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
 115. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2012. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citadoMar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf)
 116. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. X Censo Nacional

- Población y Vivienda. 2008. Lima: INEI; 2009. 4. Red peruana de Vivienda, Ambiente y Salud. Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú. Lima: CEPIS; 2009.
117. Encuesta Nacional Continua de las viviendas a nivel nacional en el área urbana y rural de los 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao. Perú. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.
 118. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INE. Censos Nacionales en 2015. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0205/cap0406.htm>.
 119. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INE. (2010). Censo de Población y Vivienda con ocupantes presentes, 2010 (Informe nacional y estatales), Perú. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.
 120. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. En el censo del 2015-2016 Encuesta Demográfica, eliminan las excretas mediante red pública (INEI). 2016. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.
 121. Instituto Nacional de Elecciones e Informáticas (INEI) los resultados realizados en marzo del 2016 concerniente al tipo de combustible//. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0205/cap0406.htm>.
 122. Instituto Nacional de Elecciones Informáticas (INEI), 2015-2016 resultados, sobre, energía eléctrica por red pública dentro de la vivienda [http://](http://www.censo2010.org.mx) Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>..
 123. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INE. Censos Nacionales en 2015. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/>

Est/Lib0205/ cap0406.htm.

124. Abanto, A. “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote, 2014”. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/? ejemplar= 00000033767>.
125. Castro, N. (123), en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Pongor, Huaraz, 2015.”. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/ bibliotecavirtual/? ejemplar= 000786900>
126. Chinchay, M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q – Huaraz, 2015. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/ bibliotecavirtual/? ejemplar = 00000546778>
127. Beltrán, B. Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial del Asentamiento Humano Bello Horizonte, Lima 2015. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. Disponible en RLP: <http://erp.uladech.edu.pe/ biblioteca virtual/? Ejemplar =000005677555>
128. Rodríguez, A. Determinantes de la Salud de los Adultos de Urbanización San José –Piura, Abril 2013. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.

Disponible en RLP: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?Ejemplar=00000887532

129. Peña, Y. (127), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo _ Chimbote, 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [Citado 2017 abr 20]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.
130. Miranda, J. Concepto de Hábito de Fumar. [Artículo en internet]; 2016. [Citado 23 oct. 2016]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: <http://educavital.blogspot.com/2016/10/concepto-de-fumar.html>.
131. Jeff, fumar definición [página internet]. 21 de diciembre del 2012 [Citado 18 de Junio 2015]. URL: Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/8544-fumardefinicion>.
132. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). El alcoholismo. [folleto]. [Citado 2016 Abril 30]. Perú: Lugar de escucha; 2016. Disponible en URL: [www.conceptosconsumo.com/bebidas alcoholicas](http://www.conceptosconsumo.com/bebidas-alcoholicas).
133. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). El alcoholismo. [folleto]. [Citado 2016 Abril 30]. Perú: Lugar de escucha; 2016. Disponible en URL: [www.conceptosconsumo.com/bebidas alcoholicas](http://www.conceptosconsumo.com/bebidas-alcoholicas).
134. Marta, Ch. y Col. Consumo de bebidas alcohólicas [página internet]. Cuba 2005 [Citado 18 de Junio 2015]. URL: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi293-405.htm

135. Martel, J. Consumo de Bebidas Alcohólicas –Alcohol etílico. [Artículo en internet]. [Citado Jun. de 123.] [Alrededor de 1 pantalla] 2008. Disponible en URL: [www. conceptos consumo de bebidas alcohólicas.](http://www.conceptosconsumo.com)
136. Pinto, M. Valoración del patrón de sueño en un Centro Gerontológico de estancias diurnas, editorial n| 46, Revista Metas de Enfermería, Junio 2015. 82; 12.
137. Revista española, BBC mundo, cuantas horas se debe dormir [página internet]. 2012-2016 [Citado 18 de Junio 2015]. URL: Disponible en: [http:// vivir salud. imujer. com/ 3863/ cuantas-horas-se-debe-dormir](http://vivir.salud.imujer.com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir)
138. Villegas F. Conceptos de Dormir Vrs. Sueño –Salud y Descanso [Artículo en internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 planilla] 2012. Disponible en URL: [hppt/ www. Conceptos dormir –descanso –Salud](http://hppt/www.conceptosdormir.com)
139. José, G. el baño corporal [página internet]. Domingo 06 de diciembre del 2015 [Citado 18 de Junio 2016]. URL: Disponible en: [http://www. Dermatólogo Raul Gonzales. Com topicos-cosmeticos/el-bano-corporal.php](http://www.dermatologo-raul-gonzales.com/topicos-cosmeticos/el-bano-corporal.php)
140. Ghazoul, F. Higiene y cuidado del cuerpo. [Documento en internet]. Disponible desde: [https://sites.google.com/site/actfissal/higienepersonal.](https://sites.google.com/site/actfissal/higienepersonal)
141. Juárez, B. Taller de higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2011 abril] [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://cienciasdeprepa.blogspot.com higiene personal.html.](http://cienciasdeprepa.blogspot.com/higiene-personal.html)
142. Valosn B, valos Examen Médico. [Buenas tareas en internet] [citado noviembre 2013] Disponible desde el URL: [http://www. Buenas tareas. com/ ensayos/ Examen Médico/ 3113893. html.](http://www.buenastareas.com/ensayos/Examen-Médico/3113893.html)
143. Omar, H. la importancia de chequeos médicos regulares [página internet]. 24

- de abril del 2015 [Citado 18 de Junio 2015]. URL: Disponible en: [http:// www.Elperiodico deutah. com/ 2015/ 04/salud/la-importancia-de-chequesmedicos-regulares/](http://www.Elperiodico.deutah.com/2015/04/salud/la-importancia-de-chequesmedicos-regulares/)
144. Guiza, G. Definiciones. Examen Médico, [Enciclopedia libre]. [Citado febrero de 17.] [Alrededor de 1 planilla] la Disponible desde el URL: [http:// es.ensiclopedia. org/ /Examen médico](http://es.ensiclopedia.org/Examen_médico).
 145. Vialfa, C. Actividad física: beneficios y efectos sobre la salud. [Documento en internet]. [Citado 2016 febrero 17]. Disponible desde: [http://salud.kioskea.net/faq/ 3948actividad-fisica-beneficios-y-efectos-sobre-la-salud](http://salud.kioskea.net/faq/3948actividad-fisica-beneficios-y-efectos-sobre-la-salud).
 146. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Serie Internet]. [Citado Octubre de 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: [http:// www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/).
 147. Nolberto, P. La importancia de realizar actividad física [página internet]. 12 de junio del 2015 [Citado 18 de Junio 2016]. URL: Disponible en: [http:// coaching-deporte.com/2011/12/la-importancia-de-realizar-actividad-fisica](http://coaching-deporte.com/2011/12/la-importancia-de-realizar-actividad-fisica).
 148. 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/docu mentos/AlimentaCión_saludable_pdf](http://www.grepedn.es/documentos/Alimentación_saludable_pdf).
 149. Ángela, P. importancia de una buena alimentación [página internet]. Noviembre del 2014 [Citado 18 de Junio 2016]. URL: Disponible en: <http://noticias.universia.cl/enportada/noticia/2013/07/24/1038350/importancia-comer-sano.html>
 150. Scheider, W. Nutrición: Conceptos Básicos de la alimentación y Aplicaciones

- (pp. 1-31, 279-328). México: McGraw-Hill. (1985).
151. Basulto, J. Definición y hortalizas de una Alimentación Saludable España. [Documento en Internet]. [Citado May. 2].]. [Alrededor de 1 pantalla] 2015. Disponible desde ULR: http://www.grepedn.es/documentos/Alimentación_saludable_pdf.
 152. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación. Guía de consumo para una Alimentación Saludable. [Documento en internet]. Peru 2011. [Citado 2013 May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: [http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia % 20 consumo % 20 saludable.pdf](http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia%20consumo%20saludable.pdf).
 153. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) [Revista en Internet] [Citado el 30 de Octubre del 2015] [Alrededor de 3 paginas], URL: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/alrededor-del-30-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-hipertension-arterial8660>.
 154. INEI, consumo de bebidas alcohólicas - encuesta nacional por departamentos del Perú. [página internet].2014-2016. [Citado 08 de Diciembre 2017]. URL: Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/Menu Recursivo/publicaciones digitales /Est/ Lib1028/ cap 01. Pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones-digitales/Est/Lib1028/cap01.pdf)
 155. Organización Mundial de la salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2015-2016. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2016.
 156. Mercola, T. [Revista en internet] [citado 2017 Marzo 26]. [Alrededor de 5 paginas], 2015 . Perú . Disponible desde: <https://articulos.mercola.com/>

sitios/ articulos/arc hivo/2015/03/07/bano-diario.aspx.

157. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI) datos de SIS MINSA. [Documento en Internet]. [Citado Agost. 2].]. [Alrededor de 1 pantalla] 2008. Desde: [www.inei.gob.pe/media/ Menu Recursivo/...digitales/.../ Lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf).
158. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. [Serie Internet] [Citado Abril 2017] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde el URL: [http:// www.who.int /mediacentre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/)
159. Organización Mundial de la Salud. Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad [Documento en internet]. Perú; 2016. [1 pantalla]. 138 Disponible en URL: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/noticias/1083-solo-el-10-de-la-poblacion-peruana-adulta-consume-la-cantidad-de-frutas-y-verduras-querecomienda-la-oms>.
160. López R. Determinantes de la Salud de los Adultos Maduros del Mercado los Cedros Nuevo Chimbote, 2015” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz - Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2017 Set 20]. Disponible en URL: [http:// erp. uladech. edu.pe/ biblioteca_virtual/? Ejemplar =00000 035467](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?Ejemplar=00000035467).
161. Paz, N. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en el Caserío Canizal Grande-la UniónPiura, 2016 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Piura – Perú: Universidad Los Ángeles De Chimbote; 2016, [Citado en 12 Oct 2017]. Disponible en:[http://erp. uladech. edu. pe/ biblioteca_virtual/? ejemplar= 0000004336](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=0000004336).

162. Ayala, J. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote – 2013. [Citado 2017 abr 20]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/
163. Obeso, B. (163), en su tesis sobre: Determinantes de la Salud en Adolescentes con Anemia. I. E. Inmaculada de la Merced. Chimbote – 2015. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2016, [Citado en 2 Dic 2017]. Disponible en http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000040095.
164. Villar, M. 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, [Citado en 2 Nov 2017]. Disponible en: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/?ejemplar=00000042292.
165. Garay, A. Determinantes de la Salud de los Adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico Nuevo Chimbote, 2016.. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote – 2013. [Citado 2017 abr 20]. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/
166. Arras, S. Apoyo Social. [Página en internet]. Citado el 16 de Jun del 2015. Disponible desde la ULR: <http://www.enconoinmretosocial.com/?p=506>.
167. .Mejía, J. Qué es el apoyo social. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mar 13]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://ocw.unican.es> >... >

Bloque Temático IV Tema 13. El apoyo social.

168. Barrón, A., Lozano, P., y Chacón, E. Apoyo y social de autoayuda. En A. Martín, E. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor. (1988).
169. Vargas, P. La evaluación del apoyo social,organizado. [Serie en internet]. [Citado 2016 nov. 10]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script>.
170. Torres, E. Redes de apoyo organizado. [Serie en internet]; 2016. [Citado marzo 2016]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en: <http://www.Redes/apoyo/monogra/definic>.
171. Buendía, J. Apoyo y social de salud. En J. Buendía (Ed.), *Psicología Clínica y Salud* (pp. 189--210). Murcia: Universidad de Murcia. (1991).
172. Miranda, T. Sistema de salud [Artículo en internet]. [Citado 30 de Set. 2015]. Disponible [http//pe. desde: Redes/ apoyo/monogra.com](http://pe.desde:Redes/apoyo/monogra.com)
173. Definición ABC tu diccionario hecho fácil, definición de centro de salud [página internet]. 2015 [Citado 18 de Junio 2015]. URL: Disponible en: [http://www. Definiciona bcv.com/ salud/ centro-de-salud.php](http://www.Definiciona bcv.com/salud/centro-de-salud.php)
174. .Servicio de pediatría Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014-2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Mayor de 145 San Marcos, 2015. [Citado 2016 Abr 15]. Disponible desde el URL:sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo../t_completo.pdf
175. Valencia, F. “Nivel de Satisfacción y Seguro de los Pacientes Atendidos por el Personal de Salud en el Hospital San Gabriel –Ecuador -2011” [Para optar el título de Licenciada en Enfermería]. [Pontificia Universidad de Ecuador].

2011. Disponible en URL: positorio.utn.edu.ec/bitstream/ENF439/20/1/TESES.pdf
176. . Burgos, J. Seguro, social de salud. Madrid España. (Ed.), Psicología Clínica y Salud (pp. 189--210). Murcia: Universidad de Murcia.
177. Definición ABC tu diccionario hecho fácil, definición de Seguro Integral Salud en salud [página internet]. 2015 [Citado 20 de Junio 2015]. URL: Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>.
178. Sistemas AFM Compactos. Conceptos de distancia. [Documento en internet]. [Citado 2016 Abr 10]. Disponible desde: <http://deconceptos.com/matematica/distancia>.
179. Pumain, D. Distancia. [Documento en internet]. [Citado 15 de Set. 2015]. Disponible desde: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article162>
180. Rubilar, D, Rossi, M. Desde Definición Organizaciones de atención de la salud instituciones y servicios de salud el hospital y los centros de salud, ABC: 2014.
181. Martina, M. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud, lima –Perú, 2012.
182. Garnica, E. “Determinantes y Medida de la Calidad de Atención Agosto. [Serie de internet]. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible desde: desde [cladea.org/home/index.php?option...calidad atención](http://cladea.org/home/index.php?option...calidad%20atenci3n).
183. Vega, R. Pandillaje, Problema social. [Artículo en internet]; 2015. [Citado en Nov 2015]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://peligroculto-jaen.blogspot.com/2015/11/definicion-general-pandillaje.html>.
184. Ramos, G. Pandillas y drogadicción. [Artículo en internet]. [3 pantallas de internet] [citado 10 junio 2013]

-] Disponible desde: <http://drogadicciony pandillas.blogspot.pe>.
185. Organización Mundial de Salud: Pandillaje [Reporte de internet]. [Citado Jun. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde. URL:www.oas.org/dsp/documentos / pandillas/Informe. Definicion.Pandillaspdf.
186. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Oficina de Estadística y Planificación Apoyo social . [Serie en Internet]. [Citado Junio.13]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuariosesperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.
187. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Oficina de Estadística y Planificación Apoyo de programas. [Serie en Internet]. [Citado Junio.13]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuarios Planificación de apoyo-de programas.mas.
188. Seguro Integral Salud (SIS).10 años financiando la salud de los peruanos. [Artículo Internet]. [citado 2016 agosto 14] Disponible de: http://www.sis.gob. pe/ Portal/ mercadeo/ Material_ consulta/ BrochureSIS_10anios finansaludperuanos.pdf.
189. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Estadísticas de Seguridad Ciudadana citado en Julio - Diciembre 2016, Citado Junio.13]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../ceguridad Ciudadana.



ANEXO N° 1



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA
SALUD DE ADULTOS DEL DISTRITO DE CENTRO POBLADO DE
HUALLCOR - HUARAZ, 2014

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior Universitaria ()
- Superior no universitaria ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1 Tipo:

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

6.2 Tenencia:

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

6.3 Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()

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

6.4 Material del techo:

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

6.5 Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7 Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

1. Carro recolector ()
2. Montículo o campo limpio ()
3. Contenedor específicos de recogida ()
4. Vertido por el fregadero o desagüe ()
5. Otros ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿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 ()

15. ¿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 ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

Camina () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

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

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo ()

Correr () Ninguna () Deporte ()

21. 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										
Huevos										
Pescado										
Fideos										
Pan, cereales										
Verduras y hortalizas										
Otros										

DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()
- Amigos ()

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- | | | |
|--------------------|--------|--------|
| 1. Pensión 65 | si () | no () |
| 2. Comedor popular | si () | no () |
| 3. Vaso de leche | si () | no () |
| 4. Otros | si () | no () |

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si ()1 No ()2

Muchas gracias, por su colaboración



ANEXO N° 2



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR - HUARAZ, 2014

Validez de contenido:

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

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

$$N/2$$

ne = número de expertos que han valorado el ítem como 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 experta la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR- HUARAZ, 2014”.

(Ver anexo 02).

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

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

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

$$\text{Coeficiente de validez total} = 0,75.$$

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



ANEXO N° 3



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR- HUARAZ.
MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:**

N°	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	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
ΣCVR_i										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
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								

Comentario:								
5 DETERMINANTES DEL ENTORNO 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:								
6 DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD								
P15								
Comentario:								

P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								
Comentario:								
7 DETERMINANTES ALIMENTARIOS								
P19								
Comentario:								
8 PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
9 DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD								
P25								
Comentario:								
10 DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD								
P26								
Comentario:								
P27								

Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO N° 4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR – HUARAZ

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada

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

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 evaluador B	A	N	Porcentaje	N	Porcentaj	N	Porcentaje
		30	100,0%	0	,0%	30	00,0%

Tabla de contingencia Evaluador A * Evaluador B

	Evaluador B		Total
	No existe acuerdo	Existe acuerdo	
Evaluador A No existe acuerdo	6	Evaluador A No existe	6
Existe acuerdo	2	22	24
Tota l	8	22	30



ANEXO N°5



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DETERMINANTES DE LA SALUD DE ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE HUALLCOR - HUARAZ, 2014.

Yo,.....ace pto 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.

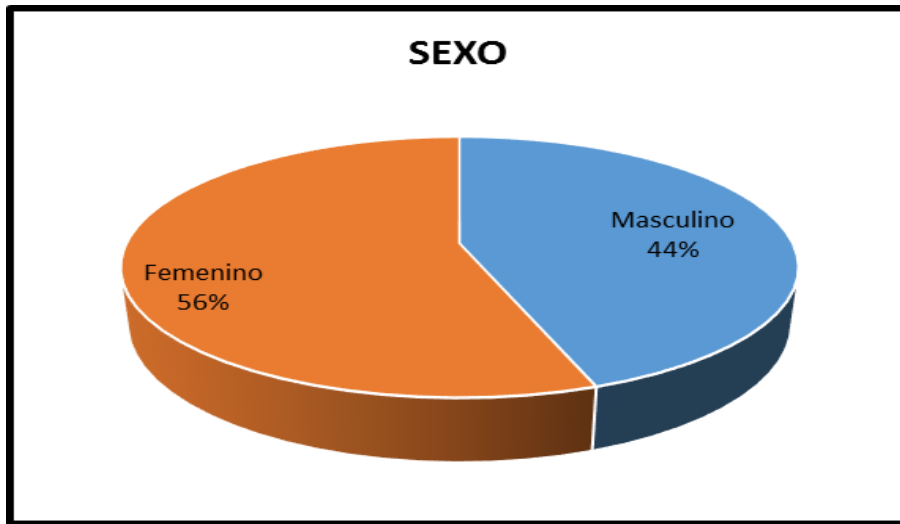
FIRMA

.....

ANEXO 6

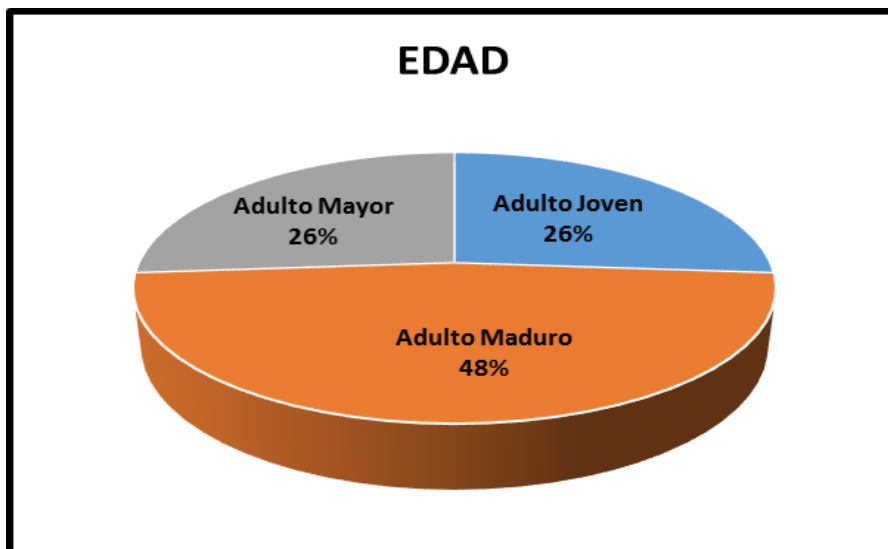
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONOMICOS DE LOS ADULTOS DEL CACERIO DE HUALLCOR –HUARAZ,2014

GRAFICO 1



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

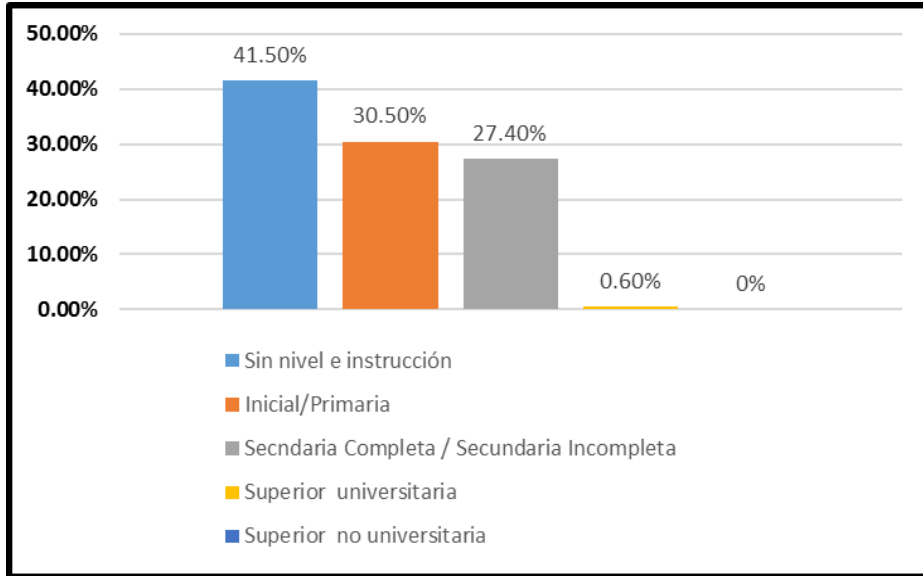
GRAFICO 2



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 3

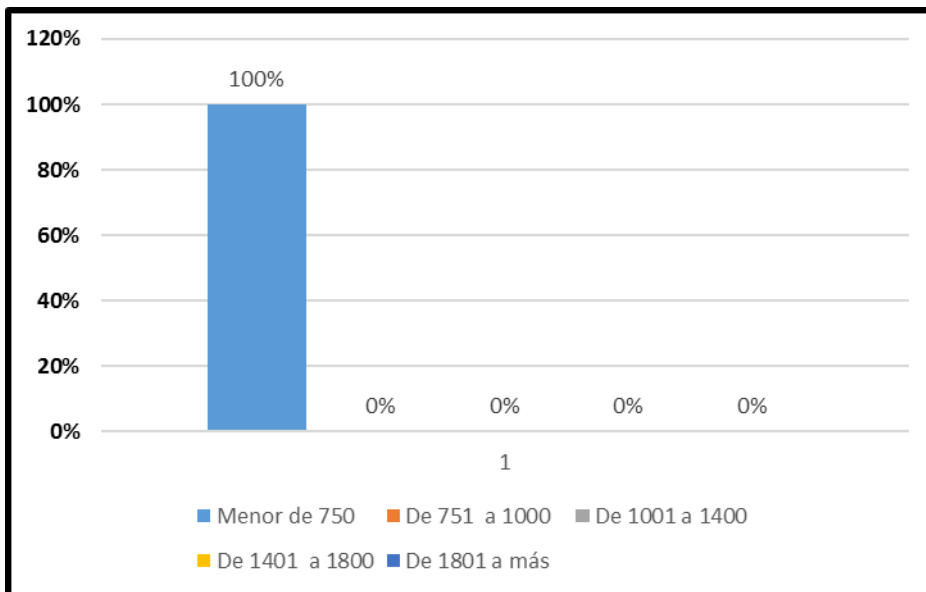
GRADO DE INSTRUCCION



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Víchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallecór – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 4

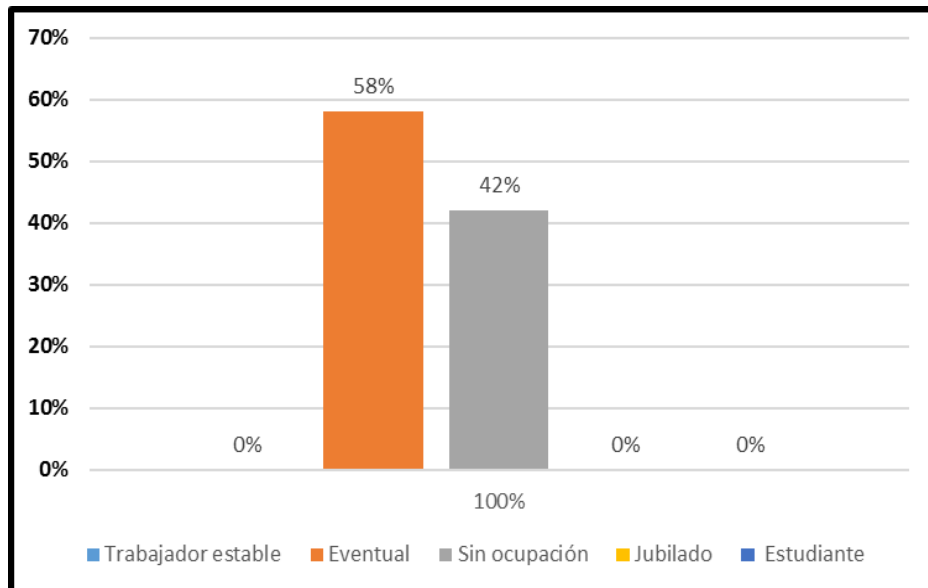
INGRESO ECONOMICO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Víchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallecór – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 5

OCUPACION

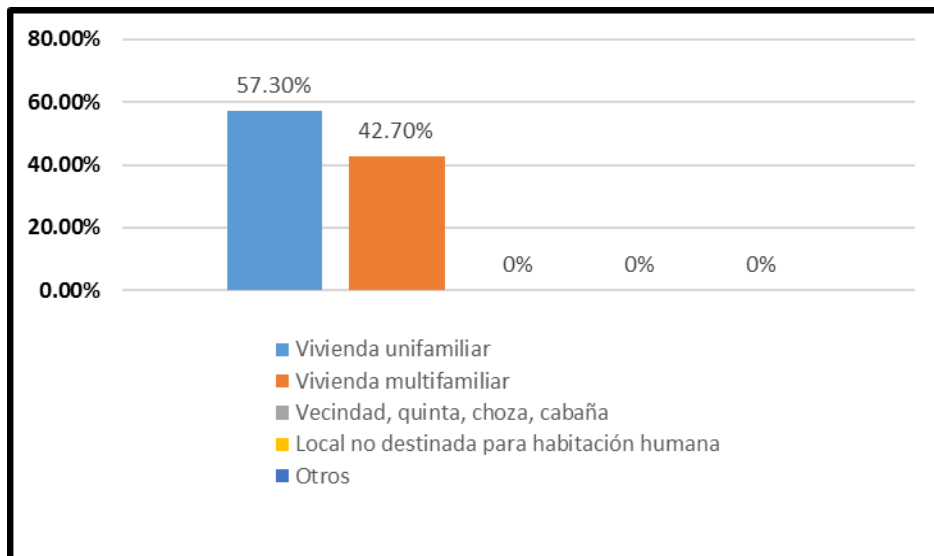


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO DE
LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUALLCOR – HUARAZ,2014**

GRAFICO 6

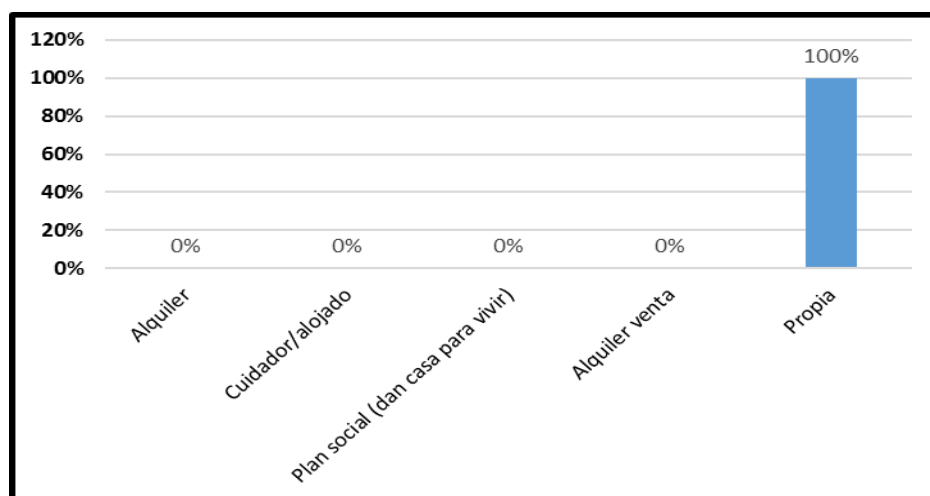
TIPO DE VIVIENDA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 7

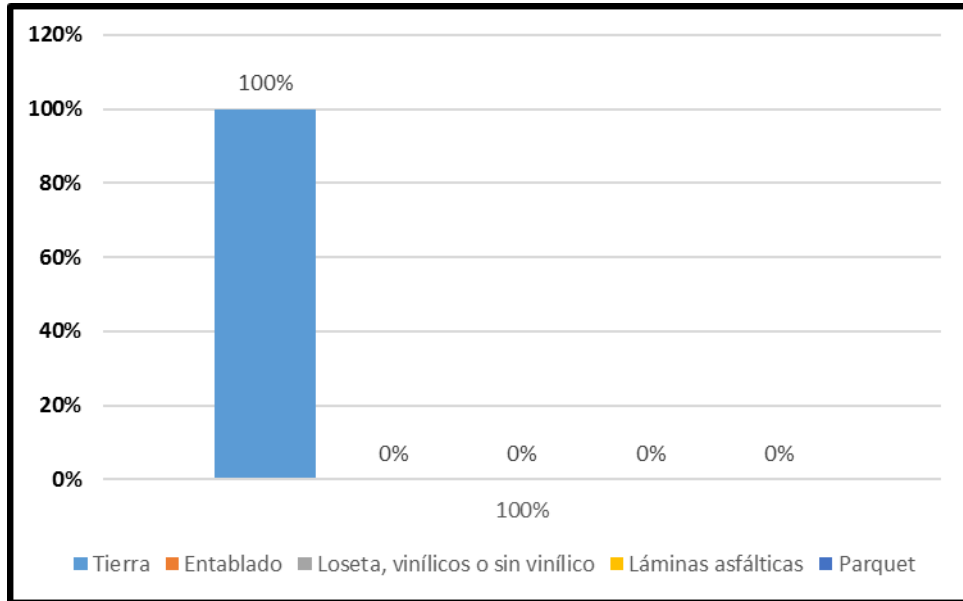
TENENCIA DE VIVIENDA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 8

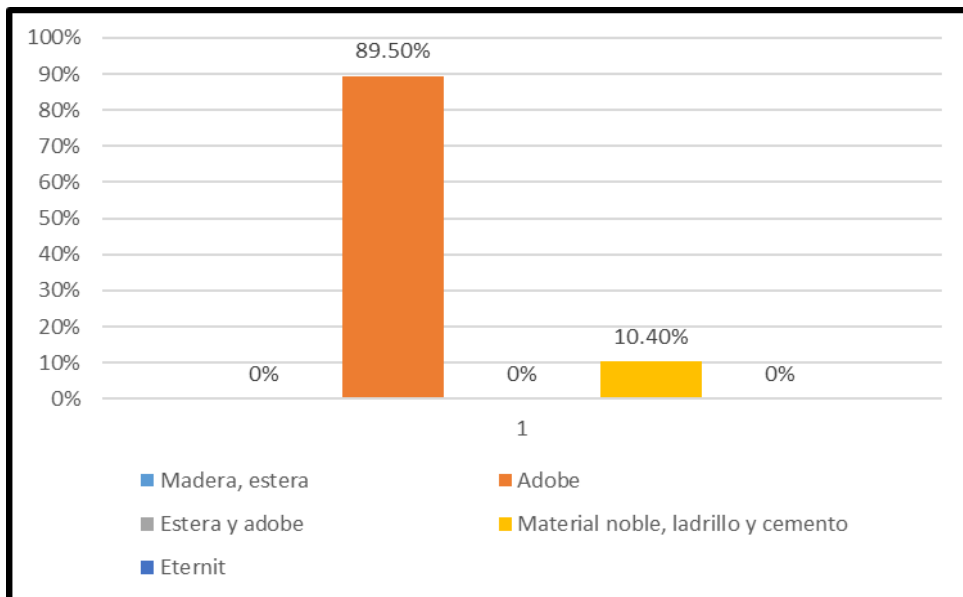
MATERIAL DEL PISO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Hualcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 9

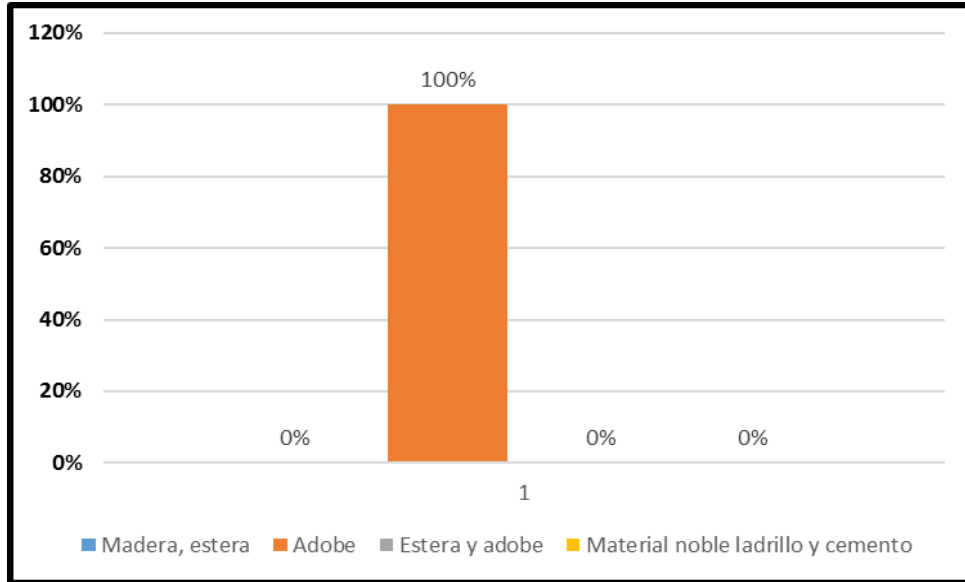
MATERIAL DE TECHO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Hualcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 10

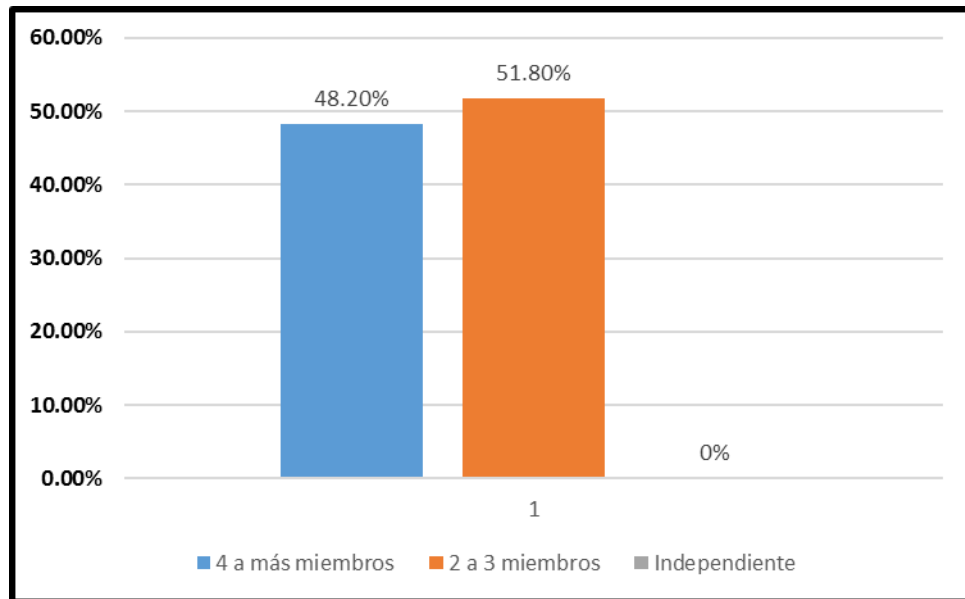
MATERIAL DE LAS PAREDES



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 11

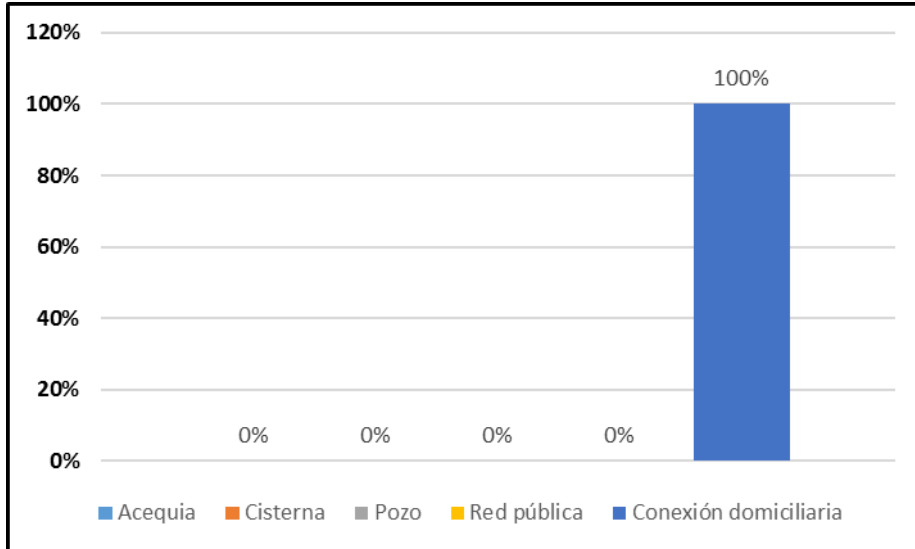
PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 12

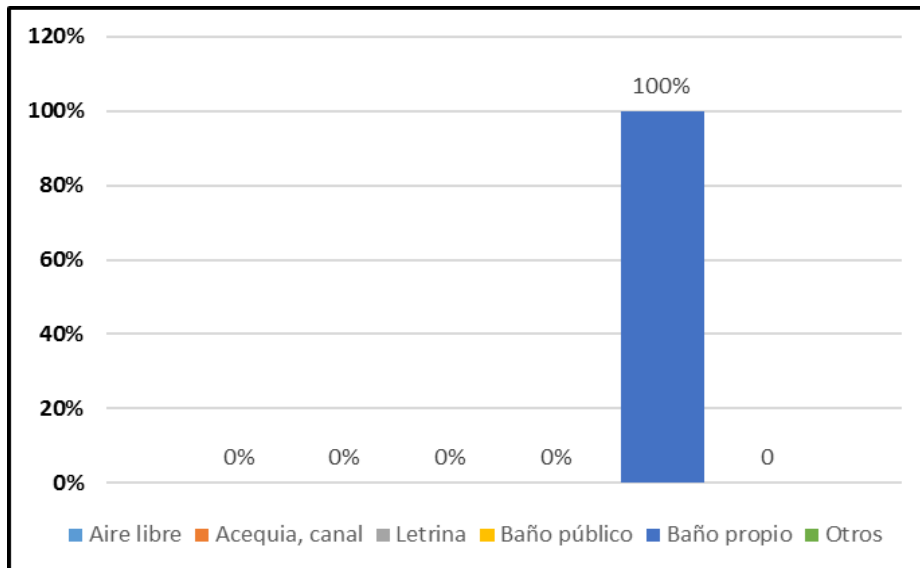
ABASTECIMIENTO DE AGUA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 13

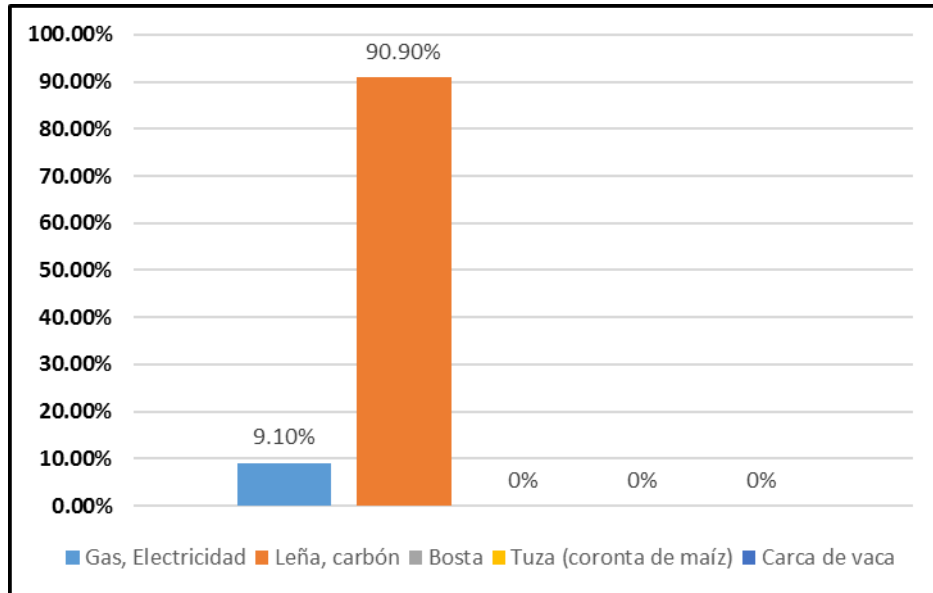
ELIMINACION DE EXCRETAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 14

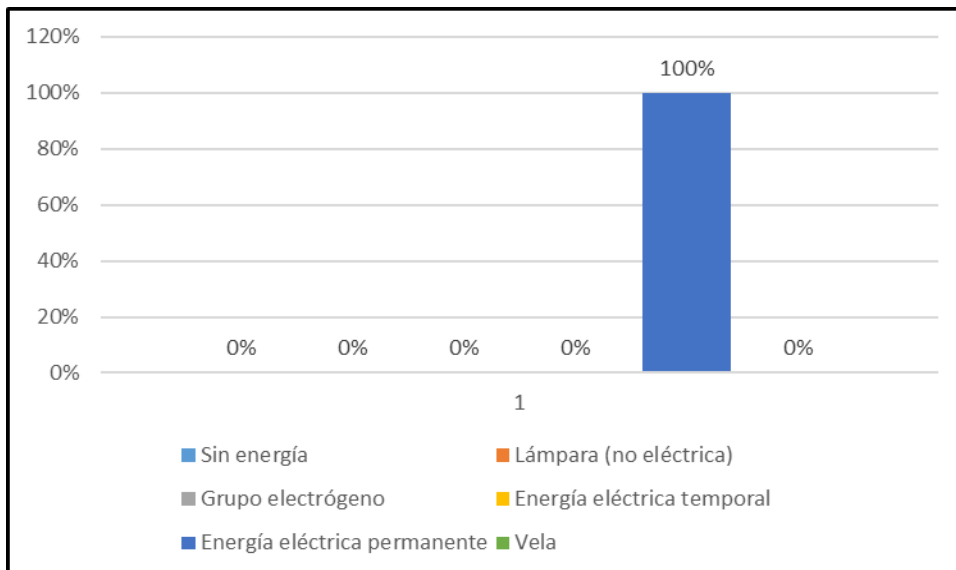
COMBUSTIBLE PARA COCINAR



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 15

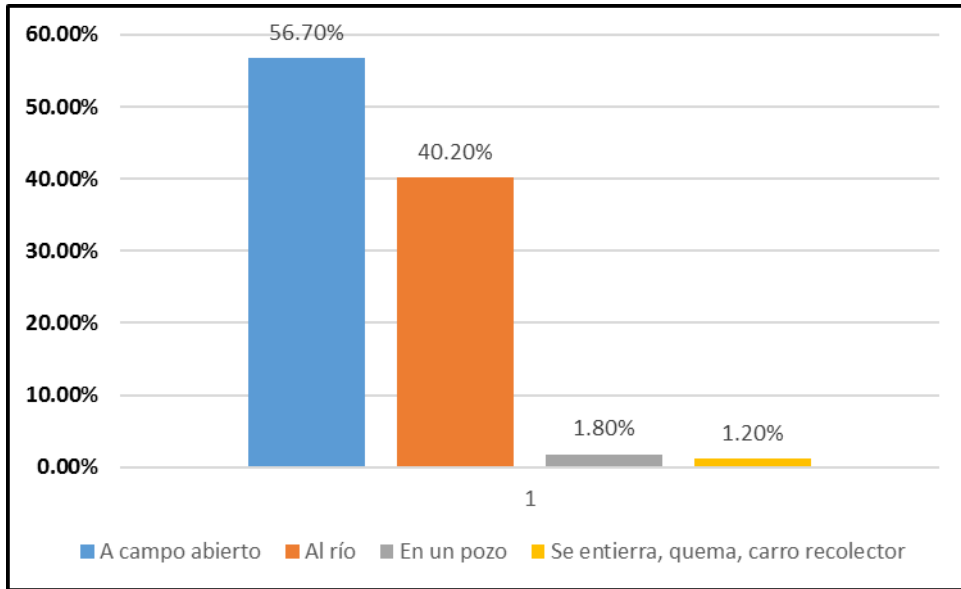
ENERGIA ELECTRICA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 16

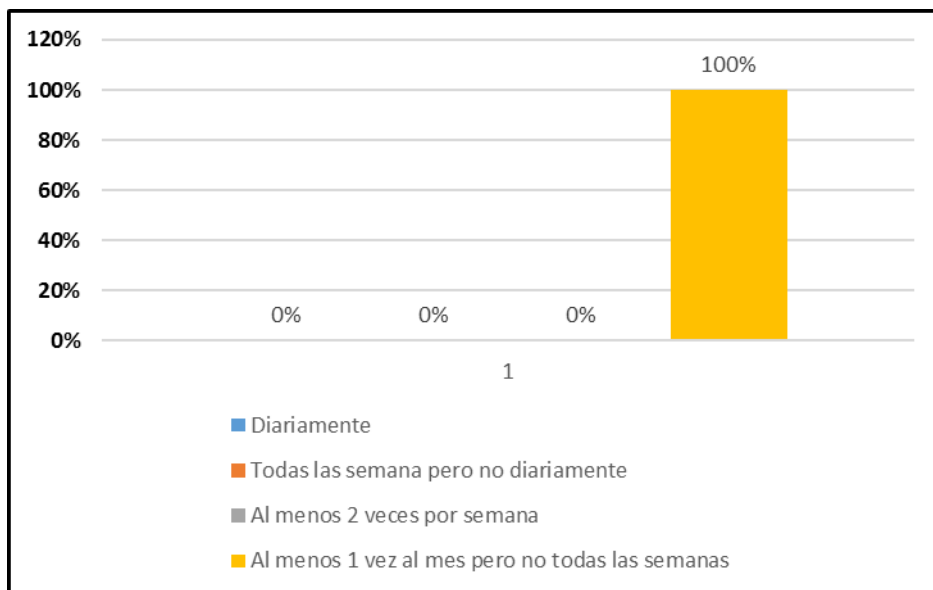
DISPOSICION DE BASURA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 17

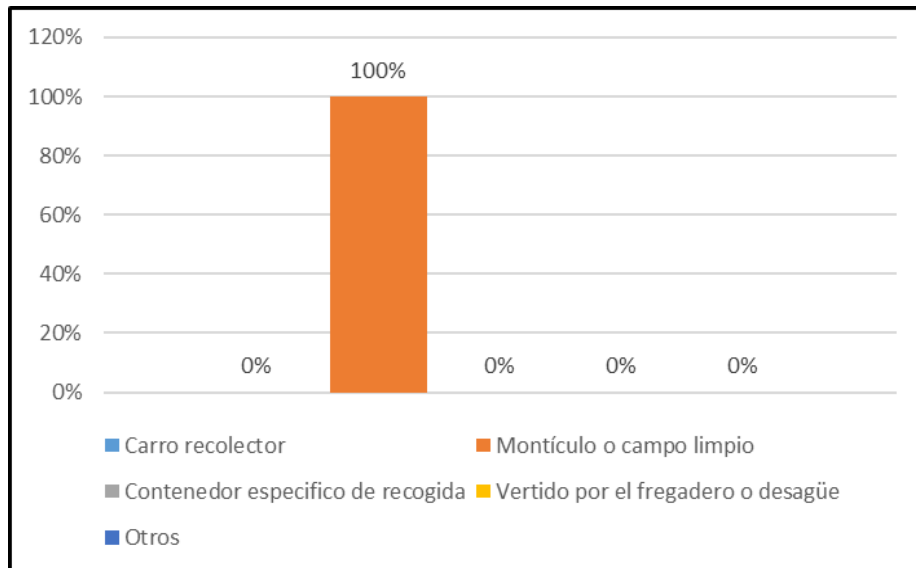
FRECUENCIA DE LA RECOGIDA DE LA BASURA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 18

SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES

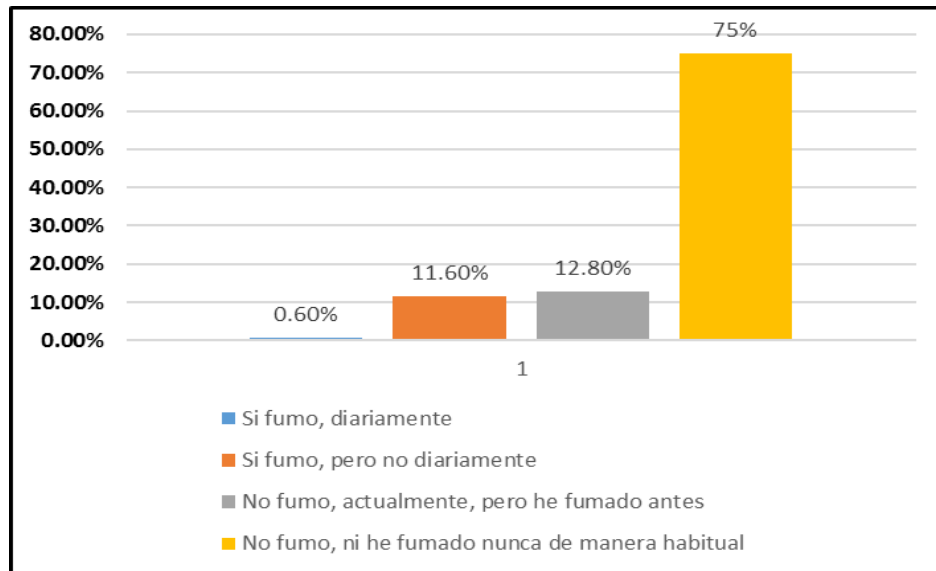


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO 19

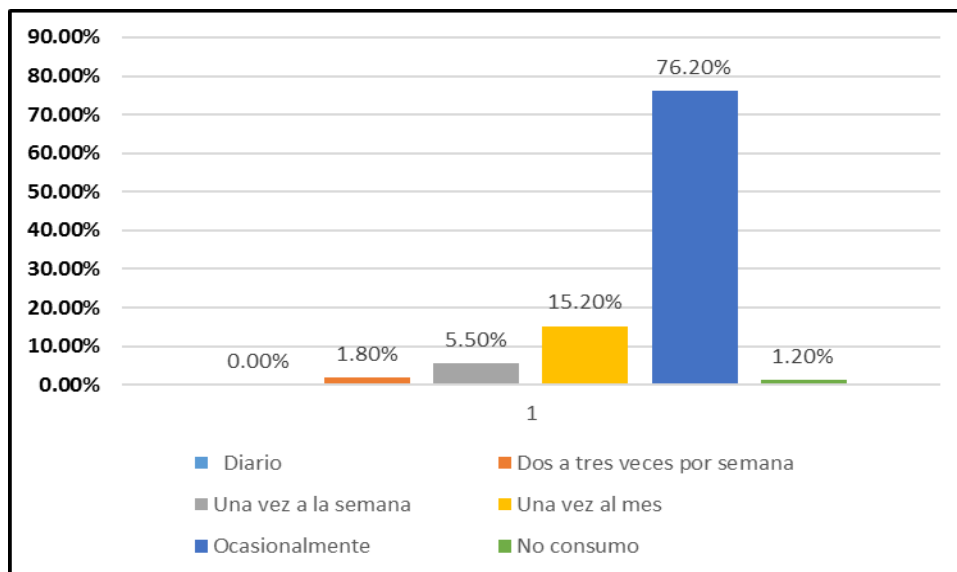
ACTUALMENTE FUMA LA PERSONA ADULTA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 20

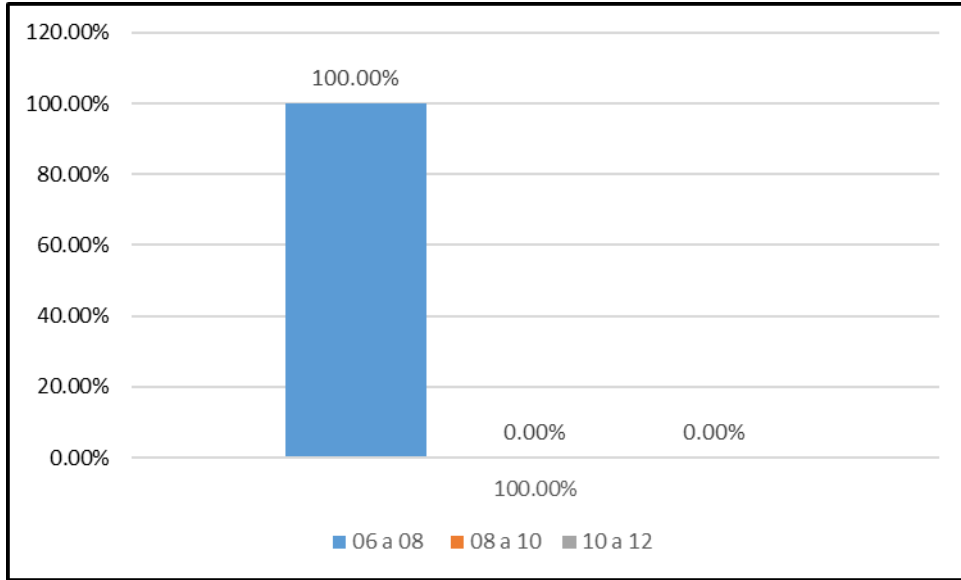
BEBIDA DE ALCOHOLICAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 21

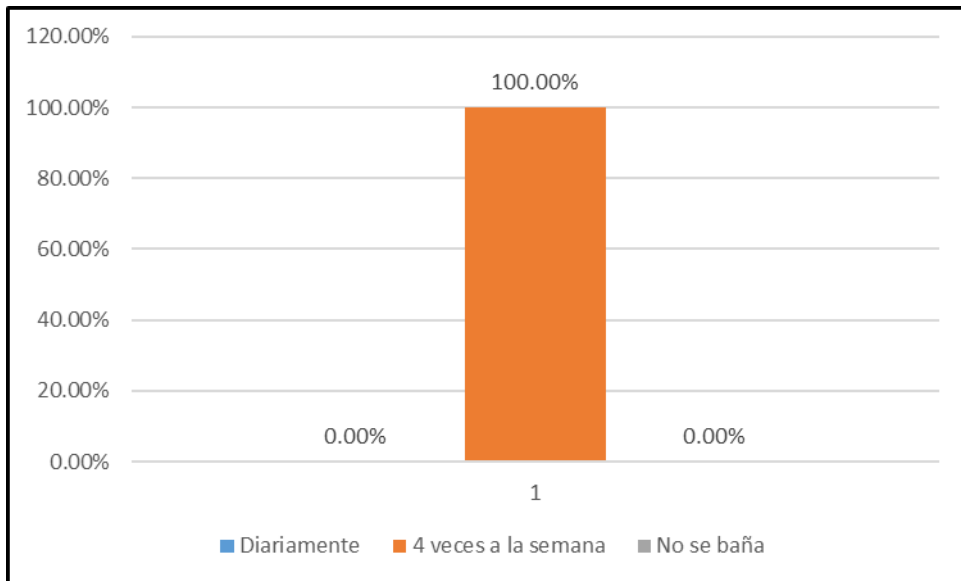
HORAS QUE DUERME



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 22

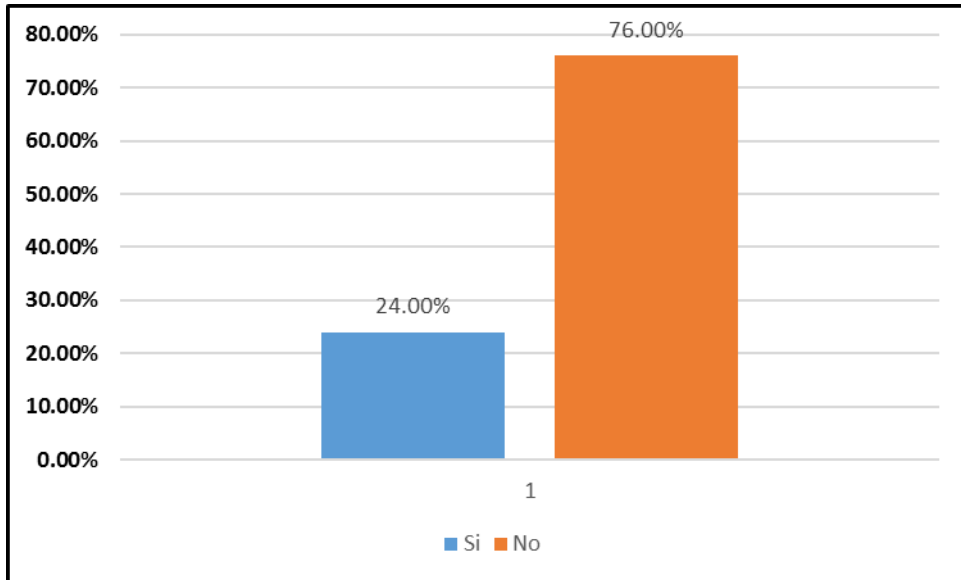
FRECUENCIA CON LAS QUE SE BAÑA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 23

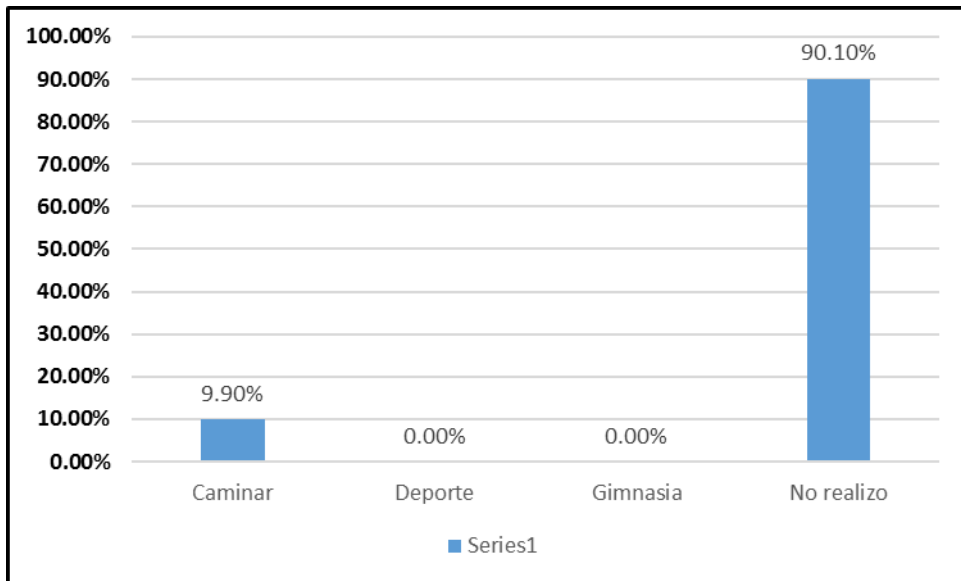
EXAMEN MEDICO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 24

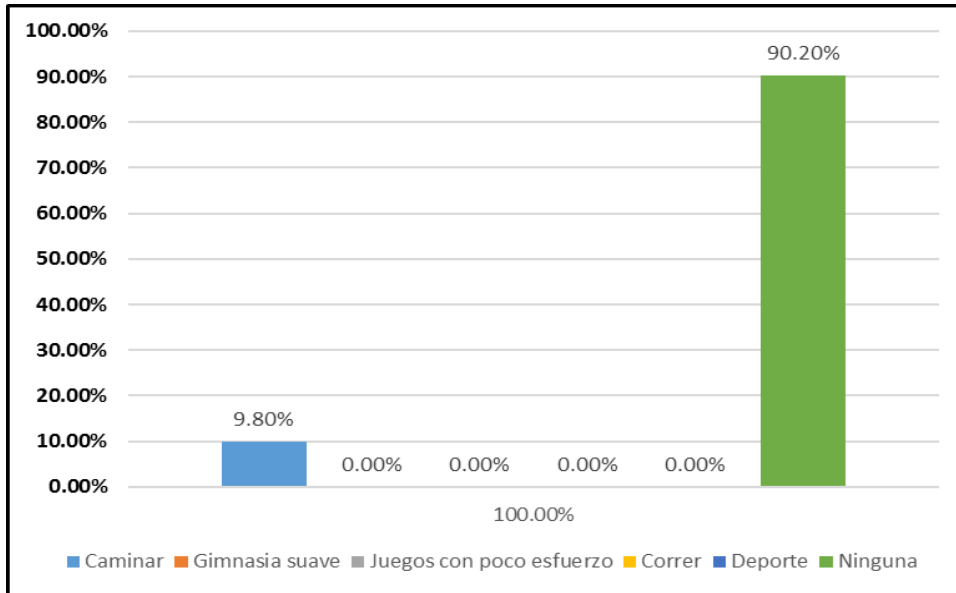
ACTIVIDAD QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 25

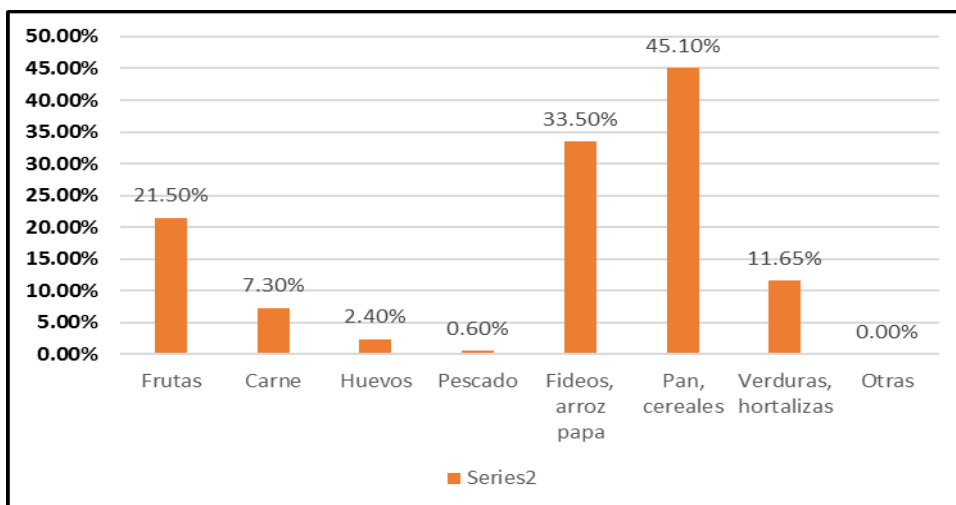
ULTIMA SEMANA QUE REALIZO ACTIVIDAD FISICA POR MAS DE 20 MINUTOS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 26

ALIMENTOS QUE CONSUMEN A DIARIO

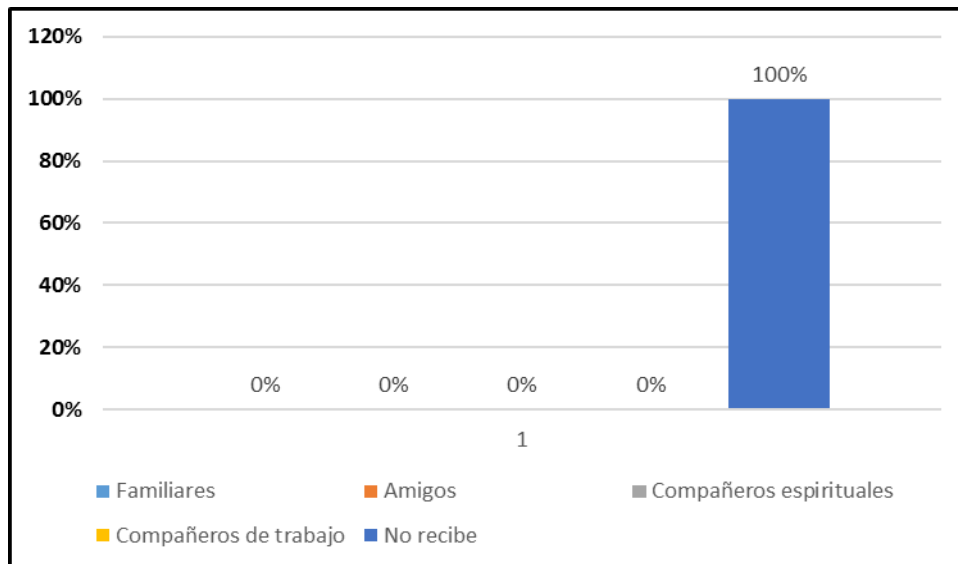


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO 27

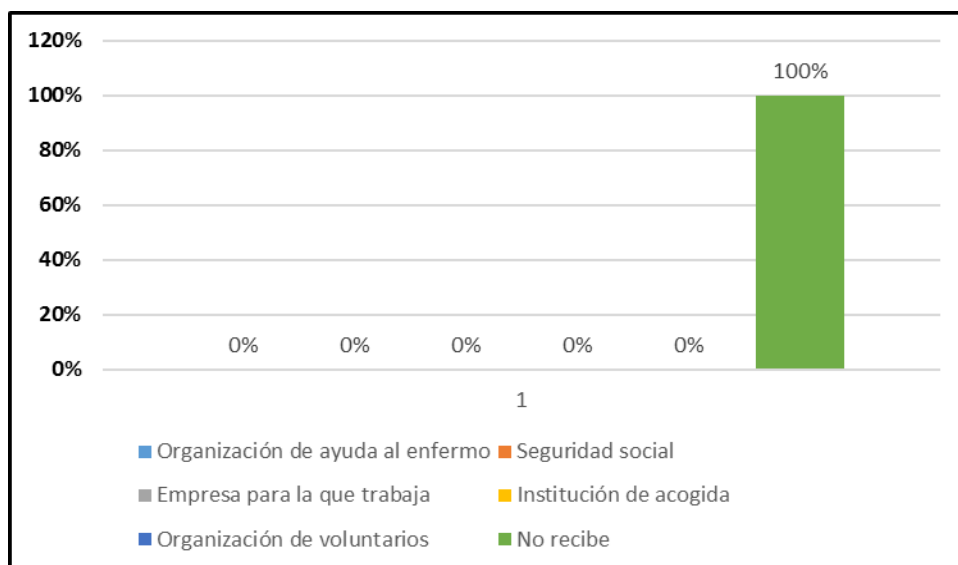
RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Hualcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 28

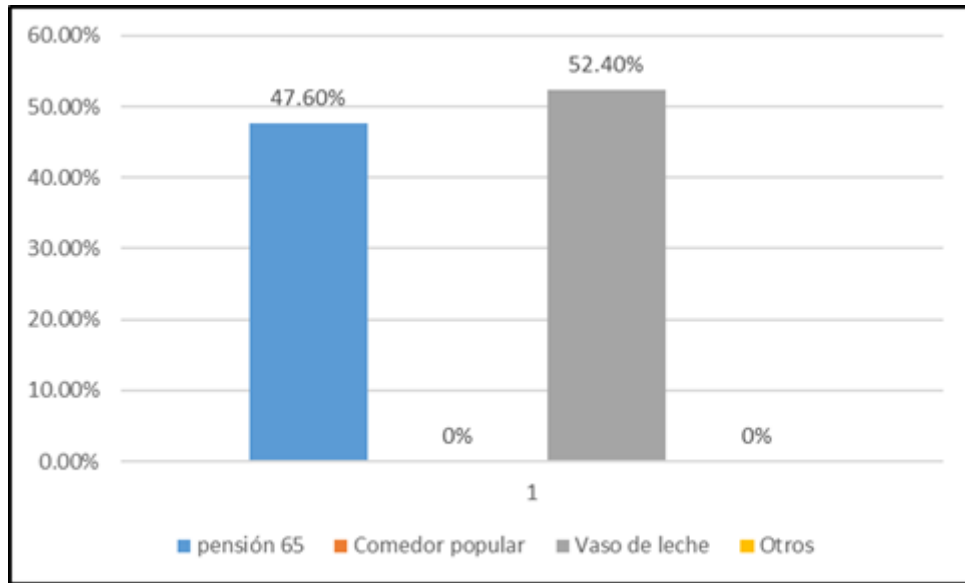
APOYO SOCIAL ORGANIZADO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Hualcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 29

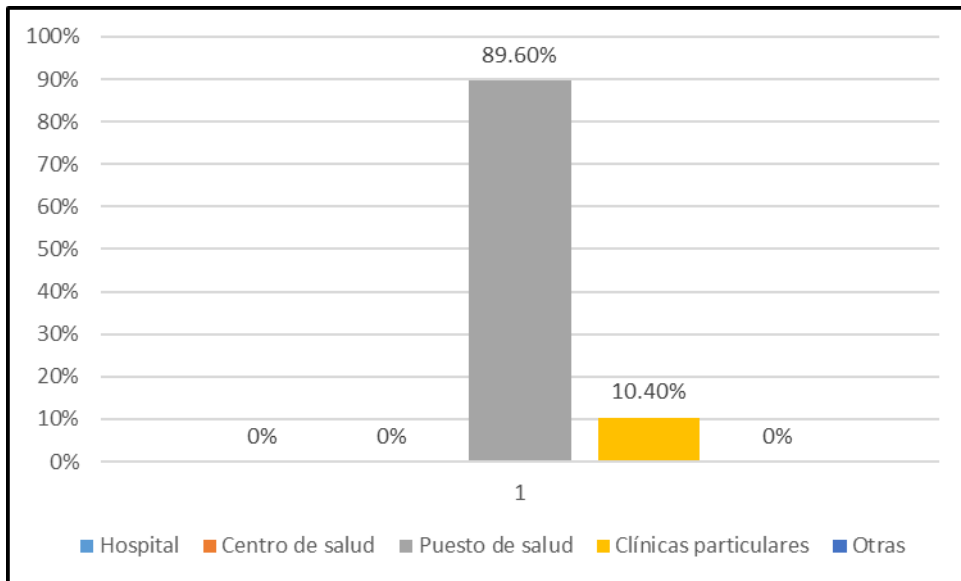
APOYO SOCIAL ORGANIZADO DEL ESTADO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 30

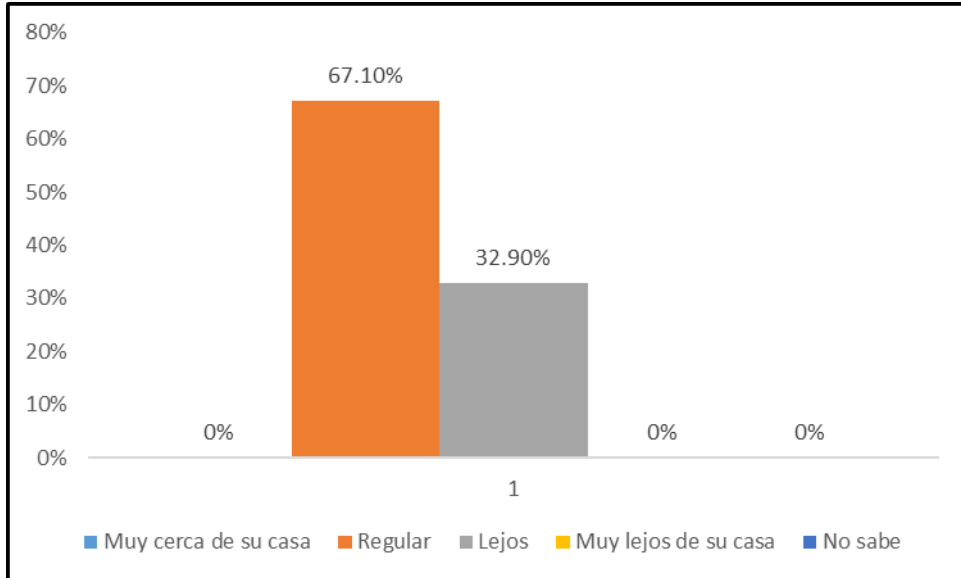
INSTITUCION DE SALUD DONDE SE ATIENDE



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 31

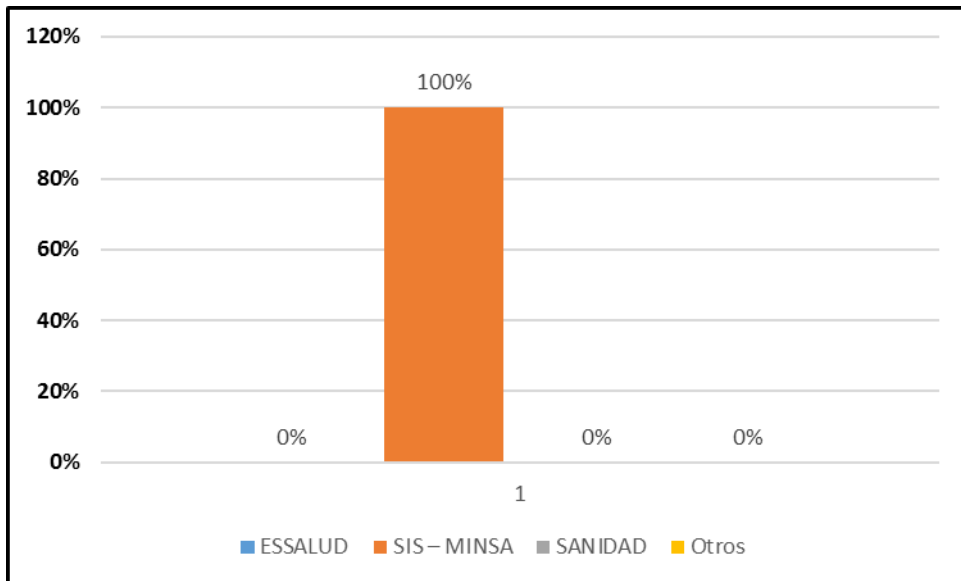
DISTANCIA DEL LUGAR DE ATENCION DE SALUD



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Víchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 32

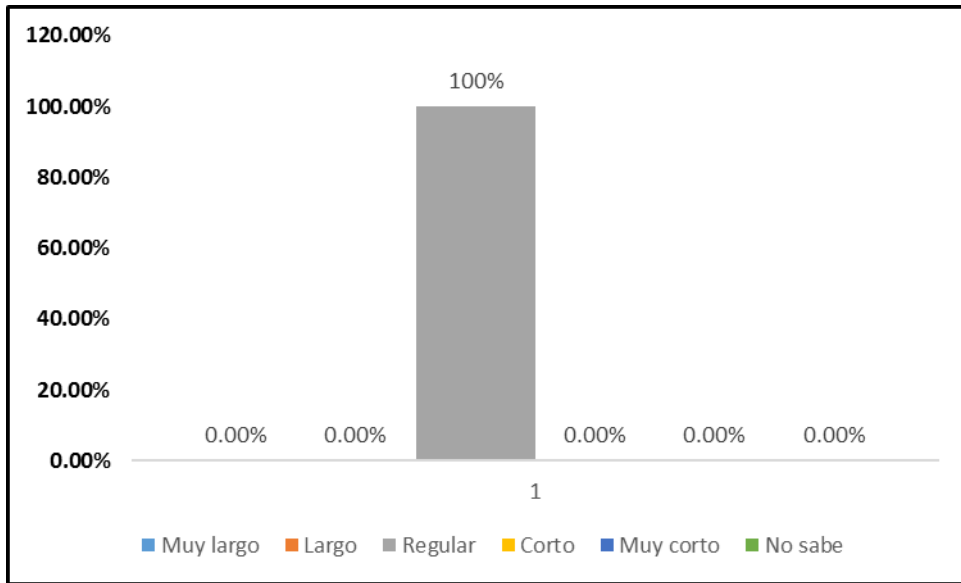
TIPO DE SEGURO DE SALUD



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Víchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 33

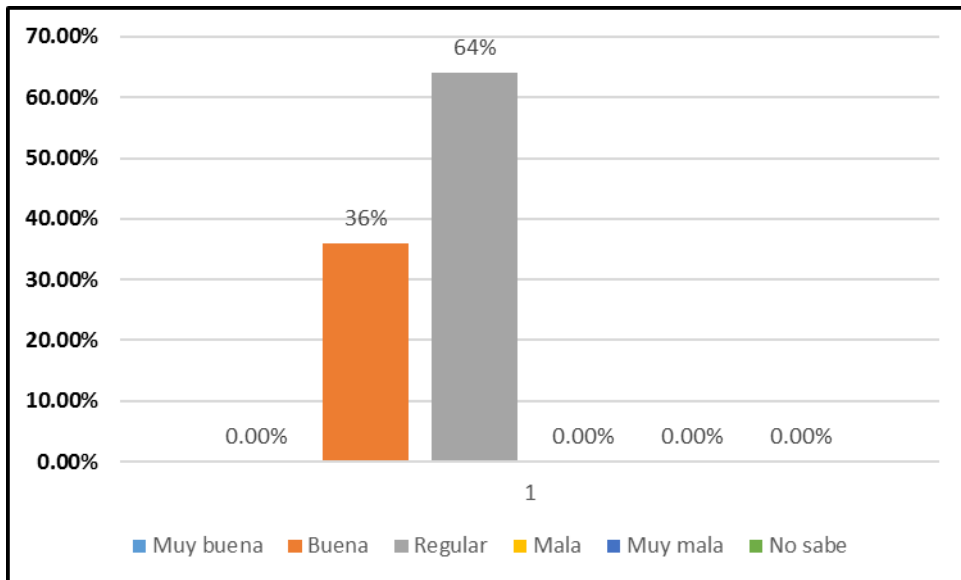
EL TIEMPO DE ESPERA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallecór – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 34

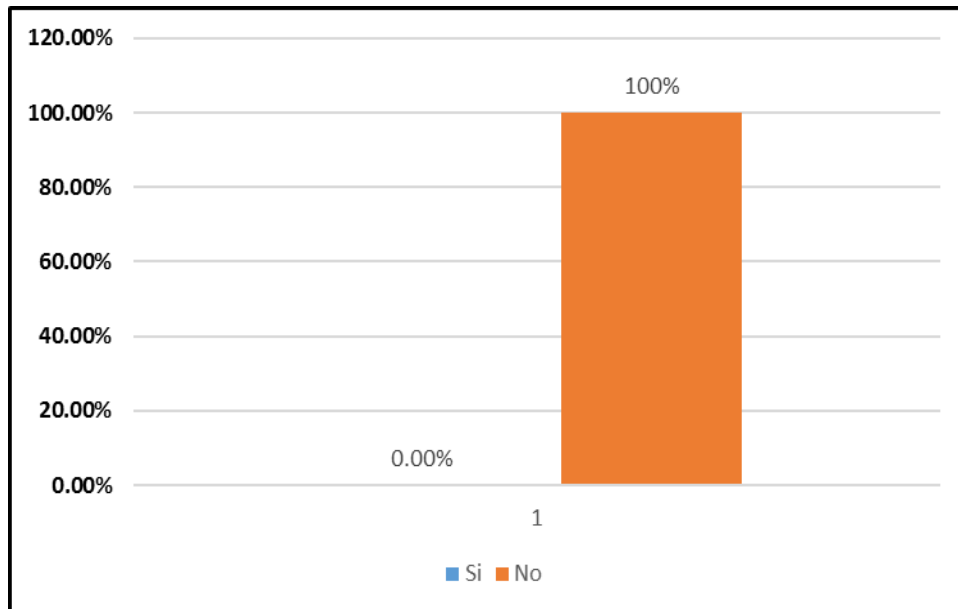
CALIDAD DE ATENCION RECIBIDA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallecór – Huaraz, marzo, 2014.

GRAFICO 35

PANDILLAJE Y DELINCUENCIA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Aplicado en los adultos del Centro Poblado de Huallcor – Huaraz, marzo, 2014.