



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS  
DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015**

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

**AUTOR:**

**ABIMAEI MAICOL CASTILLO GAYTAN**

**ASESORA:**

**Dra. Enf. MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES**

**HUARAZ – PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**DRA. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA  
PRESIDENTE**

**MGTR. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR  
SECRETARIO**

**MGTR. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA  
MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora de tesis Dra. Adriana Vílchez Reyes, por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo perseverante y amistad que me permitió hacer de esta tarea algo realmente formativa que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

Mi agradecimiento va dirigido también a la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote Escuela profesional de Enfermería, por la oportunidad que me brindó para convertirme en un águila en esta etapa de mi formación académica y profesional, y a todos los adultos de Acopampa sector A1, que han colaborado esta realización de los cuestionarios aplicados.

## **DEDICATORIA**

Gracias a Dios porque gracias a ti he podido cerrar un ciclo maravilloso y muy grande en mi vida, gracias por todo lo que me has dado y por lo que ahora voy logrando

Con todo mi amor para mis padres Paulina Gaytán y Benjamín Castillo, los seres más importantes en mi vida y a quienes les debo todo, les agradezco por apoyarme siempre y porque me dieron la oportunidad de desarrollarme y tener una profesión que amo, no fue fácil pues hubo momentos en los que creí no poder, pero siempre estuvieron conmigo con palabras de aliento y guiando mi camino. LOS AMO.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar los determinantes sociales de salud de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz. Es de tipo cuantitativo, transversal con diseño descriptivo, la muestra estuvo conformada por 176 adultos a quienes se les aplicó como instrumento un cuestionario sobre determinantes sociales. El análisis y el procesamiento de datos se hicieron con el Software SPSS versión 20.0. Concluyendo: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos: menos de la mitad tienen instrucción inicial/primaria, trabajo eventual; más de la mitad de sexo masculino, adultos maduros, tienen un ingreso económico menor a s/750.00. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos. Menos de la mitad duermen 2 a 3 personas/habitación; más de la mitad tienen viviendas unifamiliares, casa propia, entierran y queman la basura, tienen piso de tierra, techo de eternit, cocinan con leña, paredes de adobe y conexión domiciliar de agua. En los determinantes de los estilos de vida tenemos. La mitad duerme de 6 a 8 horas; más de la mitad caminan como actividad física; la mayoría no fuma, ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, En los determinantes de las redes sociales y comunitarias. Menos de la mitad el tiempo de espera y la calidad de atención fue regular; atendidos en un centro de salud; más de la mitad recibe apoyo de comedor popular; la mayoría considera que el lugar de atención está muy cerca de su casa, no recibe apoyo social organizado; Casi todos cuentan con seguro (SIS-MINSA); Todos finalmente refieren que no hay presencia de pandillaje cerca de sus casas.

**Palabra clave: Adultos, Determinantes de Salud.**

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to identify the social determinants of health of the adults of Acopampa Sector A1 - Carhuaz. It is of a quantitative, cross-sectional type with descriptive design, the sample consisted of 176 adults to whom a questionnaire on social determinants was applied as an instrument. The analysis and data processing were done with the SPSS Software version 20.0. Concluding: In the biosocioeconomic determinants we have: less than half have initial / primary instruction, temporary work; more than half of male sex, mature adults, have a lower income to s / 750.00. In the determinants of health related to the physical environment we have. Less than half sleep 2 to 3 people / room; more than half have single-family homes, own houses, bury and burn trash, have dirt floor, eternit roof, cook with firewood, adobe walls and water connection home. In the determinants of lifestyles we have. Half sleeps 6 to 8 hours; more than half of them walk as a physical activity; most do not smoke, occasionally drink alcoholic beverages, in the determinants of social and community networks. Less than half the waiting time and quality of care was regular; attended in a health center; more than half receive popular dining support; the majority considers that place of attention is very close to their house, does not receive organized social support; Almost all have insurance (SIS-MINSA); All finally report that there is no presence of gangs near their homes

**Keyword: Adults, Determinants of Health.**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1. Antecedentes.....	11
2.2. Bases Teóricas.....	12
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	22
3.2 Diseño de investigación.....	22
3.3 Población y Muestra.....	22
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	23
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	31
3.6 Procesamiento y Análisis de datos.....	34
3.7 Consideraciones éticas.....	34
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
4.1 Resultados.....	36
4.2 Análisis de Resultados.....	44
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>85</b>
5.1 Conclusiones.....	85
5.2 Recomendaciones.....	86
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA N° 1.....</b>	<b>36</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015	
<b>TABLA N° 2.....</b>	<b>37</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015.	
<b>TABLA N° 3.....</b>	<b>40</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015	
<b>TABLA N° 4, 5, 6.....</b>	<b>42</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1– CARHUAZ, 2015	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICOS N° 1.....</b>	<b>125</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015	
<b>GRÁFICOS N° 2.....</b>	<b>127</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015.	
<b>GRÁFICOS N° 3.....</b>	<b>130</b>
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015.	
<b>GRÁFICOS N° 4,5,6.....</b>	<b>133</b>
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1– CARHUAZ, 2015.	

## I. INTRODUCCIÓN

La comisión mundial de los determinantes de la salud tiene una visión global sobre estos determinantes sociales de la salud, la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera (1).

Cabe mencionar entonces que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (1)

Asimismo 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 (2).

Por tanto el debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los planteamientos de la medicina social europea

del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica (3).

Cabe resaltar que el enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, supone necesariamente un imperativo ético y político, las desigualdades en salud que se derivan 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 (4).

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 y categorías que han evolucionado los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales, el surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (5).

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 (6).

Son aquellos factores que ejercen su influencia sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población. Biología humana, medio (Físico y Social), modo de vida y/ o estilos de actuación, organización y funcionamiento de los Servicios de Salud (7).

Estos 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 (8).

No obstante el goce del grado máximo de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos, dicho concepto exige pasar de un modelo biomédico en salud a uno que tenga en cuenta estas desigualdades y el trabajo integral en ellas, perspectiva que retoma los determinantes sociales de la salud (DSS), “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”, los organismos sanitarios internacionales y los gobiernos del mundo han buscado incluir en sus políticas públicas estos factores como una estrategia que considera la salud más allá del concepto biológico y lo lleve a una concepción multidimensional, influida por características de índole social, política, económica, entre otros (9).

Por tanto estos determinantes se debe a que la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo, bien sean generados por factores naturales o antropogénicos los cuales pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas cuando están relacionados con agentes biológicos, o de enfermedades no infecciosas, cuando se relacionan con agentes químicos o físicos, todos bajo condiciones sociales, económicas y conductuales determinadas (10).

Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud en las políticas públicas que se han desarrollado en los países latinoamericanos frente a la

intervención de los Determinantes Sociales de la Salud. Para esto se realizó una revisión temática de artículos científicos a partir de bases de datos y de documentos oficiales de organismos multilaterales y de los Ministerios de Salud de los 22 países latinoamericanos. Se hace un recuento del concepto e historia de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud y del trabajo desarrollado en el ámbito mundial en regiones como Europa, así como en Latinoamérica. Posteriormente se describen como ejemplos los casos de ocho países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela) y las políticas públicas desarrolladas en el área de estudio (11).

Se concluye que en Latinoamérica hay un panorama desigual de aplicación de políticas de abordaje hacia los determinantes sociales de la salud así como una intervención segmentada principalmente hacia los determinantes intermedios de la salud, sin tener en cuenta la intervención integral desde diferentes puntos de entrada, según el marco conceptual (11).

Las políticas públicas desarrolladas en el área de estudio. Se concluye que en Latinoamérica hay un panorama desigual de aplicación de políticas de abordaje hacia los determinantes sociales de la salud así como una intervención segmentada principalmente hacia los determinantes intermedios de la salud, sin tener en cuenta la intervención integral desde diferentes puntos de entrada, según el marco conceptual, dicho concepto exige pasar de un modelo biomédico en salud a uno que tenga en cuenta estas desigualdades y el trabajo integral en ellas, perspectiva que retoma los determinantes sociales de la salud (DSS), “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. Los organismos sanitarios internacionales y los gobiernos del mundo han buscado incluir en sus políticas públicas estos factores como una estrategia que considera la salud más allá del concepto biológico y lo lleve a una concepción multidimensional, influida por característica de índole social, política, económica, entre otros (12).

Entonces la salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga y cualitativa, en este sentido la salud es un fenómeno que se logra a

partir de un sinnúmero de acciones y que puede mantenerse por mucho tiempo o perderse debido a diversas razones, la salud es algo que se puede recuperar también pero muchas veces puede costar lograrlo. Cuando hablamos de importancia de la salud estaremos entonces refiriéndonos al valor que la salud tiene para que una persona pueda llevar una buena calidad de vida en todos sus diversos aspectos (12).

De manera que los determinantes sociales de la salud apunten al marco social como a los procesos que condicionan la salud, siendo los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (13).

Por lo tanto los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud. Se trata de aquellos riesgos asociados a las condiciones de vida y de trabajo por ejemplo, la distribución de ingresos, bienestar, poder, más que factores individuales como sería el estilo de vida individual o la herencia genética, que aumentan la vulnerabilidad hacia las enfermedades (14).

En Perú, 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, desde el Ministerio de Salud, hemos impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los determinantes sociales de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. Algo se ha avanzado en la nada fácil tarea de traducir esta concepción en la práctica sanitaria. Sin embargo, todavía el camino es largo y, en este camino, lo más importante y difícil de mover son las concepciones enraizadas y los esquemas teóricos medicalizados en los que se mueven buena parte de los salubristas y políticos (15).

Por otro lado en nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud de las personas, como inequidades de acceso a los servicios, en los resultados de indicadores nacionales, como en la esperanza de vida y la discapacidad, estrechamente relacionada con los niveles de grado de instrucción, ingreso

económico y ocupación, sin descontextualizar el actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado en todas las dimensiones de la vida social (16).

La “equidad en salud” es un concepto cuyo uso y popularidad han aumentado mucho en los últimos tiempos entre fundaciones, legisladores, funcionarios y otras personas alrededor del mundo. Sin embargo, no existe una definición exacta o universal de este concepto, cuando hablamos sobre la equidad en salud, nos referimos a erradicar las desigualdades que afectan a grupos de personas, debido al grupo racial o étnico al que pertenecen, por su bajo nivel de ingresos u otras vulnerabilidades, para que todos tengamos acceso justo e igualitario a oportunidades que nos permitan gozar de buena salud (17).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo sus interacciones con el sistema de salud, las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder del hombre de ahí es la diferentes poblaciones, que a su vez influyen en la elección de políticas (16).

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, como al agua y saneamiento básico, educación, seguridad alimentaria, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (18).

En el Perú, el ministerio de salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2007-2017, 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 (19).

A nivel nacional el año 2016 el 84.4% de la población peruana estaba afiliada a un seguro de salud. La población más pobre cuenta con las mayores coberturas de

afiliación a un seguro de salud con un 78.0% mientras que la población menos pobre o de mayores ingresos, la cobertura de afiliación alcanza al 66.5% (19).

Entre los servicios básicos, destaca la energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares del país. A nivel nacional, el 93,8% de los hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 4,6 puntos porcentuales respecto al año 2012 (89,2%). Los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, donde el servicio cubre al 98,6%; en el área rural, un 80,1% disponía de este servicio. Sin embargo, fue en el área rural donde se dio el mayor incremento de 10,5 puntos porcentuales con respecto al año 2012 (de 69,6% a 80,1%). A nivel nacional, el 80,3% de los hogares utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público. El mayor porcentaje corresponde a la conexión directa dentro de la vivienda (73,4%). En el área urbana, el 83,8% de los hogares usaba agua para beber procedente de red pública, sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, en comparación con el 70,4% de los hogares del área rural que utilizaban las mismas fuentes; no obstante el 15,4% de los hogares de esta área aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia e incluso agua de lluvia, para beber (20).

En el área urbana, el 25,4% de los hogares se encontraban en el quintil superior o en el cuarto quintil de riqueza y 3,8% en el quintil inferior; en cambio, en el área rural se presentó lo contrario, es decir, el 70,6% de los hogares se ubicaban en el quintil inferior y el 0,4% en el quintil superior (20).

Por tanto en el país, en el año 2016, la mediana de años de estudios de los hombres y las mujeres de seis y más años de edad fue de 9,4 y 8,3 años de estudios, respectivamente; la misma que se incrementó en 1,0 años en los hombres y en las mujeres, comparando con el año 2012, se mantiene la brecha educativa de 1,1 años entre los hombres y las mujeres en los años 2012 y 2016. La diferencia observada entre la mediana de años de estudios por sexo es resultado del diferente acceso a los servicios educativos que experimentaron en su momento los mayores de 40 años de edad, en particular los de 55 a 59 años entre, los cuales la mediana de años de estudios de los hombres fue 10,2 años y de las mujeres 7,7 años (20).



Al analizar la búsqueda de atención según condición de pobreza se observa que conforme mejora el nivel económico de la persona que se autorreporto enferma, mejora también el porcentaje de búsqueda de atención. Así, los pobres extremos que autorreportaron enfermedad buscaron atención en el 37.5%, mientras que los no pobres lo hicieron en el 60.4%. Situación similar se observó según los quintiles de gasto, en donde las personas pertenecientes al quintil I, buscaron atención en el 41.4%, mientras que los del quintil V el porcentaje subió al 65.9% (19).

No son indiferentes a esta realidad los adultos del sector A1, que forma parte del corredor económico Huaylas, Huaraz – Caraz, distrito de Acopampa, provincia de Carhuaz, departamento de Ancash. Se encuentra, ubicado a una altitud de 2725 m.s.n.m. Sus límites son: Por el este: el sector de Obraje, por el oeste: el rio santa, por el norte: con la Provincia de Carhuaz, y por el sur: el Distrito de Marcará. En este sector, habitan aproximadamente 327 habitantes y como actividad económica principal la elaboración de ladrillos, tejas, la agricultura, ganadería, en los servicios básicos cuentan con energía eléctrica sistema de agua potable y desagüe, (teléfonos públicos, locutorios e internet) el tipo de vivienda que más predomina es de material rústico (adobe) (21).

Cuenta con una I.E. 86280 "Ricardo Palma", primaria y secundaria, ubicado en la Av. Santa Teresa, su fiesta principal 5 de diciembre de cada año, con comidas típica más resaltantes: Aka Cashqui (Sopa de Cuy), Picante de Cuy, Llunca, Cashqui (Sopa de Trigo), Puchero, Tocosh Api (Mazamorra de maíz fermentado). En cuanto a la vestimenta típica de las mujeres utiliza la pollera, sombrero, blusa, lliclla, llanque, (sandalias de jebe con tiras) el hombre utiliza pantalón, camisa, chompa, sombrero y llanque o zapatos, por tanto las enfermedades más prevalentes en los adultos son las gastritis, artritis, osteoporosis por otro lado son las infecciones respiratorias y diarreicas en adultos, y refieren que como tratamiento usan remedios caseros: pomadas, ungüentos, infusiones, entre otros, aliviando e incluso cuando así las enfermedades. (21).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, 2015?

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

Describir los determinantes de la salud de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz.

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

Identificar los determinantes de la salud biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz.

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

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único

camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además, es conveniente para: Las autoridades de la Dirección Regional de salud de Ancash, la Municipalidad provincial de Carhuaz, así como para la población adulta de Acopampa Sector A1 – Carhuaz; porque estos resultados de la presente investigación contribuyen para que las personas identifiquen sus determinantes de salud y se motiven a realizar cambios en su estilo de vida esto les ayuda a disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad a futuro.

## II. REVISIÓN LITERARIA:

### 2.1. Antecedentes:

#### **Investigación actual en el ámbito extranjero:**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

#### **A nivel internacional:**

**Frenz P (22).** En su investigación. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, en su informe asume que las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, impactan sobre la salud y que tanto el contexto como los procesos sociales, se traducen en consecuencias para la salud, la finalidad de mejorar la situación global y combatir la iniquidad con la que ésta se distribuye. En síntesis, este modelo siguiendo el enfoque de la epidemiología social europea, reconocen la existencia de dos tipos de determinantes de la salud: los estructurales socioeconómico y político) los intermediarios (vincula a los estructurales con los resultados en salud se concluye que están constituidos por, elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud).

**Ortiz R, Moncada. Álvarez C, Dardetab J, (23).** En su investigación sobre Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España, Francia Portugal 2006, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en varones (43,9%) que en mujeres (28,9%), pero para la prevalencia de obesidad (15,0%) no se observaron diferencias por sexos. El análisis de regresión logística multinomial muestra asociación significativa entre obesidad-estar casada(o), con una odds ratio (OR) de 1,69 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 1,51-1,89) y viuda(o), OR de 1,77 (IC 95% 1,45-2,16); sin estudios, OR de 2,77 (IC 95% 2,34-3,28) e ingresos < 600 €, OR de 1,50 (IC 95% 1,18-1,91). Se encontró una interacción estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre sexo y clase social. Las mujeres de clase social manual presentan un 49% más

riesgo de tener sobrepeso y un 96% más riesgo de obesidad que las mujeres de clase social no-manual. Mientras, los varones de clase social manual presentan menos riesgo de sobrepeso (18%) y obesidad (12%) frente a los de clase social manual.

**Jiménez. D. Benítez. A. Rodríguez. R.**, (24). Análisis de determinantes sociales de la salud de la desnutrición en Latinoamérica y el Caribe, hay que destacar, por encima de otros, tres determinantes sociales fundamentales para abordar la malnutrición: la educación, el empleo y el género. Cualquiera de estos tres determinantes, y más aún si le sumamos la diferenciación étnica, puede explicar casi todas las situaciones de marginación y exclusión que se dan en todas las sociedades, y que marcan enormemente muchas de las coyunturas de la desnutrición. Se concluye que un buen nivel de educación mejora los conocimientos sobre nutrición y el estado de salud en general, la educación mejora el nivel de salud en la medida que dota a las personas de conocimientos, capacidades y actitudes para guiar y controlar muchas de sus circunstancias vitales. Hay que destacar que lógicamente un mayor nivel de educación en las madres incide en un mejor estado de salud y nutrición de los niños.

#### **A nivel Nacional:**

**Rivas. K.**, (25) En su investigación “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío la encantada – Chulucanas – Piura, 2012”. Obtuvo los siguientes resultados: 46,9% son mujeres adultas maduras, 65% grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, 72% ingreso económico menor de 750 soles 72% es trabajador eventual. 78 % casa propia, 81% material de piso tierra, 51% material de techo es lamina de calamina, 59% material de paredes adobe, 67% abastecimiento de agua red pública, 64% letrina, 65% cocinan con leña, carbón, 61% cuentan con energía eléctrica permanente, 47% 59% se realiza exámenes médicos establecimiento de salud, 47% frutas carne, huevo, pescado, 76% diariamente, verduras y hortalizas. El 93% no reciben apoyo social, 62% se atendió en un puesto de salud 41% lugar de atención a una distancia regular, 74% de seguro SIS - MINSA, 69% no existe el pandillaje.

**Estrada Y.** (26). Nos habla en sus fundamentos de investigación de: Los determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa Micaela

Bastidas – Piura, 2013. Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos más de la mitad de los adolescentes son de sexo femenino, la mayoría tienen una edad entre 15 a 17 años 11 meses y 29 días; los jefes de familia son trabajadores estables; todos tienen secundaria completa/Incompleta; menos de la mitad de las madres tienen Secundaria Completa/Incompleta; tienen un ingreso económico familiar entre 751 a 1000 nuevos soles. En los determinantes de la vivienda, la mayoría tienen vivienda unifamiliar; casa propia; paredes de material noble; conexión domiciliar para su abastecimiento de agua; eliminan las excretas en baño propio; cuentan con energía eléctrica permanente; suelen eliminar su basura en el carro recolector; más de la mitad del material del piso es de tierra.

**Uchazara. M,** (27). En su investigación “Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor los Palos. Tacna, 2013” tipo de investigación cuantitativa, descriptiva. El 56% sexo femenino, 49% adulto maduro (30 a 59 años 11 meses 29 días), 62% grado de instrucción Secundaria completa/Secundaria incompleta, 55% ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, 98% ocupación eventual. El 100% vivienda unifamiliar, 95% casa propia, 53% piso de tierra, 71% techo de estera y adobe, 54% paredes de adobe 54% de letrina, 87% energía eléctrica permanente, 65% elimina la basura a campo abierto. El 87% no fumo ni he fumado nunca, 58% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, 67% se atendió en el puesto de salud, 50% lugar de atención está lejos, 71% seguro SIS-MINSA, 63% el tiempo que espero regular, 62 calidad de atención que recibió fue regular.

#### **A nivel local:**

**Ayala, J.** (28), En su investigación “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013”. El 52% son de sexo masculino, 56% son adultos jóvenes, 46% tiene secundaria completa/ incompleta 37% ingreso económico de s/751 a 1000 soles, 43% ocupación trabajo eventual, tipo de vivienda 96% vivienda unifamiliar, 84% casa propia, 50% piso de tierra, 60% techo material, el 89% no han fumado nunca de manera habitual, 46% bebidas alcohólicas ocasionalmente, 60% actividad física como caminar, 55% caminan por más de 20 minutos; 100% no reciben apoyo social organizado, 83% son beneficiarios del vaso

de leche, pensión 65, y otros, 95% seguro SIS MINSA, 31% el tiempo que esperan para ser atendidos es regular, 47% la calidad de atención es buena, 77% si hay pandillaje o delincuencia cerca a su casa.

**Valverde, L.** (29), por tanto en su estudio sobre: Determinantes de Salud de los 12 adultos del Sector “A” Huaraz – 2013. El 47,4% tienen secundaria completa/incompleta, el 48,9% un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% agua intradomiciliaria y energía permanente, el 100% baño propio, el 92,1% dispone eliminan su basura en carro recolector. Respecto al estilo de vida 48,9% no fuma, 63,2% no ingiere bebidas alcohólicas, el 92,6% no se realiza ningún examen médico, el 44,7% realiza actividad física, 52,6% consume pescado 1 vez por semana, el 60,5% consume frutas diariamente, el 91,6 % consume verduras diariamente, el 78,9% cuenta con el SIS.

**Vergaray, R** (30). Referente a su investigación titulada: Determinantes de salud de los adultos del sector de “A” – distrito – Huaraz, 2013 el 52,6% (100) son de sexo femenino, 52,6% (134) edad comprendida entre 18 a 29 años, el 47,4% (90) secundaria completa / incompleta, 48,9% (93) ingresos económicos menor a 750 nuevos soles y el 52 % trabajo eventual. El 55,3% (105) un tipo de vivienda unifamiliar, 90,5% (172) casa propia, 92,6% (176) piso loseta, 89,5% (170) material de techo cemento, el 89,5% (170) paredes de material noble, 92,6% (176) no realizan examen médico periódico. El 74,2% (141) no reciben apoyo social organizado, 62,1% (118) se atendieron en centros de salud, 57,4% (109) la distancia donde recibieron atención de salud es regular, 78,9% (150) tienen SIS-MINSA, 54,2% (103) tiempo de espera es regular, 40% (76) recibieron una atención buena y 86,8% (165) respondieron que si existe pandillaje cerca de su casa.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación**

Este diseño de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (31).

En el año 1974, Mack Lalonde propuso el modelo de los determinantes de la salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Posteriormente Acheson, adaptando el modelo de Dahlgren y Whitehead, diagrama a los determinantes de la salud como capas de influencia, lo que grafica en la siguiente figura (32).



Las interacciones entre los factores explican 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 (33).

Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud, han presentado el proceso causal del estado de salud de las poblaciones, el origen está el contexto socioeconómico y político, que incluye el régimen de gobierno, los valores de la sociedad y las políticas públicas. Este contexto se relaciona directamente con la

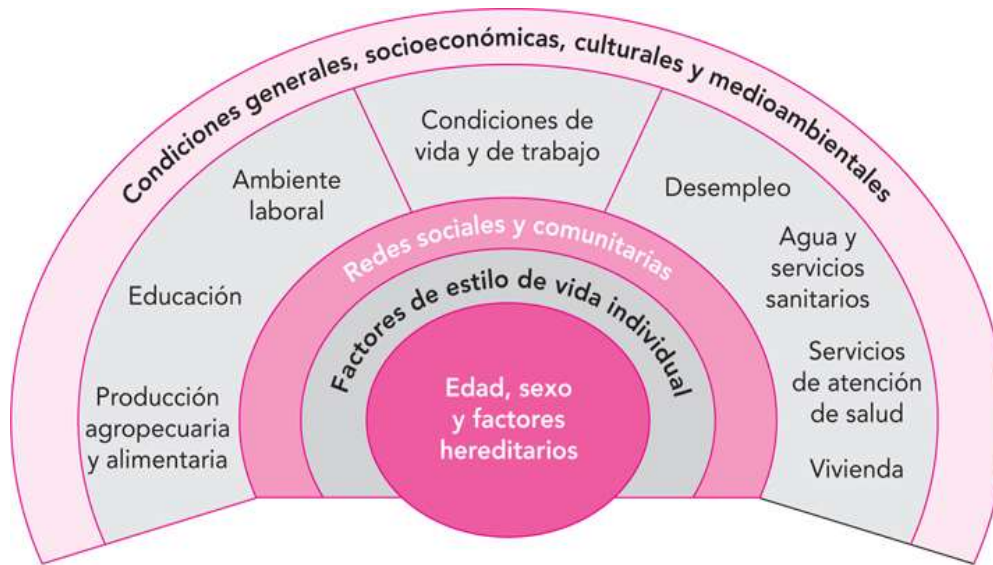


estructura socioeconómica, las dimensiones principales son: educación, ocupación, ingresos, género y etnia. Esta estructura, en conjunto con el contexto político, y con las condiciones generales de vida y trabajo de la población, denomina “Determinantes Sociales de la Equidad / Inequidad en Salud (34).

Es importante precisar que la dimensión de la equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de los servicios según necesidad sanitaria. Este énfasis en la distribución equitativa de los recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad. No obstante la relevancia de este enfoque, existe otra mirada que sostiene que el objetivo de un sistema de salud equitativo es, además, asegurar la equidad en los niveles de salud alcanzados por los diferentes grupos sociales; una nueva dimensión que tiene implicancias distintas en lo valórico y en lo operativo (35).

En los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, 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. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (36).

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 (35).



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

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos en los determinantes estructurales, intermediarios, y proximales la posición social de las personas determina sus oportunidades de salud en el diagrama debajo, el proceso de asignar a los individuos las posiciones sociales se ve en los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas, a estratificación social engendra, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales para la salud y el diferencial de vulnerabilidad, así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados, mostrado como mecanismo. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política (37).

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Determinantes estructurales, determinantes intermediarios, y determinantes proximales. Nos explica que las formas de vida pueden promover o dañar la salud, los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad. Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos

pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar” (37).

**a) Determinantes estructurales**

Determinan el estado de salud y de desarrollo de una población viene determinada en gran parte por el contexto social, económico y político. El poder político y el tipo de políticas macroeconómicas y Sociales, así como la extensión y el modelo del estado del bienestar, contribuyen a la salud y las desigualdades en salud incidiendo en el bienestar de la ciudadanía (38).

Los determinantes estructurales son muy importantes, ya que son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género). La estratificación de la población configura las oportunidades en salud y los resultados en salud, ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos. Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos o intermedios (38).

**b) Determinantes intermedios.**

Determinantes intermedios como las condiciones de trabajo y de vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales (“estilos de vida”) y psicosociales, o los propios sistemas de salud. Un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar (39).

El sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar”. Elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales (39).

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

Asociados a variables de nivel individual, guardan relación con las acciones de los individuos, con los comportamientos y estilos de vida saludables. La conducta de los individuos, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos (microdeterminantes) de vida están condicionados por los contextos sociales (macrodeterminantes) que los moldean y restringen (40).

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. 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 efectos (40).

Entre estas circunstancias materiales se considerarán las condiciones medioambientales existentes en la región (en cuanto a la calidad del aire, el control de residuos, la zoonosis y otras situaciones específicas de cada realidad local), el acceso de la población a servicios a nivel comunitario (sala cuna, servicios de emergencia, infraestructura, servicios públicos, tecnología, eventos culturales, percepciones de acceso, etc.), y las condiciones del hábitat, enfocándose principalmente en las viviendas (cantidad, tipo de construcción, propiedad, etc.) y en el acceso a servicios básicos (como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica se incorporarán antecedentes sobre las condiciones de trabajo, es decir, las circunstancias en las que las personas se desempeñan laboralmente y los sistemas de protección social a los que acceden (41).

**Mi salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (42).

**Comunidad:** La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria, por eso es muy importante clarificar qué se entiende por comunidad. Siendo una comunidad un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define, entenderemos que, según el significado que le demos al término «comunidad», ésta será una u otra e incluirá a unos u otros sujetos. Así, una misma persona pertenece a varias comunidades (43).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, Todo lo anterior justifica la consideración de que no es sencillo simplificar el concepto de comunidad, ya que implica pensar en homogeneidad («la comunidad» como un ente único) que viene dada por la característica común de los sujetos que la conforman, pero que al mismo tiempo ésta puede tener diversos grados de heterogeneidad precisamente por las características que Diferencian entre ellos a los individuos que la componen (43).

**Servicios de salud:** es el acto y el efecto de servir. El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad. Por lo general, los servicios implican brindar algo que no es material, a diferencia de los productos que son bienes materiales (44).

**Educación:** se definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que produce (44).

**Trabajo:** es importante que previamente a determinar su significado realicemos la exposición de su origen etimológico. En concreto este se halla en el latín, y más exactamente en la palabra *tripalium*. La definición teórica del concepto de trabajo puede ser analizada desde perspectivas distintas (44).

**Territorio (ciudad):** es una porción de la superficie terrestre que pertenece a un país, una provincia, una región, etc. El término puede hacerse extensivo a la tierra o terreno que posee o controla una persona, una organización o una institución (44).

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.

### III.METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y Nivel de investigación estudio

Cuantitativo (45). Recopilación y análisis de datos numéricos que se obtiene de la construcción de instrumentos de medición para la prueba de hipótesis.

Descriptivo de corte transversal (46). Describen la frecuencia de una exposición(s) o resultado(s) en una población definida y en un punto específico de tiempo.

#### 3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla (47, 48). Utiliza un solo grupo con el objetivo de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio sirve para resolver problemas de identificación.

#### 3.3. Población y Muestra

**Población:** Estuvo conformado por 244 adultos que viven en Acopampa Sector A1 – Carhuaz, departamento de Ancash.

**Muestra:** El tamaño de muestra fue determinado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5% aplicando la técnica de muestreo aleatoria simple obtuvimos una muestra de 176 adultos de ambos sexos que residen en Acopampa Sector A1 – Carhuaz (ANEXO N° 01)

#### Unidad de análisis

Los adultos que residen en Acopampa Sector A1 – Carhuaz, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de investigación.

#### Criterios de Inclusión

- Adulto que viven más de 3 años en Acopampa Sector A1 – Carhuaz.
- Adultos sanos
- Adulto que aceptó participar en el estudio.
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

### **Criterios de Exclusión**

- Adulto que tuvo algún trastorno mental
- Adultos que tenga problemas de comunicación

### **3.4. Definición y Operacionalización de variables**

## **I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO**

### **Edad**

#### **Definición Conceptual.**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (49).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón:

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

### **Sexo**

#### **Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (50).

#### **Definición Operacional**

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

### **Grado de Instrucción**

#### **Definición Conceptual**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (51).



### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin nivel e instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior universitaria incompleta
- Superior no universitaria incompleta

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (Monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (52).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (53, 54).

#### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **II. DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO**

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (55).

#### **Definición operacional**

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

#### **Tenencia de vivienda**

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

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

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

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

- Madera, estera
- Adobe
- Estera adobe
- Material Noble, Ladrillo, Cemento

- Eternit

**Material de las paredes:**

- Madera, estera
- Adobe
- Estera adobe
- Material Noble, Ladrillo, Cemento

**Nº de personas en un dormitorio**

- 4 a mas miembros
- 2 a mas miembros
- Independiente

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Conexión domiciliario

**Eliminación de excretas**

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

**Combustible para cocinar**

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

### **Tipo de alumbrado de la vivienda**

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

### **Disposición de basura**

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

### **Con que frecuencia recogen la basura**

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

### **Suelen eliminar la basura en algún lugar**

- Carro Recolector
- Montículo o campo abierto
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

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

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (56).

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

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

### **Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica**

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

### **Nº de horas que duerme**

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

### **Frecuencia con que se bañan**

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

### **Realiza algún examen medico**

Escala Nominal

(Si) (No)

### **Realiza actividad física**

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia

- No realiza

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

- Caminar
- Gimnasia Suave
- Juego con poco Esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

### **ALIMENTACIÓN**

#### **Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (57).

#### **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

## **VI. 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 (48).

#### **Apoyo social natural**

- Familiares
- Amigos
- Compañeros Espirituales
- Compañeros de trabajo

- No recibo

### **Apoyo social organizado**

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

### **Apoyo de algunas organizaciones**

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

### **Acceso a los servicios de salud**

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y roedores (oferta disponible de servicios) (59).

#### **En que Institución de salud se atendió:**

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

#### **Lugar de atención atendido:**

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos
- Muy lejos de su casa

- No sabe

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Espero en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje cerca de su casa**

Escala nominal

(Si) (No)

**3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

**Técnicas**

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



## **Instrumento**

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

### **Instrumento N° 1**

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 2).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Determinantes biosocioeconómicos (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo). El entorno físico de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz: (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz

### **Control de Calidad de los datos:**

### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de los adultos de las Regiones del Perú desarrollada por Dra. Víchez 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° 3)

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

(-1) /k

Dónde:

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

l: Es la calificación más baja posible.

k: Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (60).

### **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 (61). (VER ANEXO N° 04)

### **3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:**

#### **Procedimiento de recolección de datos:**

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos de Acopampa Sector A, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos de Acopampa Sector A1 con disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto de Acopampa Sector A1.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto de Acopampa Sector A1.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto de Acopampa Sector A1.

#### **Análisis y Procesamiento de los datos:**

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

### **3.7. PRINCIPIOS ÉTICOS.**

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (62).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz 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 de Acopampa Sector

A1 – Carhuaz, siendo útil solo para fines de la investigación.

### **Honestidad**

Se informó a los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

### **Consentimiento**

Solo se trabajó con los adultos de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 06)

#### IV.RESULTADOS:

##### 4.1. Análisis de Resultados:

TABLA 1

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA  
SECTOR A1 – CARHUAZ ANCASH, 2015**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	112	63,60
Femenino	64	36,40
Total	176	100,00
<b>Edad (años)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	12	6,80
Adulto Maduro	97	55,1
Adulto Mayor	67	38,1
Total	176	100,00
<b>Grado de instrucción del adulto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel instrucción	45	25,6
Inicial/Primaria	54	30,7
Secundaria: Incompleta/ Completa	45	25,6
Superior: Incompleta/ Completa	32	18,2
Total	176	100,00
<b>Ingreso económico familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de S/. 750.00	95	54,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	66	37,5
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	7	4,00
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	7	4,00
De S/. 1801.00 a más	1	0,60
Total	176 %	100,00
<b>Ocupación del jefe de familia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	31	17,6
Eventual	72	40,9
Sin ocupación	70	39,8
Jubilado	2	1,10
Estudiante	1	0,60
Total	176%	100,00

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

Conclusión.

**TABLA 2.**

***DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DE  
ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ ANCASH, 2015.***

<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	109	61,9
Vivienda multifamiliar	55	31,3
Vecindad, quinta, choza, cabaña	12	6,80
Local no destinado para habitación humana	0	0,00
Otros	0	0,00
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Tenencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	33	18,8
Cuidador/alojado	23	13,00
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00
Alquiler venta	0	0,00
Propia	120	68,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tierra	158	89,8
Entablado	2	1,00
Loseta, vinílicos o sin vinílico	16	9,00
Láminas asfálticas	0	0,00
Parquet	0	0,00
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	0	0,00
Adobe	2	1,00
Esteras y adobe	2	1,00
Material noble, ladrillo y cemento	10	5,70
Eternit	162	93,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	0	0,00
Adobe	164	93,0

Continúa...

Estera y adobe	1	0,60
Material noble ladrillo y cemento	11	7,00
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
4 a más miembros	66	37,5
2 a 3 miembros	102	58,0
Independiente	8	4,00
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Acequia	3	1,70
Cisterna	1	0,60
Pozo	1	0,60
Red pública	5	2,80
Conexión domiciliaria	166	94,3
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Aire libre	24	13,6
Acequia, canal	1	0,60
Letrina	16	9,00
Baño público	0	0,00
Baño propio	134	76,0
Otros	1	0,60
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Gas, Electricidad	11	6,30
Leña, carbón	165	93,8
Bosta	0	0,00
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00
Carca de vaca	0	0,00
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Energía eléctrica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	1	0,60
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	29	16,50

Continúa...

Energía eléctrica permanente	146	83,0
Vela	0	0,00
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Disposición de basura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
A campo abierto	53	30,0
Al río	1	0,60
En un pozo	0	0,00
Se entierra, quema, carro recolector	122	69,3
<b>Total</b>	176	100,00
<hr/>		
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Diariamente	0	0,00
Todas las semanas, pero no diariamente	0	0,00
Al menos 2 veces por semana	174	98,9
Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas	2	1,00
Total	176	100,00
<hr/>		
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<hr/>		
Carro recolector	129	73,3
Montículo o campo limpio	46	26,0
Contenedor específico de recogida	0	0,00
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	1	0,60
<b>Total</b>	176	100,00

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vélchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

Conclusión.



**TABLA 3**

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE  
ACOPAMPA – SECTOR A1 CARHUAZ ANCASH, 2015.***

<b>Fuma actualmente:</b>	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,00
Si fumo, pero no diariamente	13	8,00
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	37	21,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	125	71,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	N	%
Diario	1	0,60
Dos a tres veces por semana	2	1,00
Una vez a la semana	5	2,80
Una vez al mes	0	0,00
Ocasionalmente	159	90,0
No consumo	9	5,00
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	87	49,4
[08 a 10)	88	50,0
[10 a 12)	1	0,60
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	19	10,8
4 veces a la semana	152	86,4
No se baña	5	2,80
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	6	3,40
No	170	96,6
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
Actividad física que realiza en su tiempo libre		%
Caminar	93	52,8
Deporte	74	42,0
Gimnasia	2	1,00
No realizo	7	4,00
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	98	55,7

Gimnasia suave	1	0,60
Juegos con poco esfuerzo	2	1,00
Correr	2	1,00
Deporte	66	37,5
Ninguna	7	4,00
Total	176	100,00

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE  
ACOPAMPA – SECTOR A1 CARHUAZ ANCASH, 2015.**

Alimentos que consume	Diario (1)		3 o más veces a la semana (2)		1 o 2 veces a la semana (3)		Menos de 1 vez a la semana (4)		Nunca o casi nunca (5)		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Frutas	1	0,6	15	8,5	75	42,6	85	48,3	0	0	176	100
Carne	11	6,3	22	12,5	52	29,5	91	51,7	0	0	176	100
Huevos	9	5,1	24	13,6	60	34,1	83	47,2	0	0	176	100
Pescado	0	0	2	1,1	0	0,0	32	18,2	142	80,7	176	100
Fideos, papa, arroz	33	18,8	78	44,3	64	36,4	1	0,6	0	0	176	100
Pan, cereales	62	35,2	87	49,4	27	15,3	0	0	0	0	176	100
Verduras, hortalizas	5	2,8	32	18,2	71	40,3	68	38,6	0	0	176	100
Otras	6	3,4	25	14,2	58	33	77	43,8	10	5,7	176	100

FUENTE: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

Conclusión.

**TABLA 4, 5, 6.***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA – SECTOR A1 CARHUAZ ANCASH, 2015.*

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familiares	7	4,00
Amigos	0	0,00
Vecinos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibo	169	96,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,00
Seguridad social	0	0,00
Empresa para la que trabaja	0	0,00
Instituciones de acogida	0	0,00
Organizaciones de voluntariado	43	24,4
No recibo	133	75,5
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pensión 65	65	36,9
Comedor popular	111	63,0
Vaso de leche	0	0,00
Otros	0	0,00
		100,00
<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	65	36,9
Centro de salud	69	39,2
Puesto de salud	33	18,8
Clínicas particulares	5	2,80
Otras	4	2,30
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>

Continúa...

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA – SECTOR A1 CARHUAZ ANCASH, 2015.*

<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	131	74,4
Regular	38	21,6
Lejos	3	1,70
Muy lejos de su casa	3	1,70
No sabe	1	0,60
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de seguro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	2	1,10
SIS – MINSA	173	98,3
SANIDAD	0	0,00
Otros	1	0,60
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy largo	24	13,6
Largo	25	14,2
Regular	66	37,5
Corto	27	15,3
Muy corto	19	10,8
No sabe	15	8,50
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	53	30,0
Buena	53	30,0
Regular	61	34,7
Mala	2	1,10
Muy mala	0	0,00
No sabe	7	4,00
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	0	0,00
No	176	100
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

Conclusión.

#### 4.1. Análisis de Resultados:

**TABLA N° 1**

En cuanto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adultos de Acopampa – Sector A1, Carhuaz, Ancash, 2015, el 63,6% (112) son de sexo masculino, 55% (97) comprenden la edad del adulto maduro, 30,7% (54) tienen un ~~zzzzz~~ grado de instrucción inicial/primaria 40,9% (72) realizan trabajos eventuales y el 54% (95) tienen un ingreso menor a 750 soles mensuales.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Shuan, E. (63), “Determinantes de Salud del Entorno Biosocioeconomicos de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado - Huaraz, 2013”. El 53% (78) son de sexo femenino; 53% (79) son adultos de 20 a 40 años, 64% (95) tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta; 59% (88) tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; 47 % (70) se encuentra sin ocupación.

Otro estudio similar es el de Hernández, A. (64). “Determinantes de la salud Biosocioeconómicos de los adolescentes del Asentamiento Humano Señor de los-Piura, 2013”. El 50,3% de ellos son de sexo femenino, el 56,2% de los adolescentes es (de 15 a 17 años, 11 meses, 29 días), respecto al grado de instrucción del adolescente se observa que el 79,7% tiene secundaria completa/ secundaria incompleta, respecto al grado de instrucción de la madre se observa que el 47,7% tiene secundaria completa/ secundaria incompleta, el 79% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales, y con respecto a ocupación del jefe de familia el 47% tiene un trabajo eventual.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrados por Soria, C. (65), “Determinantes de la Salud en las Adolescentes Embarazadas que Acudieron al Puesto de Miraflores alto, Chimbote del Perú, 2012”. El 83% (133) de las adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto tiene 15 a 17 años de edad 11 meses y 29 días, el 61% (98) su grado de instrucción es de secundaria completa o secundaria incompleta; el 34% (55) el grado de instrucción de las madres primaria completa o incompleta, el 89% (143) su ingreso económico menor de 750 nuevos soles mensuales, el 49% (78) tienen una ocupación eventual.

Los estudios que difieren obtenido por Garay, N. (66), “Determinantes de Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II de Tacna 2013”. Se evidencia la distribución porcentual de la persona adulta que reside en la Asociación el Morro II, según la variable Determinantes de la salud socioeconómicos, en la cual se reporta que el 71,6% de la población encuestada están en la etapa adulto joven de (18 a 29 años 11 meses 29 días) y el 62,7% son de sexo femenino, se observa también que el 56,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico el 57,2% cuenta con ingreso menor de 750 soles, y el 66,1% presenta un trabajo eventual

Otro estudio que difiere es el de Tolentino, C. (67), “Según la distribución porcentual de los Determinantes de la Salud Residen en el A.H Primavera Baja. Chimbote”, En los determinantes de la salud socioeconómicos que el 52,3% de la población encuestada son del sexo femenino, el 50% se encuentran en la etapa de vida que comprende a adultos jóvenes, el 60,9% tienen grado de instrucción tienen secundaria completa / secundaria incompleta, el 55,7% tiene con ingreso económico menor de 750 nuevos soles, a ello se suma que el 53% tienen trabajo u ocupación eventual.

Así mismo difieren los estudios de Salas, M. (68), “Determinantes de Salud del Adulto Mayor del A.H. Esperanza Baja 2013”. Se muestra que la distribución porcentual de los determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adultos mayores del Asentamiento Humanos Esperanza Baja, se puede observar que el mayor porcentaje de los entrevistados el 52% de los adultos mayor que participaron prevalece el sexo masculino; en la edad el 100% son adultos mayores, el 75% en el grado de instrucción tiene secundaria completa / incompleta; de la misma manera el 73% de la población tiene un ingreso económico de 551 a 999 soles, así mismo el 46% de la población es trabajador independiente; el 35% de la población tiene tenencia de trabajo, mientras el 19% tiene Tenencia de trabajo.

Por lo tanto Sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética. La reproducción sexual implica la combinación de células especializadas llamadas gametos para formar hijos que heredan el material genético, y por tanto los rasgos y

naturaleza de ambos padres, los hombres de sexo masculino se diferencian de las mujeres de sexo femenino por sus características físicas y emocionales, mientras que el hombre posee una musculatura mayor a la de la mujer, ella posee cualidades afectivas que la denotan y le dan un toque característico que les da la feminidad (69).

Por tanto en relación al género se evidencia que la mayoría son de sexo masculino, esto se debe a que en la etapa de recolección de datos se evidencio que en muchos casos son los hombres quienes no permiten que sus esposas colaboren con las encuestas, dado esto se puede definir que: El machismo es analizado en diferentes disciplinas como la Psicología y la Antropología. En sociedades patriarcales, la sociedad se organiza de tal manera que el hombre ejerce su poder sobre la mujer en distintos ámbitos (por ejemplo, en la política, la economía o la familia). Sin embargo, en las sociedades que no se consideran patriarcales también existe machismo y en función de la forma en que éste se manifiesta se habla en ocasiones de machismo encubierto. Sumado a esto los cromosomas, que se hallan en el núcleo de cada célula, contienen genes que determinan las características de cada individuo. Las mujeres tienen dos cromosomas X, mientras que los hombres portan un cromosoma X y uno Y, lo cual les da las características masculinas (70).

Así mismo la composición de la población peruana según datos del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática – INEI al 30 de junio del 2017, dando como resultado más hombres que mujeres a diferencia de años anteriores, Perú tiene una población de 31 millones 488 mil 625 personas. El 50.1% son hombres y el 49.9% mujeres. Es el octavo país más poblado de América y el número 42 del planeta (71).

Sin embargo la noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales: “La infancia es la edad indicada para comenzar a estudiar un nuevo idioma”, “La tercera edad debería ser una etapa de descanso y tranquilidad”. Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad, también marca una época dentro del período existencial o de vigencia. Así hablamos de época de oro o dorada como la de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades (72).

En cuanto a la edad se observa que predominan más los adultos maduros de 30 a 59 años 11 meses 29 días, fueron a ellos a quienes se les encuestó en muchos casos, los hijos salían a estudiar a distintos lugares, son los padres quienes se encargan de educar a los hijos es por eso que es notable la ausencia de los adultos jóvenes, así que la gran mayoría han migrado a los diferentes distritos, centros de nuestra región y país en buscar nuevas oportunidades y mejores formas de vida, de alguna forma han permitido el desarrollo personal, profesional y la sobrevivencia de muchos de ellos.

En consecuencia el grado de instrucción es el proceso de enseñanza 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 refieran a tu grado de estudios, tu experiencia, y el tipo de persona que eres entonces decimos que se habla de nivel de instrucción para hacer referencia al grado académico que se ha alcanzado en la educación formal. Ejemplo: “he llegado en nivel de instrucción hasta el universitario, mientras que mi hijo ni siquiera terminó la primaria”, “yo completé mi instrucción en establecimientos públicos, mientras mis primos concurrieron a institutos privados” (73).

Asimismo la gran mayoría tiene secundaria completa/incompleta la falta de economía fue uno de sus principales motivos para dejar el estudio, las segundas causas para abandonar sus estudios fueron por razones familiares y por salud, fue por este motivo que muchos de ellos empezaron a trabajar, responder a sus obligaciones familiares que han asumido en la gran mayoría tempranamente, no había posibilidad de estudiar.

En cuanto al ingreso económico cabe destacarse que el ingreso familiar resulta ser un indicador económico muy importante y relevante que los estudiosos que elaboran estadísticas sobre los niveles de vida en los diferentes países estudian porque justamente nos permite conocer los estándares de vida que existen en tal o cual lugar geográfico (74).

Dado a lo expuesto se puede concluir que en lo que respecta al ingreso económico es bajo en más de la mitad por ser trabajos eventuales como en producción de ladrillos, tejas, construcción, agricultura, choferes, pero también hay un grupo con buenas condiciones económicas en este sector podemos considerar las personas con



un trabajo estable negociantes, empresarios profesionales con trabajos con nombramiento, trabajadores de la municipalidad, entonces se puede decir que la población de estudio con un ingreso económico menor aun sueldo básico es vulnerable a poder adquirir algún tipo de enfermedad, sea de índole físico o emocional pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en el estilo de vida y salud de las personas,

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros (75).

#### **TABLA N° 02**

En cuanto a los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico de los adultos de Acopampa, Sector A1 – Carhuaz, 2015. El 61,9 % (109) tienen viviendas unifamiliares, 68,2 % (120) tienen casa propia, 89,8 % (158) piso tierra, 92% (162) techo de eternit, 93,2 % (164) paredes de adobe, 58 % (102) comparten 2 a 3 miembros, 94,3 % (166) tiene agua de conexión domiciliar, 76 % (134) tienen baño propio, 93,8 % (165) cocinan con Leña, carbón, 83 % (146) tienen energía eléctrica permanente, 69,3 % (122) eliminan la basura a campo abierto y el 98,9 % (174) refieren que el carro recolector pasan al menos 2 veces por semana finalmente el 73,3 % (129) suelen eliminar la basura en carro recolector.

Los resultados de la siguiente investigación se asemejan a los de Méndez, N (76). “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013”. El 83,4% (141) tienen vivienda unifamiliar, 91,7 % (155) casa propia, 100 % (169) material de piso tierra, 100 % (169) material de techo de planchas de eternit, 98,2% (166) paredes de adobe, 78,7% (133) duermen de 2 a 3 personas en una habitación, 62,7 % (106) se abastecen con agua de acequia, 65,1 % (110) eliminan sus excretas al aire libre, 98,2 % (166) cocinan con leña, 59,2 (100) tienen energía eléctrica permanente, 60,9% (103) disponen su basura a campo abierto, 58%

(98) refieren que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es todas las semanas pero no diariamente, 60,9% (103) suelen eliminar basura a campo limpio.

Otro estudio similar es el de Chinchay, M. (77), “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. En lo referente a los determinantes de la salud relacionados con la vivienda 97,4% (191) tienen vivienda unifamiliar 60,2% (118) cuentan casa propia, 59,7% (117) material de piso tierra, el 66,8% (131) techo de eternit, el 62,2% (122) material de pared de adobe, y 63,8% (125) duermen en una cama de 2 a 3 miembros, en cuanto saneamiento ambiental 100% (196) tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% (196) tiene baño propio, en cuanto a los servicios básicos 61,2% (120) cocinan con gas y electricidad, 98,5% (193) cuentan con alumbrado eléctrico permanente, 98,5% (193) disponen su basura en carro recolector, 100% (196) recogen la basura en carro recolector todas las semanas pero no diariamente y el 97,4% eliminan la basura en carro recolector.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrado por Aponte, W. (78), “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Asentamiento Humano Luis de la Puente Uceda - Chulucanas, 2012”. El 96% de ellas tiene vivienda unifamiliar, el 85% de las mujeres adultas tienen una vivienda propia, el 59% tienen material de piso de láminas asfálticas, 69 además el 66% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina, así también el 66% de las viviendas tienen sus paredes de ladrillo y cemento.

Los estudios que difieren obtenido por Uchazara, M. (79), “Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor los Palos. Tacna, 2013”. El 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, el 95% tenencia propia, el 53,2% presenta el material del piso de tierra, el 71,8 % material del techo de estera y adobe, el 54,8% presenta material de las paredes de adobe y el 100 % presenta de 2 a 3 miembros en una habitación. En 53 cuanto al abastecimiento de agua el 58,9% utiliza pozo, el 54% presentan desagüe por medio de letrina, el 48,5 % utiliza como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), el 87,5 % cuenta con energía eléctrica permanente, el 65,5 % elimina la basura a campo abierto, el 63,9%

menciona que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana y el 72,6 % suele eliminar su basura a campo abierto.

Otro estudio que difiere es el de Salas, M. (80), "Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano esperanza Baja, Chimbote, 2013". El 100% tienen vivienda propia; el 94% tienen su material de piso hecho de cemento; el 83% tienen su material de techo hecho de eternit, igualmente el 100% tienen su material de paredes de cemento y ladrillos; el 69% tienen dentro de sus viviendas 2 dormitorios, el 100% cuentan con red pública de la vivienda, el 100% cuenta con desagüe dentro de sus viviendas y tienen un tipo de alumbrado eléctrico; el 100% utilizan como combustible el gas para cocinar, así mismo el 80% manifiestan que el carro recolector de basura pasa por su vivienda 1 vez al mes pero no todas las semanas; mientras que el 100% suelen eliminar su basura a través del carro recolector de basura.

Así mismo difieren los estudios de Gonzales, T. (81), "Determinantes de la Salud de las Personas Adultas Maduras del A.H. "Alto Perú- Sausal. Trujillo, 2012". El 49,3 %; tienen vivienda propia el 63,29%; tiene el piso de tierra 63,29%; tienen el 63,29% el techo de estera y adobe; tiene las paredes de adobe el 63,29%, se abastecen de la red pública de agua dentro de la vivienda 100%, cuentan con red pública de desagüe dentro de su domicilio el 92,8%, cuenta con servicios de gas para cocinar el 42,1%, el 99,4 % cuenta con energía eléctrica permanente, el 100% cuenta con el servicio de recojo de basura por su casa con frecuencia y el 100% cuentan con servicio de eliminación de basura al carro recolector.

En primer lugar la vivienda unifamiliar es aquella vivienda en la que habita una familia por lo general de uno o más pisos esta también puede ser una residencia habitual permanente o temporal, para una sola familia; Estas se las puede encontrar en conjuntos residenciales o en barrios normales. Su espacio por lo general la planta baja de una vivienda unifamiliar de varias alturas es fundamental y es que muchas veces nos da pereza subir las escaleras, además estas entrañan cierto peligro para los niños y puede ocurrir que en un determinado momento en la casa haya alguien que por edad o enfermedad no pueda acceder a los pisos superiores, así pues, el diseño de la planta baja es crucial para un confort garantizado de forma perenne (82).

Con respecto a los determinantes de la salud relacionados al entorno físico de las viviendas, como resultado se obtuvo que la mayor parte de los adultos encuestados cuentan con viviendas unifamiliares, se debe a que la mayoría de las familias ocupan una única vivienda en su totalidad, dando como resultado a si la una vivienda unifamiliar.

Así mismo los espacio con techo y cerrado donde las personas habitan recibe el nombre de vivienda, un concepto que sirve como sinónimo de hogar, residencia, domicilio y casa. Unifamiliar, por su parte, es un adjetivo que alude a aquello vinculado a una única familia, Con estas definiciones en claro, podemos afirmar que una vivienda unifamiliar es una construcción destinada a una sola familia. De este modo, las viviendas unifamiliares se diferencian de las viviendas colectivas, donde suele desarrollarse la propiedad horizontal (83).

Por tanto una vivienda unifamiliar aislada o exenta. Es aquella edificación en la que vive una familia que no tiene contacto físico alguno con otros edificios. Generalmente se encuentran rodeadas en todos sus alrededores por terrenos que pertenecen a la misma vivienda, los cuales se utilizan por ejemplo como jardines privados. En este caso puede haber diferencias ya que la vivienda puede tener uno, varios o todos sus lados de forma alineada a la vía pública (84).

Entonces se dice que la tenencia de tierra es una institución, es decir, un conjunto de normas inventadas por las sociedades para regular el comportamiento. Las reglas sobre la tenencia definen de qué manera pueden asignarse dentro de las sociedades los derechos de propiedad de la tierra. Definen cómo se otorga el acceso a los derechos de utilizar, controlar y transferir la tierra, así como las pertinentes responsabilidades y limitaciones. En otras palabras, los sistemas de tenencia de la tierra determinan quién puede utilizar qué recursos, durante cuánto tiempo y bajo qué circunstancias (85).

En cuanto a la tenencia de la vivienda se observa que es propia esto da lugar a que tienen terrenos extensos de cultivos, tierras que van siendo heredados o repartidos por lotes a los a hijos cuando ya forman una familia, situación que se va dando

constantemente ya sea por cultura, costumbre o responsabilidad de los padres a hijos, en algunos casos fueron comprados, ya que los precios de los terrenos no son costosos, sumado a esto el ministerio de viviendas en el año 2010 mediante ley n° 298 art 6, usufructuarios de tierra que mediante una afiliación y/o empadronamiento tramitar la titulación de sus terrenos.

Aunque la seguridad de la tenencia no puede medirse directamente y en buena parte, depende de la percepción de los propios interesados. Los atributos de la seguridad de la tenencia pueden cambiar de un contexto a otro. Por ejemplo, una persona puede tener derecho a utilizar una parcela de tierra durante un período de cultivo de seis meses y si esa persona está protegida frente al riesgo de desahucio durante ese tiempo, la tenencia es segura. Por extensión, la seguridad de la tenencia puede referirse a la duración de la misma, en el contexto del tiempo necesario para recuperar el gasto de inversión. Así, una persona con derechos de uso de seis meses no plantará árboles, invertirá en obras de riego ni adoptará medidas para evitar la erosión de los suelos, ya que el tiempo es demasiado breve para que pueda beneficiarse de la inversión. Esa forma de tenencia resulta insegura para inversiones a largo plazo, aun cuando sea segura para las de corto plazo (86).

Asimismo la tenencia en el caso de la población rural pobre, el acceso a la tierra está basado muchas veces en la costumbre. Por ejemplo, en las sociedades indígenas los derechos consuetudinarios a la tierra se crean normalmente siguiendo sus tradiciones y mediante procedimientos en que los líderes tradicionales asignan derechos de uso a la tierra a los miembros de la comunidad. Estos derechos de acceso pueden tener origen en el uso de la tierra durante un largo período de tiempo. Muchas veces son derechos adquiridos mediante ocupación ancestral y utilización de la tierra por sociedades tradicionales. En tales casos, lo que da acceso al derecho es el desbroce original de la tierra y la colonización por parte de los antepasados (87).

Dado que un piso de tierra apisonada es también llamado suelo de tierra compactada, y está hecho creando una solución de lodo y comprimiéndolo fuertemente. Después de que el piso sea apisonado, los instaladores lo sellan con múltiples capas de una sustancia resistente al agua para hacerlo más duradero. El resultado es un piso que luce similar a la piedra natural y de hecho tiene una

apariciencia semi pulida. Los propietarios de casa pueden hacer sus propios pisos de tierra apisonada, pero el proceso lleva algún tiempo (88).

Al observar los resultados en cuanto el tipo de material de piso con los que están contruidos las viviendas más de la mitad tienen viviendas de piso de tierra, en cuanto al piso de tierra, es una forma de economizar los gastos de inversión en materiales quedando a si un piso prensado y compacto mediante una mezcla de ceniza y cal, por otro lado muchos consideran cuentan con la economía estable y poder mejorar las condiciones de sus viviendas.

Sin embargo la tierra endurecida se utiliza como revestimiento para pisos dentro de un hogar, patios La mezcla es una proporción de tierra, arena y cal. Encontrarás diferentes áreas en el país con más o menos cal y la necesaria de acuerdo con la caída de la lluvia para la región, un piso duro y bien acabado permite que éste se mantenga limpio con facilidad y reduzca la presencia de algunos bichos y olores. Mejorar el piso de la casa, es una opción que transforma el espacio en un lugar agradable y puede mejorar en varios aspectos el bienestar de quienes lo habitan (89).

Un piso de adobe, o suelo de tierra, se basa en las propiedades adherentes de la arcilla... uno de los materiales de construcción más versátiles que conozco. La Arcilla se expande cuando se moja, creando partículas pegajosas. Se debe añadir arena a la arcilla, para evitar rajaduras mientras se seca el barro. Por último, añadir fibra, para aumentar la resistencia a la tracción y tejer todo junto, como hierro en hormigón. La mezcla final es esencialmente la misma que adobe. Y la aplicación es similar a una losa de hormigón, pero sin los impactos ambientales o la naturaleza fría del cemento (90).

La tierra es uno de los materiales de construcción más utilizados, así culturas antiguas usaron la tierra tanto en la construcción de viviendas como en fortalezas, palacios y obras religiosas. Se calcula que hoy día un tercio de la humanidad vive en viviendas de tierra, el piso puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). Un piso también se utiliza para nombrar a las distintas plantas horizontales que forman un edificio. De esta manera, puede decirse que una construcción tiene cinco pisos, ocho pisos (91).

El techo significado que proviene (del latín tectum y éste a su vez del verbo tegere con significado de recubrir, cubrir, proteger) a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que oculta la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura (92).

En cuanto a techo, casi todos tienen material de techo de eternit, es más abrigado, térmico, menos ruidoso a comparación de la calamina y más resistente que las tejas y con mejor estructura y duración, e implica menos gasto en cuanto a la eficacia y eficiencia durante el trabajo de techado.

El techo es el material sólido que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, tales como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan numerosos materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. La instalación apropiada proporciona un techo seguro que soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos (93).

El techo se emplea habitualmente como sinónimo de domicilio u hogar, haciendo uso de una figura retórica conocida como sinécdoque (que permite tomar una parte de algo para nombrar el todo): “Hay muchas personas sin techo en esta ciudad”, “El mes próximo finaliza el contrato de alquiler, vamos a tener que buscar un nuevo techo” (94).

El adobe es un bloque formado por una masa de barro sin cocer. Se fabrica con tierra con un alto porcentaje de arcilla, mediante un molde, y se deja secar al sol. Para evitar que se agriete al secar se añaden a la masa paja, heno seco etc. Las dimensiones adecuadas deben ser tales que el albañil pueda manejarlo con facilidad, son aproximadamente de 10 x 24 x 34cm (95).}

Asimismo las paredes son adobes, menos gastos, porque ellos lo producen, mezclan la tierra con la paja y el agua y lo baten con una herramienta llamada lampa hasta que se obtenga un punto de batida, luego de eso lo llenan a unos moldes de madera con medidas de 40cm x 20cm, seguido de eso lo dejan que seque por 15 días

y a partir de eso ya está listo para su uso en la construcción, muchos de ellos optan por el tarrajeo de sus paredes con el yeso por ser un material cálido, por la altitud de la zona, en general los pisos las paredes de tierra y techos de eternit almacenan energía y la liberan de a poco, lo que hacen que las casa sea más caliente en el invierno y fresca en el verano.

La edificación con tierra al utilizar muros gruesos tiene una gran capacidad de almacenar el calor y cederlo posteriormente (cualidad conocida como inercia térmica). Así, permite atenuar los cambios de temperatura externos, creando un ambiente interior agradable. Sobre todo, resulta adecuada en climas con oscilaciones extremas de temperatura entre el día y la noche, por ser la tierra un material inerte que no se incendia, pudre, ni es susceptible de recibir ataques de insectos. Es un material por naturaleza transpirable. Los muros de tierra permiten la regulación natural de la humedad del interior de la casa, de modo que se evitan las condensaciones (96).

Los adobes, al ser colocados uno encima del otro, quedan soldados entre sí y constituyen una masa única. En el caso del tapial se obtiene esta masa utilizando grandes moldes de madera. Mientras que el ladrillo y la teja es un material que se ha difundido por todas partes gracias a su posibilidad de transporte, el adobe y el tapial se encuentran circunscritos a aquellos puntos en que la litología ofrece materiales adecuados (97).

Cuando hablamos del número de personas que duermen en una habitación implican estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario, el dormir, el descanso, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para la atención que podamos prestarles a las cosas; obviamente, la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente. Lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada (98).

Según los resultados determinamos que muchos de los integrantes de estas familias suelen compartir los dormitorios de 2 a más miembros, porque muchas de



las casas solo cuentan con 2 o 3 ambientes generalmente distribuidas en una cocina, comedor y dormitorio motivo por lo cual comparten el dormitorio en algunos casos duermen en una sola habitación padres e hijos, en otros hasta 5 hermanos por cuartos, cuentan con grandes terrenos, pero con una sola edificación o casa por familia.

Se dice que el acto de dormir en una habitación, propiamente dicho, es según el diccionario de la Real Academia Española, “estar en aquel reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario”. Por lo que es un estado de reposo uniforme del organismo, contrario al estado de vigilia, cuando se está despierto. Durante el tiempo en que se duerme la actividad fisiológica presenta unos bajos niveles, así entonces, disminuye el ritmo de la respiración y la presión sanguínea por poner dos ejemplos y además el organismo presenta una menor respuesta a los estímulos externos (99).

El dormir en una habitación, También considerado como el espacio de privacidad absoluta en comparación con otro tipo de espacios de uso común de otros lugares. En sí mismo, como se dice por lo general, está considerado como el mejor de los descansos que un organismo puede tener, no solo por la recuperación energética que se realiza durante el mismo, sino por la cantidad de beneficios físicos y mentales que se desprenden de esta actividad (100).

En cuanto al abastecimiento de agua del potable latino agua, el agua es una sustancia formada por dos átomos de hidrógeno y un átomo de oxígeno. Se trata de un elemento imprescindible para la vida y del componente presente con mayor extensión en la superficie de nuestro planeta. Lo potable, por su parte, es aquello que puede beberse sin riesgos para la salud. A pesar de que encontramos mucha agua en nuestro planeta, el agua destinada al consumo poblacional es poca, pues solo se usa el agua dulce que representa cuarenta y dos millones de los mil cuatrocientos millones de kilómetros cúbicos totales. De las aguas dulces, la mayor cantidad está en las zonas heladas, y solo una mínima parte, un 20 %, en ríos, lagos y aguas subterráneas. El agua para el consumo surge en su mayor parte de las cuencas hídricas (101).

El lugar de estudio cuentan con abastecimiento de agua que también fueron instaladas en casi todas las viviendas, para la cloración y tratamiento del agua realizan otras actividades como faenas comunales, el saneamiento del agua potable es autofinanciada por los comuneros de la población con un monto de s/3 soles mensuales.

El abastecimiento de agua que tienen los seres vivos para seguir viviendo es que hoy en día el agua se ha convertido en una de las principales preocupaciones de los hombres en particular como es el caso de algunas organizaciones no gubernamentales y de los hombres en grupo, como ser el caso de los gobiernos, ya que el recurrente maltrato al ambiente, en este también incluimos a la contaminación que sufren algunas aguas del mundo y la superpoblación que está experimentando el planeta tierra, son los dos monstruos a combatir para que los seres vivos que vivimos en la tierra puedan seguir haciéndolo, porque si la curva ciertamente sigue en el camino en el que está ese 71 % de agua que cubre la tierra ya no será suficiente (102)

Abastecerse de agua, en su formato más tradicional, el líquido, cuando está a temperatura ambiente, sus características son: inodora, insípida, líquida e incolora, salvo en grandes volúmenes como puede ser el caso de los mares y los océanos, suele mostrar una coloración azul su principal función es la de la conservación de los seres vivos, ya que hasta hoy no existe ninguna forma de vida que pueda sobrevivir sin ella (103).

Eliminación de excreta la OPS/OMS define el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario; en cualquier tipo de clima (104).

De acuerdo al estudio tiene baño propio por tanto la eliminación de excreta se observa que se eliminan a través de una conexión de desagüe hacia el río Santa, poniendo a sí en riesgo la salud de las personas, animales, más aun los vectores transportadoras de enfermedades ya que esto es considerado un foco infeccioso.

En tanto la eliminación de excreta se localizará en terrenos secos y en zonas libres de inundaciones. En terrenos con pendiente, la letrina se localizará en las partes bajas. La distancia mínima horizontal entre la letrina y cualquier fuente de abastecimiento de agua será de 15 metros. La distancia mínima vertical entre el fondo del foso y el nivel máximo de aguas subterráneas será de 1.5 metros. 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); excluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas como las letrinas. Generalidades (105).

Se conocen como excretas, a los excrementos humanos llamados también, materias fecales, heces o deposiciones que no son más que los residuos que el cuerpo humano elimina por el intestino, después que los alimentos han cumplido su función dentro del organismo. Son materias orgánicas por excelencia y rápidamente sufren la acción de las bacterias que la descomponen, transformándolas en sustancias asimilables por las plantas e inofensivas para el ser humano. Pero mientras este proceso de descomposición se efectúa, las excretas constituyen un factor de contaminación, capaz de producir enfermedades (106).

Se llama combustible a cualquier material que es plausible de liberar energía una vez que se oxida de manera violenta y con desprendimiento de calor. Normalmente, el combustible liberará energía de su estado potencial a un estado utilizable, ya sea de modo directo o mecánicamente, produciendo como residuo el calor. Es decir, los combustibles son sustancias susceptibles de ser quemadas o que tienden a quemarse (107).

El uso de combustible para cocinar es la leña carbón, dando lugar a si a las extensas plantaciones de diversas plantas, que lo talan con frecuencia para obtener leña, madera, entre otros, acto que se repite años tras años con fin de ahorrar gastos en otros combustibles, y creen que dura más tiempo que el gas, hacen mención en cuanto a la calidad de sabor de las comidas es más rica y natural, cuentan con una cocina mejorada que reduce los problemas pulmonares de la (EPOC), como también hay porcentaje mínimo que hacen uso del combustible del gas, porque refieren que es más fácil de obtenerlo; como bien sabemos que el uso de la leña y carbón viene

desde hace miles de años desde nuestros ancestros, hoy en día hay muchos lugares donde lo usan generalmente las zona cierra y selva por acceso y facilidad de obtenerlos.

El combustible mucha gente está recurriendo a esta materia prima para cocinar, tales como la luz solar, residuos procesados de plantas (cáscara de arroz y otros residuos de cultivos que se convierten en pelotitas o barras compactadas) y biogás (un gas producido mediante la putrefacción de material vegetal de plantas y excrementos humanos y animales) (108).

Los combustibles en la mayoría de los casos, la mala ventilación y la combustión ineficiente de estos combustibles generan un humo gris y espeso que satura el aire, hace insoportable respirar y llena los ojos de lágrimas. En estas condiciones es fácil ver las paredes y techos cubiertos de hollín. La organización mundial de la salud (OMS), estima que aproximadamente lamita de la población mundial (tres mil millones de personas), queman leña de estiércol, carbón y otros combustibles tradicionales de sus hogares, para preparar alimentos y calentar agua para calefacción (109).

Energía eléctrica se denomina así al resultado de la existencia de una diferencia del 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 (110).

El lugar de estudio tiene energía eléctrica permanente ya hace muchos años gracias a las gestiones realizadas por las autoridades anteriores, siendo instalado a si este servicio en casi todos los hogares por ello pagan así un derecho de consumo a la empresa de Hidrandina SAC. Quien brinda servicio de fluido eléctrico, garantizando servicio de calidad y garantía según ley.

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. La energía de carácter

eléctrico es la modalidad de energía respaldada en esta propiedad que surge por la diferencia de potencial entre un par de puntos. Esta diferencia permite que se establezca una corriente eléctrica (es decir, un flujo de carga que atraviesa toda la estructura de un material) entre ambos (111).

El proceso de la energía eléctrica se transformará en corriente eléctrica por medio de un cable conductor metálico, por la diferencia de potencial que un generador esté en ese momento aplicando en sus extremos. Por tanto, cada vez que accionamos un interruptor de cualquier aparato lo que sucede es el cierre de un circuito eléctrico, generándose el pertinente movimiento de electrones a través del cable conductor, las cargas que se irán desplazando forman parte de los átomos (112).

Disposición de la basura se denomina relleno sanitario al espacio donde se depositan los residuos sólidos de una ciudad después de haber recibido determinados tratamientos. Para impedir que se contamine el subsuelo, se impermeabiliza el terreno con polietileno de alta densidad u otra sustancia y se coloca arcilla. Puede decirse que el relleno sanitario es una técnica con el fin de darle a los residuos una disposición final. Además de la impermeabilización y de otros procesos para lograr que estos desechos no se conviertan en un peligro para la salud pública, se desarrolla la compactación de los residuos, gracias a lo cual ocupan la menor cantidad de espacio posible (113).

De acuerdo al análisis de los resultados relacionados a la disposición de la basura, la frecuencia con que pasa el recogedor de basura y el lugar de eliminación de estas, se observa que la mayoría de ellos suelen eliminar la basura lo entierran, quemar por el motivo de falta de incentivo, falta de tachos en la calle y por tener un campo amplio, y por qué 1 carro recolector solo llega a un punto específico y no a todas las calles, el carro recolector tiene una frecuencia de 2 veces, hay una mínima cantidad de que eliminan al carro recolector.

La disposición de la basura es operación cotidiana de los rellenos sanitarios entran en juego diversos equipamientos y maquinarias: volquetes, tractores, retroexcavadoras, compactadoras, etc. De acuerdo a la cantidad de residuos que se destinan al relleno sanitario, puede haber una mayor o menor necesidad de trabajos manuales. En los rellenos más grandes, la mayor parte del trabajo se encuentra

mecanizado (114).

La disposición de la basura es una de las medidas a través de las cuales el relleno sanitario pretende disminuir los problemas típicos de un tiradero es un profundo estudio de impacto ambiental, social y económico realizado desde el momento de su concepción, además de la búsqueda de un sitio verdaderamente adecuado, el cual se vigila y estudia desde el principio hasta el final de su existencia (115).

La disposición de la basura se utiliza como disminución de un impacto ambiental, es uno de los puntos fundamentales de cualquier sistema de depósito de residuos, ya que se trata del efecto que esto genera en el medio ambiente. A pesar de que diversas campañas llevan décadas intentando concienciar a la gente acerca de las consecuencias de nuestros actos en la salud del planeta, la mayoría vive sin preocuparse de estas cuestiones; la razón principal es que los efectos negativos no suelen ser inmediatos o muy evidentes (116).

Al respecto sobre la frecuencia con que pasa el carro recolector por su casa la frecuencia sucesiva en horario establecido mantiene un ambiente menos contaminado, con mejor presencia gracias al reciclaje se previene el desuso de materiales potencialmente útiles, se reduce el consumo de nueva materia prima, además de reducir el uso de energía, la contaminación del aire (a través de la incineración) y del agua (a través de los vertederos), así como también disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero en comparación con la producción de plásticos (117).

La recogida de la basura, se incluyen a todo aquel desecho como, el papel, cartón, el vidrio, los metales ferrosos y no ferrosos, algunos plásticos, telas y textiles, maderas y componentes electrónicos. En otros casos no es posible llevar a cabo un reciclaje debido a la dificultad técnica o alto coste del proceso, de modo que suele reutilizarse el material o los productos para producir otros materiales y se destinan a otras finalidades, como el aprovechamiento energético (118).

La recogida de la basura, dice la teoría, es todo elemento que está considerado como un desecho al cual hay que recolectar. Se supone, por lo tanto, que el residuo

carece de valor económico. Pese a que los residuos suelen ser acumulados en vertederos o enterrados para que se complete allí el proceso de descomposición sin afectar al entorno, en los últimos años ha avanzado el reciclaje, que consiste en recuperar a los residuos para transformarlos en un objeto con nueva vida útil. Cuando un individuo tira una botella de plástico, dicho envase puede descomponerse y generar contaminación ambiental, o ser reciclado a través de un tratamiento que permite volver a aprovechar el material (119).

Eliminación de la basura, es el acto de llevar elementos que ya no tienen valor para que sean destruidos. Parte de la eliminación de residuos es determinar si los materiales tienen un valor intrínseco que se pueda utilizar para compostaje o reciclaje. La segmentación de estos materiales para que sean redirigidos es parte de los esfuerzos de conservación para disminuir los vertederos (120).

Por tanto la eliminación de la basura de cierta manera involucra a cuan educación tiene la persona, y muchas persona que ya tiene mejor educación y cultura tienen un mejoramiento de ordenza de las basuras y de esta manera eliminar al carro recolector, como también hay gente que elimina las la basura al capo abierto o a las calles.

La eliminación de la basura es entonces aquello inservible que se debe eliminar, de acuerdo a su etimología latina, significa “barrer”. Puede ser orgánica, como hojas o comida en descomposición; o inorgánica, como lo que tiran las industrias, y que muchas veces son desperdicios que pueden ser reutilizados, como pinturas o plásticos. Otros son altamente tóxicos como los ácidos, los insecticidas u otros venenos, los residuos que no se pueden utilizar de ningún otro modo y que no tienen ningún valor material intrínseco son llevados a las zonas de vertederos o a las instalaciones de incineración (121).

Eliminación de la basura el método más utilizado de residuos sólidos es el vertedero controlado. Los que no son acumulados se incineran, y sólo una pequeña parte terminan convertidos en abonos o fertilizantes orgánicos. Tirar el exceso de material desperdicia recursos naturales y cuesta dinero. Los residuos industriales van a parar a los vertederos y pueden contaminar el medio ambiente (122).

La disposición de la basura es todo desecho descartado por no poder ser utilizado para ningún fin. La basura suele ser llamada domiciliaria, cuando es producto de actividades domésticas, e industrial, si son residuos producidos a consecuencia del avance técnico del hombre. Algunos de los elementos que constituyen la Basura que no puedan seguir siendo utilizados para el fin que fueron creados (123).

El manejo de residuos es el término empleado para designar al control humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de residuos. Estas acciones son a los efectos de reducir el nivel de impacto negativo de los residuos sobre el medio ambiente y la sociedad, normalmente se deposita en lugares previstos para la recolección para ser canalizada a tiraderos o vertederos, rellenos sanitarios u otro lugar. Actualmente, se usa ese término para denominar aquella fracción de residuos que no son aprovechables y que por lo tanto debería ser tratada y dispuesta para evitar problemas sanitarios o ambientales, por eso el reciclaje consiste en recuperar a los residuos para transformarlos en un objeto con nueva vida útil (124).

La frecuencia con que pasa la recolección de basura es cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de basuras, o sea que recogen la basura frente a su casa en un horario establecido y días fijas ya que está a cargo en la mayoría de los casos por las municipalidades (125).

Cabe mencionas que mediante las gestiones municipales se ha puesto a disposición de carro recolector de basura, con el objetivo de educar la población y mejorar el medio ambiente o entorno en el que la población vive y así evitar enfermedades en sectores vulnerables a sufrir y multiplicar los focos infecciosos a través de vectores voladores, roedores, perros, otros por otra parte el descuido de las autoridades que dejan de lado temas importantes dentro de mantenimiento de una población limpia, y de poder tener una comunidad sana y saludable, es así que ya cuentan con un carro que pasa al menos 2 veces por semana, pero la gran preocupación es que hay personas que a pesar de eso suelen eliminar sus basuras en las calles o campo abierto.



### TABLA N° 3

En los determinantes de los estilos de vida de los adultos de Acopampa – Sector A1 Carhuaz, Anchas 2015. El 71% (125) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 90,3% (159) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 50% (88) suelen dormir un promedio de 8 a 10 horas diarios, 86,4% (152) refieren bañarse 4 veces a la semana, 96,6% (170) no realizan exámenes médicos periódicos, 52,8% (93) realizan actividad física el caminar y 55,7% (98) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 48,3% (85) refieren consumir fruta al menos de 1 vez a la semana, el 51,7% (91) consume carne al menos de 1 vez a la semana, 47,2% (83) huevos al menos de 1 vez a la semana, 80,7% (142) pescado nunca o casi nunca, 44,3% (78) fideos 3 o más veces a la semana, 49,4% (87) pan y cereales al menos de 1 vez a la semana y el 38,6% (68) verduras y hortalizas al menos de 1 vez a la semana finalmente el 43,86% (77) otro tipo de alimentos al menos 1 vez a la semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Pajuelo, A. (126), “Determinantes de la salud de los adultos del sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. El 69%(151) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 6%(147)ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 96%(216) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, 88%(197) refieren bañarse4 veces a la semana, 82% (184)no realizan exámenes médicos periódicos, 53%(118) realizan actividad 62 física el caminar y53%(119) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 34%(77) refieren consumir frutas diariamente, el 46%(104) carne de3 o más veces a la semana, 40%(89) huevos de 1 o 2 veces a la semana, 33%(75) pescado al menos 1 vez a la semana, 82%(184)fideos diariamente, 81%(182) pan y cereales diariamente y el 61%(135) verduras y hortalizas diariamente finalmente el 33%(74) otro tipo de alimentos al menos 1 vez a la semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Ayala, J (127), “Determinantes de la salud de los adultos del caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. El 89,4% (143) refieren que no han fumado nunca de manera habitual, 46,3% (74) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 84,4% (135)

duermen de 06 a 08 horas, 69,4% (112) se bañan 4 veces a la semana, 77,5% (124) no se han realizado algún examen médico, 60% (96) realizan actividad física como caminar, 55% (88) caminan por más de 20 minutos. Referente a la alimentación 50,6% (81) consumen frutas diariamente, 46,9% (75) carne 3 ó más veces a la semana, 48,8% (78) huevos 1 o 2 veces a la semana, un 48,1% (77) pescado menos de una vez a la semana, 84,4% (135) consumen fideos diariamente, 80,6% (129) consumen pan cereal diariamente, 50,6% (81) verduras hortalizas diariamente, 42,5% (68) consumen otros alimentos como refresco, lácteos embutidos, y otros.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrado por Solís, B. (128), “Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015”. El 85,5% (171) indicaron que no han fumado, 50,5% (101) toman bebidas alcohólicas de manera ocasional, 96% (192) duermen entre 6 a 8 horas diarias, 74,5% 8 (149) se bañan cuatro veces a la semana, 66,5% (133) no se realizan controles médicos periódicos en un centro de salud, el 91,5% (183) la actividad física que realizan en su tiempo libre es la caminata, el 76,5% (153) en las últimas dos semanas realizaron caminatas como actividad física durante más de 20 minutos. En cuanto a la alimentación cabe destacar que el 44,5% (89) consumen fruta tres o más veces a la semana, el 34% (68) consumen carne una a dos veces por semana, el 92,5% (185) consumen pan y cereales diariamente, el 60,5% (121) consumen verduras y hortalizas diariamente.

Los estudios que difieren obtenido por Katicsa, P. (129), “Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arevalo 3ªEtapa – la Esperanza, 2012”. Se observa un (39,88%) fuma, pero no diariamente,(35,.12%)consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, (98,81%) duerme de 6 a 8 horas, (98,21%)se baña diariamente, (99,40%) no realiza algún examen médico periódicamente ,( 53,27%) no realizan actividad física en su tiempo libre, (82,74%) tampoco en las 2 últimas semanas por más de 20 minutos, (45,24%) consumen frutas, (46,43%), consumen fideos, (100%) consumen pan y (65,18%) consumen verduras hortalizas diariamente, (45,24%) consume carne nunca o casi nunca, (36,31%) consume huevos 3 o más veces a la semana,(49,70%)consume pescado menos de 1 vez a la semana.

Otro estudio que difiere es el de Gonzales, T. (130), "Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del A.H. "H. "Alto Perú- Sausal. Trujillo, 2012". Se observa que el 71,7% de la población si fuma pero no diariamente, el 71,7% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 71,7 % realizan actividad física por lo menos más de 2 veces por semana, el 92,8 % duerme de 6 a 8 horas diarias, el 92,8% si realiza actividad física en su tiempo libre; en cuanto sus hábitos de alimentación se obtuvo que el 13% consume frutas diariamente, el 11,3% consume carne una o dos veces a la semana, el 88,6% consumen pescado una o dos veces a la semana y el 87,0% consume pan, cereales diariamente.

Así mismo difieren los estudios de Villacorta, D. (131), "Determinantes de la salud en las personas adultas jóvenes del A.H "Alto Perú". Sausal- Trujillo, 2012". El 62% de la población no fuman actualmente, pero ha fumado antes, el 32% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 77% de la población duerme entre 6 a 8 horas, el 84% se baña diariamente, el 79% se realiza examen periódico en un establecimiento de salud, el 51% realiza actividad física como realizar deporte en su tiempo libre, el 49% realiza actividad física como caminar durante más de 20 minutos, el 33% consume frutas a diario, el 65 % consumen carnes de 3 o más veces por semana, el 35% consume huevos 3 o más veces a la semana, el 29% consume pescado, el 11% consume fideos, el 16% consume pan y cereales y el 11% consume verduras y hortalizas de manera diaria.

El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador. Fumar es un hábito difícil de dejar, porque la nicotina contenida en el tabaco es un adictivo químico, pero hoy en día existen varios métodos para dejarlo como: terapia psicológica, emocional y física. (132).

Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, también puede ser marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de

los pulmones (133).

Con respecto a los determinantes de la salud en los estilos de vida la mayor parte de la población no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, eso es debido a que muchos de ellos han entendido las consecuencias que ocasiona las bebidas alcohólicas y el tabaco, son ellos quienes incentivan a los hijos a una buena educación, es así que el consumo es en ocasiones como, eventos y fiestas costumbristas.

El fumar es una conducta humana, entendiendo por conducta todas las actividades que desarrollamos los seres humanos, como: trabajar, comer, leer, etc. y toda conducta se mantiene por sus consecuencias, si determinada conducta nos otorga beneficios, la mantenemos; si nos genera inconvenientes, la discontinuamos, es decir, las conductas se mantienen por reforzamientos, los cuales pueden ser de dos tipos: positivos, cuando aporta una recompensa o gratificación, y negativos, cuando evita un evento o suceso desagradable. Si una persona continúa fumando, es porque dicha conducta está siendo reforzada, tanto con reforzadores positivos (gratificación del fumar), como negativos (fumando se evitan las molestias que genera el estar sin fumar); es decir que el fumador encuentra en su conducta de fumar más beneficios que inconvenientes, lo que se debe definir es si los beneficios “percibidos” por fumar son reales o imaginarios (134).

Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, generalmente también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas (135).

Bebidas alcohólicas toda bebida que contenga alguna cantidad de etanol es considerada bebida alcohólica. Las bebidas que abarca este grupo son muchas, e intentando agruparlas, algunas de ellas son: los vinos, cervezas, licores, aguardientes, whiskies, etc, con el paso del tiempo muchas de estas técnicas se han mejorado y modernizado. En otros casos, los procesos de elaboración y producción siguen siendo bastante parecidos a los de antaño (136).

La ingestión de una pequeña cantidad diaria de alcohol no perjudica a las

personas, sin embargo, no se aconseja iniciarse en la costumbre de ingerir tales bebidas. A nivel calórico, el alcohol produce 7 kilocalorías por gramo sin aportar otros nutrientes, como pueden ser las vitaminas, minerales, etc. Dada esta característica de ausencia de aporte nutricional, a la caloría alcohólica se la denomina caloría vacía, por esta misma razón, si se está realizando algún tipo de régimen o dieta baja en calorías, se restringe el consumo de alcohol. Las contras que presenta el consumo de alcohol son muchas y van desde depresión y descoordinación, la mala absorción de nutrientes hasta la cirrosis, problemas cardíacos y con otros órganos del cuerpo humano (137).

Dormir implica estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para la atención que podamos prestarles a las cosas; obviamente, la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente. Lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada (138).

Entonces según los resultados adquiridos, podemos decir que de la población la mayor parte de ellos suelen dormir un promedio de 8 a 10 horas, cabe mencionarse que muchos de ellos realizan trabajos rústicos de labor como; construcción civil, la chacra, y la producción de ladrillo, y tejas, seguido a todo esto el horario de trabajo en el día es de 8 horas motivo por el cual el descanso vendría a ser satisfactorio.

El sueño ha sido y sigue siendo uno de los enigmas de la investigación científica, y aun a día de hoy, tenemos grandes dudas sobre él, de ser considerado un fenómeno pasivo en el que parecía no ocurrir aparentemente nada, se ha pasado a considerar a partir de la aparición de técnicas de medición de la actividad eléctrica cerebral, un estado de conciencia dinámico en que podemos llegar a tener una actividad cerebral tan activa como en la vigilia y en el que ocurren grandes modificaciones del funcionamiento del organismo; cambios en la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura corporal, la secreción hormonal, entre otros (139).

El vocablo sueño (del latín *somnus*, raíz original que se conserva en los cultismos *somnifero*, *somnoliento* y *sonámbulo*) designa tanto el acto de dormir como el deseo de hacerlo (tener sueño). Para el acto de soñar existe la palabra específica *ensueño*, aunque suele utilizarse también la genérica (tener un sueño = soñar). El adjetivo correspondiente a *ensueño-sueño* es *onírico* (del griego *ónar*, "ensueño"). Por analogía con el *ensueño* que cumple a menudo fantasías del durmiente se llama también *sueño* a cualquier anhelo o ilusión que moviliza a una persona. Metafóricamente, se afirma que una parte del cuerpo se le ha dormido a uno, cuando se pierde o reduce pasajeramente la sensibilidad en la misma (parestesia) (140).

El baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria, la piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida, como también sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior, además de todas las ventajas de salud que reporta como una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea (141).

Se definir la higiene corporal como el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad (con las implicaciones sociales y por tanto la relatividad cultural que la misma posee). Es una práctica básica que permite reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos. Sin embargo, no es correcto pensar que todos los virus, bacterias y hongos son microorganismos agresivos e invasores del cuerpo humano. Por lo tanto, la higiene corporal debe ser una higiene equilibrada: debe reducir las contaminaciones de organismos patógenos entre individuos y respetar al mismo tiempo las floras microbiológicas que nos rodean, así como aquellas que alojamos en nuestro interior (142).

En relación a la frecuencia con que se bañan la mayoría es de 4 veces a la semana, esto se debe al clima brusco y variante de temperatura de la sierra, es por ello que el aseo personal no es diario, por otro lado se debe a la economía porque no todos cuentan con una terma eléctrica (ducha eléctrica) como en las grandes ciudades, es frecuente calentar el agua al fuego utilizando como combustible la leña, hacen referencia de que este procedimiento es trabajoso, teniendo como única solución y así evitar enfermedades como los resfríos, otros.

Que el acto de bañarse es uno de los considerados hábitos de higiene, es decir, una costumbre que, vinculada al aseo personal, que tiene por objetivo principal la limpieza del propio cuerpo. Así como lavarse los dientes resulta fundamental para el cuidado de los mismos, remover la suciedad de nuestro cuerpo también es parte de nuestro cuidado (143).

El examen médico periódico son pruebas médicas que realizan las empresas al seleccionar a sus empleados y también para procurar la salud en los mismos. Cómo su nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente (144).

Los chequeos médicos y exámenes pueden detectar problemas antes de que ocurran. También pueden encontrar problemas a tiempo, cuando las posibilidades de cura son mayores. Los chequeos y exámenes que usted necesita, dependerán de su edad, salud, historia familiar y estilo de vida, como, por ejemplo, qué come, cuán activo se mantiene y si fuma (145).

Al analizar si se realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud se encontró que solo menos de lamitad realizaron visitas de control a establecimiento de salud, por un chequeo preventivo, casi todos solo lo hacen cuando tienen complicaciones, aun se sigue usando las practicas medicinales tradicionales, muchos de las personas tienen fe en los poderes medicinales, como ungüentos, frotaciones, infusiones etc, que creen no es necesario acudir a otros niveles de atención.

Este examen permite detectar los efectos de la exposición a un agente de riesgo en forma temprana y de esta manera poder establecer estrategias preventivas y

otorgar un tratamiento médico oportuno a fin de evitar el desarrollo de enfermedades y traer consigo daños incurables o secuelas que afecta a la persona (146).

El examen médico periódico consta de un examen clínico que puede ir acompañado de otros estudios complementarios, por ejemplo: cuestionarios direccionados, audiometría, espirometría, laboratorio, radiografía, etc. Según el caso, debe realizarse de manera anual (una vez por año) o semestral (cada seis meses). La frecuencia dependerá de los riesgos a los que está expuesto el trabajador (147).

La actividad física produce efectos positivos en muchas partes del cuerpo, este artículo se concentra en los beneficios que la actividad física representa para el corazón y los pulmones. También contiene consejos para iniciar y mantener un programa de actividad física, y habla de la actividad física como parte de un estilo de vida saludable para el corazón, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (148).

En síntesis tal es el caso que la actividad física más de la mitad de la población no realiza actividad física, estos resultados pueden deberse a la desinformación, falta de valoración sobre la importancia para la salud, como también a la rutina diaria que limitada motivación y organización en el día a día, la carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

Según las recomendaciones sobre actividad física que el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS). Publicó en 2008 para los estadounidenses ("2008 Physical Activity Guidelines for Americans"), por lo general el término "actividad física" se refiere a los movimientos que benefician la salud, el ejercicio es un tipo de actividad física que es planificado y estructurado. Levantar pesas, tomar una clase de aeróbicos y practicar un deporte de equipo son ejemplos de ejercicio (149).



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% a 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, un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos (150).

El término "actividad física" se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados. El sedentarismo se vincula, entre otras cosas, al desarrollo de Obesidad, Diabetes, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. La práctica regular de actividad física no solo previene su desarrollo, sino que contribuye al buen control de la enfermedad cuando la misma ya se encuentra instalada (151).

Se denomina alimento a cualquier sustancia sólida o líquida que ingieren los seres vivos con el objetivo de regular su metabolismo y mantener sus funciones fisiológicas como ser la de la temperatura corporal, es decir, los seres humanos necesitamos sí o sí alimentos para reponer la materia viva que gastamos como consecuencia de la actividad del organismo y porque necesitamos producir nuevas sustancias que contribuyan al desarrollo de nuevos tejidos que ayuden directamente a nuestro crecimiento (152).

Sin embargo los alimentos que consumen las personas se evidencia que la mayoría de la población consume alimentos con alto contenido de carbohidratos. Resultado que nos estaría indicando que hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes puede ser consecuencia de la falta de desconocimiento y medios económicos que no permite obtener alimentos más saludables, por otro lado, este hallazgo se debe por la mayor urbanización y desarrollo económico que conlleva al cambio de los estilos de vida, y provocan modificaciones en los patrones de alimentación. Asimismo, en las zonas urbanas, la mayoría de las personas acceden

a los medios televisivos que fomentan el consumo de alimentos ricos en alto contenido energético.

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana, una alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente, estos nutrientes incluyen las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales (153).

La nutrición es importante para todos. Combinada con la actividad física y un peso saludable, la buena alimentación es una forma excelente de ayudar a tu cuerpo a mantenerse fuerte y saludable. Si tienes antecedentes de cáncer de mama o estás en tratamiento, la buena alimentación es especialmente importante para ti. Lo que comes puede influir en tu sistema inmunitario, tu estado de ánimo y tu nivel de energía (154).

La alimentación balanceada es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo que se hace necesaria una dieta en la que estén presentes todos los grupos básicos de alimentos que proporcionen, minerales, vitaminas y antioxidantes necesarios (155).

De esta manera y dadas las características individuales y condiciones biológicas de cada persona como el peso, la estatura, el sexo y la edad. Indicarán directamente los componentes de su alimentación. Para la Lc. Mari Luz Rolón nutricionista del Centro Clínico San Cristóbal, "una buena alimentación debe distribuirse a lo largo del día en cinco comidas: desayuno, almuerzo, dos meriendas y cena. Tratando de hacer un equilibrio en donde se combinen tanto las proteínas, carbohidratos (muchas frutas y verduras) y pocas grasas, y por lo menos ocho vasos de agua diarios (156).

Así mismo es importante resaltar que el consumo de proteínas como las carnes blancas (pollo, pescado, conejos, mariscos), las carnes rojas (vaca y el chivo), el huevo y los lácteos, otorgan, el hierro y los aminoácidos esenciales que el organismo no puede producir por sí mismo y que son indispensables (157).

Finalmente se concluye que factores como la desinformación, la falta de motivación; el acceso, el uso y la estabilidad de los alimentos, que determina el

consumo inadecuado de alimentos, porque el consumidor elige los alimentos en función al precio y no necesariamente porque sea más o menos saludable; por tanto, tienden a consumir productos industrializados con excesiva cantidad de carbohidratos, grasas y azúcares que son más baratos debido a su producción masiva. Por tanto, estos hábitos en la población los vuelve vulnerables a poder adquirir algún tipo de enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial), pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en la salud de las personas. Los determinantes de salud de los estilos de vida observados en la población de estudio, los vuelve vulnerables para poder adquirir algún tipo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial), pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en la salud de las personas.

#### **TABLA N° 4, 5, 6**

En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos de Acopampa – Sector A1 Carhuaz Anchas, 2015. El 96 % (169) no recibe algún apoyo social natural, el 75,5% (133) no reciben ningún apoyo social organizado, 36,9% (65) reciben algún apoyo social como Pensión 65, 39,2 % (69) se atienden en un centro de salud, 74,4(131)% refieren que la distancia del lugar de atención está muy cerca de su casa, 98,3% (173) tienen SIS-MINNSA, 37,5% (66) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 34,7% (71) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 100% (176) comunican que si hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Salazar, F. (158), “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector”- Huaraz, 2013”. El 68% (1116) reciben apoyo social natural de familiares, el 86,3% (146) no reciben apoyo social organizado, 47,9 % (81) reciben otro tipo de apoyo social organizado, 68% (116) institución de salud en que se atendió en estos 12 últimos meses es en centros de salud, 63% (107) lugar donde se atendieron es regular, 92% (156) tienen tipo de seguro SIS-MINSA, 53,8% (91) tiempo de espera es regular, 49,1% (83) calidad de atención buena, y el 97% (164) respondieron que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Chira, V. (159), “Determinantes de la Salud de los Adolescentes del Asentamiento Humano Santa Julia –Morropon –Piura, 2013”. Asentamiento Humano Santa Julia. El 96,4% reciben apoyo social de sus familiares, así también se observa que el 98,2% no recibe ningún apoyo social organizado, el 64,7% se ha atendido en los 12 últimos meses en un centro de salud, así también se observa que el 55,3% su motivo de consulta por la que acude a un establecimiento de salud es mareos, dolores o acné, el 61,8% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron es regular, el 57,6% está asegurado en el SIS-MINSA, el 40,5% espero corto tiempo para que lo atendieran en el centro de salud y el 58,8% considera buena la calidad de atención. El 95,8% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrados por Ulloa, M. (160), “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche - Trujillo, 2012”. el apoyo social natural el 96% (170) reciben de familiares, con el 89% (157) no recibe apoyo social organizado, en los últimos 12 meses el 46% (82) se atendieron en puesto de salud, el 68% (120) considera que el lugar donde se atendieron esta regular a su casa, el 59% (104) tiene SIS - MINSA, el 32% (57) considera que el tiempo que espero para que lo atendieron es regular, el 53% (94) considera que el tipo de calidad que recibió al ser atendida es regular y el 20% (35) afirma que si hay pandillaje por su casa.

Los estudios que difieren obtenido por Rivas, V. (161), “Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro con Artrosis. Posta médica Es salud – Paján, 2012”. El 100% del universo muestral cuenta con seguro social ESSALUD, recibe apoyo social natural únicamente de sus familiares, se atienden en la Posta Médica del seguro social, el cual está ubicado cerca de la casa del usuario en un 65,7%, el tiempo en que demoro su atención el 100% lo considero regular, calificando la calidad de atención como buena en un 100%. El 96% afirmo que cerca de su casa existe delincuencia, pandillaje y la seguridad es escasa.

Otro estudio que difiere es el de Zamudio, M. (162), “Determinantes de la Salud en los Comerciantes Adultos Mayores del Mercado dos de Mayo – Chimbote, 2013”. el 66% (145) , en la institución de salud en la que se atendieron en estos 12 últimos

meses fue en el Puesto de salud, el 82% (178), consideran que el lugar donde lo (la) atendieron está Regular el, 50 (109)% el Tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA el, 50% (107) el tiempo que esperaron para que los (las) atendieran les pareció Largo el 54% (119 ), la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue buena y además el 66% (143), si hay Pandillaje o delincuencia cerca de sus casas.

Así mismo difieren los estudios de Capristan, N. (163), “Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro. Urbanización Popular de Interés Social Belén – Nuevo Chimbote, 2013”. El 54% (89) se atendió en hospital, el 60% (98) considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa, el 47% (77) cuenta con seguro del SIS- MINSA, el 59% (96) considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, el 47% (77) considera que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de la salud fue buena y regular, el 100% (163) considera que si existe cerca de su casa pandillaje o delincuencia; en relación a los determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado, se observa que 61% (100) recibe apoyo social natural de sus familiares, el 100% (163) de la población no recibe ningún apoyo social organizado.

Apoyo social natural es un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. La familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales (ej. parroquias) (164).

Con respecto a lo determinantes de redes sociales y comunitarias se observar que casi todos no reciben algún apoyo social natural, pero hay un porcentaje mínimo que, si recibe, esto se debe a que las personas y familias no son tan unidas, ven de manera dependiente solucionar sus problemas, hay personas y familias que suelen solucionar las situaciones en las que están de manera individual o con amigos y familiares de otro lugar, no se da el resolver los asuntos de ayuda, de apoyo entre vecinos ni compañeros.

El apoyo social natural tiene 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. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad (165).

En la extensa bibliografía sobre el tema, existen numerosas definiciones de grupos de apoyo social natural. Se entiende por sistemas de apoyo "Los lazos establecidos entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privaciones mediante los siguientes mecanismos: Fomentar el mensaje emocional de los mismos, ofrecer guía, consejo, información sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos, ofrecer "feedback" sobre la conducta individual que valide auto conceptos y mejore la actuación basada en una adecuada autoevaluación (166).

Apoyo social natural también es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad las redes sociales y las personas de comunidad, las redes sociales y las personas de confianza y que pueden producirse tanto en situaciones cotidianas como de crisis, incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales (167).

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (168).

Asistencia social organizada es un concepto con múltiples usos. En este caso, nos interesa destacar su acepción como una ayuda, un soporte o un auxilio que se le brinda a quien lo necesita, por su parte, es un adjetivo que refiere a lo vinculado con la sociedad. Este último término (sociedad), por otro lado, hace mención al conjunto de personas que comparten una cultura y otros rasgos y que interactúan en el seno de una comunidad (169).

En efecto los resultados de la variable en estudio recibe algún apoyo social organizado, encontramos la mayoría si reciben apoyo de programas del estado como; del comedor popular, que las mujeres reciben una ración establecida, las beneficiadas son personas de baja economía, madres solteras personas ancianas y sin apoyo, en la actualidad hay grupos específicos que reciben este apoyo, menos de la mitad tienen pensión 65 este programa solo incluye a las personas mayores de 65 años, de economía baja, son un sueldo de s/ 300 soles por cada 3 meses, esto les permite como un sustento durante los días posteriores.

Apoyo social organizado es un “proceso transaccional – interactivo” entre el individuo y el medio compuesto de varias dimensiones, hacen referencia a la función que puede cumplir la relación social para la persona destinataria del apoyo. Distinción entre apoyo psicológico (emocional /informacional) y apoyo no psicológico, instrumental o tangible (170).

Por lo tanto los contactos sociales que entre los sujetos se mantienen y que le sirven para manejar las demandas internas y externas y que se identifica en redes de apoyo social organizado y concibe como cantidad de las relaciones íntimas, sociales y servicios formales de apoyo social y contar con una importante red de apoyo organizado implica necesariamente percibir dicho apoyo (171).

El concepto de apoyo social surgió al revisar en los años setenta la literatura que parecía evidenciar una asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas como desintegración social, movilidad geográfica o estatus matrimonial. Se detectó que el elemento común de esas variables situacionales era la ausencia de lazos sociales adecuados o la ruptura de las redes sociales previamente existentes (172).

Se definen el apoyo social como "aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada". La mayoría de los autores identifican, de una u otra forma, el apoyo social con la relación interpersonal en la que se ofrece o intercambia ayuda de tipo material, emocional o instrumental, que produce sensación de bienestar al receptor (173).

El concepto de organizaciones sociales abarca la "dimensión estructural del apoyo social" define la red social como la "socioestructura donde tienen lugar las transacciones de apoyo". Sin embargo, el propio método de análisis de las redes sociales permite valorar de forma integrada las perspectivas estructural, funcional y contextual del apoyo social en una persona, incluyendo los efectos positivos y negativos del mismo que ésta pueda percibir. De esta manera podremos incorporar a la práctica profesional el sistema de relaciones sociales de las personas con las que trabajamos y también la comprensión de los referentes socioculturales de sus contextos inmediatos (174).

En la actualidad, dentro del campo de estudio de las ciencias sociales, los trabajos sobre el apoyo social y la red social ocupan un área muy vasta e importante. En el campo específico del estudio de la salud-enfermedad, el tema ha sido utilizado para probar múltiples hipótesis de trabajo relacionadas con los "factores de protección" que, según resultados de investigaciones, tienen las personas que se perciben como parte de una red social. Ejemplo de estos trabajos son investigaciones realizadas con muestras de población que padecen enfermedades crónicas, como cáncer, diabetes e hipertensión arterial (175).

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65, se creó el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia. Los adultos mayores en extremo pobres eran marginales para la sociedad, invisibles para el Estado. Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 125 nuevos soles por mes por persona y con este beneficio contribuye a que ellos



y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales (176).

De acuerdo a la variable institución en la que se atendió los últimos 12 meses, se encontró que menos de la mitad se atendió en un centro de salud, esto se debe a que una cantidad determinada hace uso de los servicios del centro de salud de Acopampa, como también hay grupos mínimo de personas que acudieron al puesto de salud de Carhuaz que se encuentra a 10 minutos aproximadamente, y otro grupos acude al hospital del departamento de Huaraz, que hacen mención por buscar una mejor calidad de atención y a quienes le hicieron referencia por algunas complicaciones que tuvieron con el fin de mejorar su bienestar.

Lo habitual es que la asistencia social se desarrolle a través de instituciones del Estado o de organizaciones no gubernamentales (ONG). Las prestaciones englobadas en el concepto pueden ser muy variadas e incluir desde apoyo educativo hasta la facilitación de una vivienda, pasando por la entrega de alimentos o de remedios (177).

Institución de salud es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias Biológicas, conductuales, Sanitarias y Sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud, que están especializados en atención del paciente (178).

Los Institución Nacional de Salud son un conjunto de instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. En estas tres áreas los Institutos han destacado y han marcado la pauta de la atención a la salud, de la producción científica y de la calidad académica, no sólo en México sino en toda América Latina (179).

En consecuencia la variable, considera usted que el lugar donde lo atendieron, la mayoría considera que está muy cerca de su casa, es porque el centro de salud de Acopampa está ubicada a 5 minutos de sus casas y el puesto de salud de Carhuaz a

10 minutos, esto les permite que sea accesible en tiempo y distancia es por ello que consideran que esta cerca de su casa, como también hay un grupos de personas que refieren que su lugar de atención está lejos es porque han tenido que viajar a otros lugares.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible (180).

Un seguro es un acuerdo que realiza una persona con una compañía aseguradora con el fin de que en caso de que la persona particular o empresa sufra algún daño que tenga cubierto en el contrato de seguro, pueda ser indemnizado total o parcialmente. El asegurado, a cambio de las coberturas que le ofrece la compañía de seguros, paga una prima periódica a la aseguradora. Debido a la gran importancia de estar asegurados, hay diversos seguros como el seguro de automóvil, el seguro de responsabilidad civil, el seguro de perros peligrosos y el seguro de hogar de una vivienda hipotecada, los cuales son seguros obligatorios contratarlos por Ley (181).

Es un seguro de salud, creado con el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud. Sin límite de edad y disponible para cualquier residente en el Perú. Dirigido a trabajadores Independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas); estudiantes y demás emprendedores; así como a sus dependientes (cónyuge o concubino, hijos menores de 18 años, hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo (182).

EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención,

promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud (183).

El Seguro Integral de Salud (SIS), es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando la afiliación de aquella población más vulnerable y que se encuentra en situación de pobreza o pobreza extrema. Para el Aseguramiento Universal en Salud, el SIS es una IAFAS, es decir, administra los fondos destinados a cubrir las siguientes afiliaciones: SIS Gratuito: Es aquella afiliación destinada para cubrir a la población más vulnerable (pobreza y extrema pobreza). SIS Independiente: En este caso el Estado cubre un porcentaje para la cobertura. SIS Microempresas: Es aquella afiliación para los trabajadores de una microempresa. En todos los casos las personas que deseen afiliarse al SIS, deben estar calificadas como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) (184).

En resumen la variable tipo de seguro, encontramos que casi todos tienen seguro SIS-MINSA, esto se debe a que casi todas las familias no cuentan un trabajo estable y seguro o no cuentan con la economía suficiente como para poder tener otros seguros que son costosas y particulares, como también hay un grupo mínimo que si cuenta con seguro de ESSALUD, por el hecho de tener un trabajo estable y en empresa aseguradora.

El tiempo de espera, es definida como aquellos pacientes que acuden a un centro de salud en la comunidad tienen que esperar de 16,1 a 21,9 minutos para ser atendidos. Los pacientes con cita previa tienen que esperar una media de 16,1 minutos; mientras que las personas que acuden mediante el sistema de turnos o de números aguardan una media de 21,9 minutos para ser atendidos. Según el informe, los ciudadanos acuden al médico una media de 11 veces al año, lo que equivale casi a una consulta por mes (185).

De acuerdo con la variable tiempo que espero para que lo atendieran, encontramos que menos de la mitad refirió que el tiempo fue regular, la atención del

centro de salud menos de la mitad refirió que fue regular, porque muchos de ellos manifiestan no haberse sanado, como también menos de la mitad refieren que fue el tiempo muy largo, corto, muy corto y una mínima cantidad que no recuerda; al igual en cuanto a la variable calidad hacen referencia que hay atenciones muy buenas, buenas, regular, mala, estos criterios y opiniones que ellos tienen es por los resultados posteriores que experimentaron en la evolución de su salud.

Calidad de atención en salud está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones (186).

De este modo la calidad de atención en salud es el vínculo de una satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. La OMS define como requisitos necesarios para alcanzar la calidad en salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud (187).

Asimismo la calidad es una totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión (188).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencias, 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 (189).

Finalmente la variable pandillaje o delincuencia cerca de su casa, todos manifestaron que no existe pandillaje, esto se debe a que, al ser una población poco transitada, muy tranquila y no muy extensa, favorece a ser una población segura y tranquila, dentro de esto la educación y los valores juega un papel importante permite mantener una población sana y saludable libres de pandillajes.

Vinculado el concepto de pandillaje es un problema social que siempre ha afectado a nuestra sociedad. Las principales del pandillaje son: La desintegración familiar, el desempleo, la violencia familiar y el abandono moral. Las soluciones posibles que podrían darse es establecer centros de orientación, realizar talleres y campeonatos para explotar las habilidades de los jóvenes y para mantenerlos ocupados haciendo deporte. El pandillaje hoy en el Perú se ha expandido como una plaga, que hasta los más adinerados están librados de caer en la plaga, este problema social que todos queremos eliminar por eso la sociedad está realizando proyectos de solución contra el pandillaje (190).

Asimismo las pandillas son agrupaciones de adolescentes y jóvenes, hoy de ambos sexos, mayoritariamente varones en edades que fluctúan entre los 13 y 22 años que viven problemas comunes y comparten además los mismos intereses. Es indudable que la violencia y la agresividad se han vuelto recurrentes en sus hogares y también en sus entornos, tienen muy poca comunicación con sus padres, baja autoestima, escasa formación en valores sociales, personalidad antisocial (191).

De la misma manera las pandillas son integradas por un promedio entre 20 y 30 miembros, como en todo grupo hay un líder que comanda y que es acompañado por varios sub-líderes ellos imponen las reglas de conducta y el comportamiento que regirá al grupo, cada pandilla demarca su territorio y sus límites (192).

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones:

- Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de Acopampa, Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015. Se observa que menos de la mitad tienen inicia /primaria, trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, adultos maduros, y tienen un ingreso económico menor a s/750.00 soles. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos. Menos de la mitad tienen dormitorio de 2 a 3 miembros, más de la mitad tienen viviendas unifamiliares, casa propia, disposición de basura se entierra, quema, la mayoría eliminan la basura con carro recolector, eliminación de excretas baño propio, energía eléctrica permanente, piso de tierra, techo de eternit, cocinan con leña, paredes de adobe, con conexión de agua domiciliaria, carro recolecto pasa 2 veces por semana.
- En los determinantes de los estilos de vida tenemos. La mitad duermen de 6 a 8 horas, más de la mitad caminan como actividad física, la mayoría no fuman, ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, higiene 4 veces a la semana, consumen frutas, carne, huevo, menos de 1 vez a la semana, pescado nunca o casi nunca, fideos, papa, arroz, pan cereal 3 o más veces a la semana, verduras y hortalizas, otros menos de una vez a la semana.
- En los determinantes de redes sociales y comunitaria tenemos: Menos de la mitad el tiempo de espera y la calidad de atención fue regular, fue atendido en un centro de salud; más de la mitad reciba apoyo de comedor popular; la mayoría considera que lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa, no recibe apoyo social organizado; Casi todos no reciben apoyo social natural, cuentan con seguro (SIS-MINSA), Todos finalmente refieren que no hay presencia de pandillaje cerca de sus casas.

## 5.2. Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las autoridades competentes, el Centro de Salud Acopampa, para que tengan conocimiento e información sobre la salud de la población adulta y de esta manera actúen enfocadas en las necesidades emergentes y realicen un trabajo en coordinación, implementando gestiones de ayuda y hacer que se inscriben en los programas y estrategias nacionales tales como “programa juntos, caritas, pensión 65 en adultos mayores que no están afiliados, y ONG, con el fin de beneficio en la salud de la población, el municipio a que gestione y promueva el reciclaje a través de tachos de colores para la eliminación adecuada de los desechos sólidos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.
- El personal de salud debe focalizarse en todas las familias e intervenir mediante estrategias para fortalecer y mejorar la calidad de vida que la tienen descuidada e inducir hacia un futuro más organizado y una comunidad saludable para las futuras generaciones, mediante talleres, charlas, sesiones educativas, demostrativas enfocada en una alimentación saludable con productos de la zona como; papillas de hígados con animales de la zona, la sangrecita por contener alta cantidad de hierro y la absorción es mejor, adheridos a esto, los ejercicios físicos, su importancia, y fundamentalmente realizar campañas más consecutivas mediante despistaje de anemia en madres y niños, descarte de TBC “Tuberculosis”, problemas de hipertensión, diabetes, de esta manera mantener una comunidad sana y saludable, es por ello el hincapié en el tema de necesidad.
- Por último exhortar a los dirigentes, centro de salud, realicen trabajos coordinados es la única forma de lograr el cambio, en cuanto a poner más tachos de basura en las calles, y que el carro recolector llegue a todas las calles y con frecuencia diaria así evitar focos infecciosos y esto no repercuta en las poblaciones vulnerables como; en los niños y ancianos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en su informe sobre: subsanar las desigualdades de una generación. Pag 8, año 2008 visto en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
2. Ministerio de salud “Foro: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas” Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
3. Oliva López Arellano, a José Carlos Escudero y Luz Dary Carmonac en su estudio Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES\* visto en: [file:///C:/Users/hp/Downloads/260-1405-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/260-1405-1-PB%20(3).pdf)
4. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
5. 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.
6. Organización panamericana de la salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
7. Siede J. determinantes sociales de salud y enfermedad asesor en protección social área de sistemas de salud basados en APS Organización Panamericana de la Salud Ops/Oms.
8. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: [http:// www . insp . mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)



9. Jorge A. García-Ramírez y Consuelo Vélez-Álvarez América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas Rev. salud pública. 15 (5): 731-742, 2013
10. Moiso A. De Los Angeles M. Ojea O. "Fundamentos de la salud pública. Determinantes de la salud." Pag 172. 1ra ed. Argentina: edi Universidad nacional de la Plata; 2007.
11. García R, y Vélez-Á. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas Artículos Investigación/Articles Researc, Rev. Salud pública. 15 (5): 731-742, 2013
12. García-Ramírez, Jorge A.; Vélez-Álvarez, Consuelo América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas Revista de Salud Pública, vol. 15, núm. 5, octubre, 2013, pp. 731-742
13. 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.
14. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS.
15. Rocabado c. determinantes sociales de la salud en el Perú. Ministerio de Salud Universidad Norbert Wiener Organización Panamericana de la Salud, lima, 2005 {SedeWeb}. Visto en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/12\\_determinantes\\_sociales\\_salud.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf)
16. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
17. Annapolis valley health. Revista, social dertminants OH, visto en: <http://www.coloradotrust.org/es/quienes-somos/que-es-la-equidad-en-salud>

18. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
19. Gonçalves M y Colab. Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
20. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: [http://sinia . minam . gob . pe / index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5](http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5)
21. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos de Acopampa sector A1 – Carhuaz Ancash, 2016.
22. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005.
23. Ortiz R, Moncadaa. Álvarez C, Dardetab J, en su investigación sobre Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311006567>
24. Jiménez. D. Benítez A. Rodríguez. R. Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED) Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica, Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid oct. 2010 versión On-line ISSN 1699-5198 versión impresa ISSN 0212-1611
25. Rivas, K. En su investigación “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío la encantada – Chulucanas – Piura, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
26. Estrada Y. En su investigación titulada determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas – Piura, [Tesis para

- Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tacna] 2013.
27. Uchazara, M. en su investigación “Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor los Palos. Tacna, 2013” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
  28. Ayala, J. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
  29. Valverde L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Huarmey; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
  30. Vergaray R. Determinantes de salud de los adultos del sector de “A” – distrito – Huaraz, [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz] 2016.
  31. Lalonde, Marc. (1996) El Concepto de ‘Campo de Salud’: una perspectiva canadiense, en: Promoción de Salud: una antología, Publicación Científica N°557 Washington, USA, 1996, p.9. O.M.S. (2005).
  32. Lalonde, Marc. (1996) El Concepto de ‘Campo de Salud: Promoción de Salud: Publicación Científica N°557 Washington, USA, 1996, p.9. O.M.S. (2005).
  33. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
  34. Organización Mundial de la Salud) Subsanan las desigualdades en una generación, Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud, Ginebra 2008.WHO/IER/CSDH/08.1”

35. SECRETARIAT Commission. Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
36. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J Public Health 2002; 11: 302.
37. García V. Zavala M. Müller R. Rodríguez M. Chávez A. Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile; Ciencia y Enfermería, vol. XX, núm. 1, abril, 2014, pp. 61-74.
38. Kheirandish M, Rashidian A, Kebriaeezade A, Cheraghali AM, Soleymani F.J Structural determinants Res Pharm Pract. Andalusian School of Public Health 2015
39. López V. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2009, 2015; Organización Mundial de la Salud 2011
40. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007.
41. Ministerio De Salud Diagnósticos Regionales De Salud Pública. Basados En El Enfoque De Los Determinantes Sociales De La Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales De La Salud (Cdss) – Oms. Op. Cit. Pág. 10.
42. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2017 Set 21]. Disponible desde el URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Salud>
43. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2017 Set 21]. Disponible desde el URL: <http://www.medicosfamiliares.com/comunidad/concepto-de-comunidad-y-saludcomunitaria.html>.
44. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2017 Set 21]. Disponible desde el URL:

<https://definicion.de/?s=teritorio>.

45. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
46. Hernández R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
47. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
48. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
49. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>.
50. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/ biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm)
51. Eustat. Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_ 0/ tema\\_ 165/ elem\\_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_ 0/ tema_ 165/ elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
52. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42>.

53. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definición.de/ocupacion/>
  
54. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST\\_Salud.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf)
  
55. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
  
56. Licata M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>.
  
57. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
  
58. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
  
59. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
  
60. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)
  
61. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.Net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

62. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>.
63. Shuan, E. “Determinantes de Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
64. Hernández, A. “Determinantes de la Salud de los Adolescentes del Asentamiento Humano Señor de los Milagros – Piura” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura]- 2013.
65. Soria, C. “Determinantes de la Salud de las Adolescentes Embarazadas que Acuden al Puesto de Salud Miraflores alto, Chimbote” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote]- 2012.
66. Garay, N. “Determinantes de Salud de las Persona Adulta de la Asociación el Morro II Tacna” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tacna] – 2013.
67. Tolentino, C. “Determinantes de la Salud de las Personas Adultas. Asentamiento Humano Primavera Baja. Chimbote” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote] – 2014.
68. Salas, M. “Determinantes de Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano Esperanza Baja [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote] -2015.
69. Amanda Schaffer, "Pas de Deux: Why Are There Only Two Sexes?",Slate, updated 2007-09-27.

70. Saúl, T. Que es Sexualidad y Equidad de Género [Serie internet]. [Citado 2011 Feb.10]. Disponible en URL: [http:// es. Answer. yahoo. com/question /index? Quid = 20100071071516aafy7vz](http://es.answer.yahoo.com/question/index?Quid=20100071071516aafy7vz).
71. Instituto Nacional de Estadística. Composición de la Población Peruana, 2017 [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. Disponible en: <https://gestion.pe/economia/peru-existen-hombres-mujeres-sepa-diferencia-146831>
72. Wilhelm J, López G, Gilk, et al. La edad materna como factor de riesgo en el embarazo en la selva del Perú. Diagnóstico 1991; 28(56): 80-4.
73. Portal del Estado Peruano, Ley N°23733 - Ley Universitaria. Revisado el 1 de mayo de 2013.
74. Ingresos económicos mensuales. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: [http://www. infobae. com/2013/05/28/712803 – empresa – carrozados - omnibus – peruana - analiza-invertir-us30-millones-el-pais](http://www.infobae.com/2013/05/28/712803-empresa-carrozados-omnibus-peruana-analiza-invertir-us30-millones-el-pais).
75. National Center for Educational Statistics. 31 March 2008, visto en: <http://nces.ed.gov/programs/coe/glossary/s.asp>
76. Méndez, N. “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
77. Chinchay, M. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz] - 2013.
78. Aponte, W. “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Asentamiento Humano Luis de la Puente Uceda - Chulucanas, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura]- 2012.



79. Uchazara, M. “Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor los Palos. Tacna, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tacna]- 2013.
80. Salas, M. “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano esperanza Baja, Chimbote, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote]- 2013.
81. Gonzales, T. “Determinantes de la Salud de las Personas Adultas Maduras del A.H. “Alto Perú- Sausal. Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.
82. Cabañas, M. "Proyecto de electrificación y domotización de unavivienda unifamiliar". Departamento de Ingeniería Eléctrica (DEE). Barcelona: Universidad Politécnica de Catalunya (UPC) 2010. Visto en: <http://www.monografias.com/trabajos93/estudio-sistemas-seguridad-casa/estudio-sistemas-seguridad-casa.shtml>
83. García, R. Instalación domótica de una vivienda unifamiliar conel sistema EIB. Universidad Carlos III de Madrid escuela politécnica superior. Departamento de ingeniería eléctrica 2019. visto en: [http:// proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/ Est/ Lib0862/anexo04. Pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.Pdf)
84. Serrano, F. Sistema de monitoreo integral para casa habitación. Coordinación de Publicaciones Digitales. DGSCA-UNAM. Revista Digital Universitaria. 2016.
85. FAO. Las Cuestiones de Género y el Acceso a la Tierra. FAO Estudios sobre Tenencia de la Tierra 4, 2012.. ISBN 92-5-304847-6. 54p. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4308S/Y4308S00.HTM> [consulta: 28 de feb. del 2012]. Ver en : <http://www.monografias.com/trabajos91/tenencia-tierra/tenencia-tierra2.shtml#ixzz49Xbgrj9b>.

86. Rodríguez, S. Sostenibilidad de las formas cooperativas de la producción agropecuaria, en el municipio de referencia Rodas. 58h. La Habana. Tesis (en opción al Título de Master en Ciencias Agrícolas) -- Universidad Agraria de La Habana 2004. ver en: <http://www.monografias.com/trabajos91/tenencia-tierra/tenencia-tierra2.shtml#ixzz49Xcmtjap>.
87. FAO. Tenencia de la tierra y desarrollo rural. FAO Estudios sobre Tenencia de la Tierra 3. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación Roma, 2012. ISBN 92-5-304846-8. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/tenencia-tierra/tenencia-tierra2.shtml#ixzz49Xd4sHfu>.
88. Monroe, J.S.; Wicander, R.; y Pozo Rodríguez, M. Geología: Dinámica y evolución de la Tierra. Paraninfo, 726 pp. Visto en: <http://www.ecured.cu/Pisos>, 2008.
89. Weinhuber, K: Building with Interlocking Blocks, en: gtz (ed.) Wall Building , Technical Brief, Eschborn, Alemania 1995
90. Tarbuck, E.J. y Lutgens, F.K. Ciencias de la Tierra: Una introducción a la Geología física. 8ª ed. 710 pp. Pearson Prentice Hall. Visto en: [file:///C:/Users/hp/Downloads/Glosario Censo Poblacion](file:///C:/Users/hp/Downloads/Glosario%20Censo%20Poblacion), 2005.
91. Combarros Aguado, A. «Arcillas y materiales cerámicos», en Patrimonio, restauración y nuevas tecnologías. Instituto Español de Arquitectura, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1999.
92. Gasparini, G. La arquitectura colonial en Venezuela. Armitano. Caracas, 1965.
93. Martínez Glera, Enrique (1994). La alfarería en La Rioja. Siglos XVI - XX. Logroño, Gobierno de La Rioja. Consejería de Cultura, Deportes y Juventud, 1994.
94. City Green Building - Green Roofs." Seattle Department of Planning and Development. 12 Feb. 2007. 3 Nov.

95. Korc, M. Vivienda Saludable: Enlace entre la investigación y las políticas públicas. Ponencia aceptada en el 11° Congreso Mundial De Salud Pública. Agosto 2006. más: <http://www.monografias.com/trabajos96/vivienda-saludable/vivienda-saludable.shtml#ixzz49XiPVavH>
96. Borges Ramos, J. y Yáñez, A. «el adobe tradicional hacia el rescate y mejora de una tecnología», en Revista Informes de la Construcción, Instituto Eduardo Torroja, vol.41, n° 402.1989.
97. Equipo Maiz (ed.): La casa de adobe sismorresistente, El Salvador, 2001. Visto en: <http://deconceptos.com/general/pared>.
98. Tolles, E.L.; Kimbro, E.E. et al.: Sismic stabilization of historic adobe structures, Getty Conservation Institute, Los Angeles, EEUU, 2000.
99. Iglesias de ussel, julio. "vivienda y familia" en : garrido medina l., gil calvo e. "estrategias familiares" (madrid, alianza), 1993.
100. Jimenez, lidia, "diagnóstico de la situación habitacional 1991" en:fernández wagner,r. curso de postgrado hábitat y vivienda - mar del plata, 1994.
101. Lentini m., palero d. "hacinamiento y pobreza en el gran mendoza" - mendoza.( inédito). 1994.
102. Ministerio de salud y acción social. secretaría de vivienda y calidad ambiental, dirección de análisis socioeconómico habitacional (1991). "caracterización socio - habitacional del gran mendoza - resultados de la encuesta de situación habitacional - 1978 - 1988. naciones unidas (1968) "métodos para calcular las necesidades de habitación" en: estudios de métodos. serie f no.12 (nueva york , naciones unidas).
103. Well: Guidance manual on water supply and sanitation programmes. Chapter 3 - Water supply and sanitation in the DFID programme and project cycle, DFID (Department for International Development), Reino Unido, 1998.

104. Nicolas Marinof: Abastecimiento de agua por gravedad para poblaciones rurales dispersas. Experiencias con nuevas tecnologías, El caso de Poccontoy y Orconmarca, ProAnde Centro para la Promoción y el Desarrollo Andino, Perú, 2001.
105. Alegre ávila Juan Manuel. Naturaleza y régimen jurídico de las aguas subterráneas no renovables. En: Centro de Estudios Constitucionales. Revista de Administración Pública No. 130. Madrid, España: Enero – abril 1993. P-p. 641.
106. Hernández Henry, consultor Salud y Ambiente de OPS / OMS Guías Básicas de Agua y Saneamiento 4ta. Edición, año 2002.
107. Cevallos, Francisco. Marco Conceptual del Sistema de Indicadores de la Juventud en el Ecuador. Quito: SIISE, UNFPA. 2005.
108. Hopenhayn, Martín, (ed). (2004). La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias. Santiago de Chile. Organización Iberoamericana de Juventud - CEPAL.
109. Masera Cerutti, O. et al. “Patrón de consumo energético y posibilidad de adaptación de tecnologías apropiadas en la comunidad rural de Cheranatzícurin, Michoacán”, Reporte final para el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID), Grupo de Energética, Fac. de Ciencias, UNAM. 1987.
110. Navia, J. “Manual estándar de pruebas de eficiencia de estufas para cocinar con combustibles leñosos”, Grupo de Energética, Fac. de Ciencias, UNAM. Hoel, P., 1973, Estadística elemental, Continental, México, D. F., 328 p.
111. Smith, K. Biofuels, Air Pollution and Health, a global review, Plenum Press, New York, E. U., 452 p. 1987.
112. IEEE Recommended Practice for Monitoring Electric Power Quality (IEEE Std. 1159-1995). Institute of Electrical and Electronics Engineers. ISBN 1- 55937-549-3. Estados Unidos, 1995. 2.
113. Electrical Power Systems Quality. Roger C. Dugan, Mark F. Mc Granaghan,

- Surya Santoso, H. Wayne Beaty. Ed. Mc Graw -Hill. Estados Unidos, 1996. 3.
114. Característica de la tensión suministrada por las redes generales de distribución (UNE-EN 50160). Ed. AENOR. España, 2001.
115. Organización Panamericana de la Salud. "Análisis sectorial de residuos sólidos en México". Serie Análisis Sectoriales 10. Plan Regional en Medio Ambiente y Salud, México, 1996.
116. Neri Vela, Rodolfo (en English). Manned space stations. Their construction, operation and potential application. Paris: European Space Agency SP-113. (1990).
117. Kunitoshi, Sakurai. "Disposición final". Lima, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente 1983.
118. Lotats, X., and E. Campos. Hacia la gestión integrada y co-tratamiento de residuos orgánicos, 2001.
119. Martimportugués Goyenechea, C., J. Canto Ortiz, and M. Hombrados Mendieta. 2007. Habilidades pro-ambientales en la separación y depósito de residuos sólidos urbanos. Medio ambiente y comportamiento humano 8:71-92.
120. J Ian Blenkarn: "Disposal of Healthcare Wastes and Environmental Management in Hospitals", Report from Inspections of Hospitals in Quito and in Santo Domingo de los Colorados, Ecuador. Fundación Natura, January 14-23, 1996. January 14-23, 1996.
121. Junta de Calidad Ambiental de Puerto Rico: "Reglamento para el manejo de desperdicios biomédicos". San Juan, 1991.
122. Jan Mc Harry. Frecuencia que pasa el reciclador, Reducir, Reutilizar, Reciclar 1995. (260 pág. .ngel Muñoz Editor. Madrid.)
123. Lovato, P., y otros: "Manual de normas y procedimientos para el manejo interno de desechos sólidos en el Hospital Carlos Andrade Marín". Quito, 1994.

124. Jon Vogler (1981). *Work from Waste. Recycling Wastes Create Employment.* (Intermediate Technology Publications Ltd. Londres.) Este libro aborda los procesos de reciclaje con técnicas simples pensando en la creación de empleo. Muy interesante para cursos de formación y colectivos dedicados a reciclar.
125. Ramón Varela et al. *Os residuos na Galiza.* (214 pág. Bahía Edicions. A Coruña.) 1996 visto en: <http://www.monografias.com/trabajos94/inadecuada-recoleccion-y-eliminacion-desechos-solidos-combapata/inadecuada-recoleccion-y-eliminacion-desechos-solidos-combapata.shtml#ixzz49XzGIUnl>
126. Pajuelo, A. “Determinantes de la salud de los adultos del sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
127. Ayala, J. “Determinantes de la salud de los adultos del caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
128. Solís, B. “Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2015.
129. Katicsa, P. “Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arevalo 3º Etapa – la Esperanza, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.
130. Gonzales, T. “Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del A.H. “H. “Alto Perú - Sausal. Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.
131. Villacorta, D. <sup>(129)</sup>, “Determinantes de la salud en las personas adultas jóvenes

- del A.H “Alto Perú”. Sausal- Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
- 132.La interferencia de la industria del tabaco en el control del consumo de tabaco Tobacco industry interferente with tobacco control. World Health Organization 2008.
- 133.Revista Trastornos Adictivos, vol. 9 (1). Monográfico de tabaquismo Sociedad Española de Toxicomanías 2007.
- 134.Monografía tabaco Revista Adicciones, vol.16 (2) 2004.
- 135.Celorrio Ibañez, R.: Prevención de consumo de drogas legales: alcohol y tabaco: unidades didácticas para tutoría. Celorrio Ibañez, Rafael. 1998.
- 136.Chabaliar, H.: El último trago: crónica de un divorcio del alcohol. Ediciones Península. 2005.
- 137.Chafetz, M. E.; et al.: Los efectos saludables del alcohol. Ediciones Martínez Roca. 1997.
- 138.Marín, H; Franco, A; Vinaccia, S; Tobón, S. y Sandín, B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva de medicina comportamental del sueño. Suma Psicológica: 15(1), 217-239, 2008.
- 139.Maroto, M. Dormir bien. Instituto de Salud Pública. Madrid: Nueva Imprenta S.A 2007.
- 140.Sarraís, F. y Castro, P. El insomnio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra: 30(1), 121-134. 2007.
- 141.Miranda López, P. y Cols “guía de higiene. educación para la salud en educación infantil y primaria”. imprenta guillén. Murcia 1992.
- 142.Rodríguez García, P.L. “Educación Física y salud en Primaria. Hacia una educación corporal significativa y autónoma”. Inde. Barcelona 2006..

143. Martín Vázquez, V. "Hábitos de higiene personal y en la escuela". Revista digital "Investigación y Educación" 2004.
144. Normas para la Prevención de la Transmisión de la Tuberculosis en los Establecimientos de Asistencia Sanitaria en Condiciones de Recursos Limitados, OMS, 2002.
145. OMS, Detección Precoz de Enfermedades Profesionales, Artículo académico, 2010.
146. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, CDC, NIOSH 2005.
147. Para la Enseñanza e Investigación de la Salud y Seguridad en el Trabajo, Oscar Betancurt, Funsat-OPS/OMS. 1999.
148. Acheson, D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: Stationery Office 1998.
149. Aznar, S. y Webster, T. (2006). Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia: guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
150. Biddle, S., Sallis, S., y Cavill, N. (1998). Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. En Biddle, S., Sallis, S. y Cavill, N. (Ed.), Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London: Health Education Authority.
151. Maestro de Educación Física (CPI Antonio Orza Couto) Estudiante de 5º curso de Pedagogía. Revista Digital - Buenos Aires – (Agosto de 2002). Extraído el 04 de febrero de 2014 desde <http://www.efdeportes.com>.
152. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996. Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párrafo 1. En: Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la



- Alimentación; Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 13-17 de noviembre de 1996, Roma (Italia). Roma, FAO. 43 p.
153. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996. Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párrafo 1. En: Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación; Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 13-17 de noviembre de 1996, Roma (Italia). Roma, FAO. 43 p.
154. Asociación Benéfica PRISMA, PANFAR. Vigilancia Nutricional Regional Arequipa - II Vuelta». Lima-Perú. Enero, 1993.
155. Fomon SJ. Nutrición del Lactante. Mosby/Doyma Libros. Madrid-España. 1995.
156. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa de Monitoreo Nutricional AC&C. versión 1.0. Lima-Perú. Diciembre, 1991.
157. Gibson R. Principles of Nutritional Assessment. New York Oxford. Oxford University Press. 1990.
158. Salazar, F. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector”- Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz] – 2013.
159. Chira, V. <sup>(159)</sup>, “Determinantes de la Salud de los Adolescentes del Asentamiento Humano Santa Julia –Morropon –Piura, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura] – 2013.
160. Ulloa, M. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche - Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo] – 2012.
161. Rivas, V. “Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro con Artrosis. Posta médica Essalud – Paján, 2012”. [Tesis, Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. La libertada] – 2012.

162. Zamudio, M. "Determinantes de la Salud en los Comerciantes Adultos Mayores del Mercado dos de Mayo – Chimbote, 2013". [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote] – 2013.
163. Capristan, N. "Determinantes de la Salud en el Adulto Maduro. Urbanización Popular de Interés Social Belén – Nuevo Chimbote, 2013". [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote] – 2013.
164. Rodríguez Marín J. Apoyo social Natural y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103
165. Muñoz de Rodríguez Lucy. El apoyo social Natural y el cuidado de la salud humana, Op.cite, 102
166. Nicolás, L. (1998). Estrés en la familia. In J. A. Rios (Ed.), El "malestar "en " la" familia (pp. \$117K145).
167. Madrid: Centro \$ de\$ estudios\$ Ramón\$ Areces. Novel, G.\$(1991). \$Sistemassociales de apoyo. InG Novel, & L. Lluch (Eds.), Enfermería" psicosocial" II (pp. \$81K90). Barcelona: Salvat.
168. Norbeck, Janes. Apoyo Socia Natural I. Capítulo 4. Escuela de Enfermería Universidad de California, San Francisco. 2001. P 9
169. García Martín MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. [En línea] 2000; URL Disponible en: <http://www.efdeportes.com>
170. Ayuntamientollllll De Madrid, Área de Servicios Sociales: Trabajo Social con grupos. Teoría y práctica en los Servicios Sociales Municipales. Madrid. 1995.

171. Jiménez, C. La relación del profesional de enfermería con la familia del paciente. In C. Jiménez (Ed.), *Ciencias "psicosociales" aplicadas a "la" salud "II"* (pp. 18-3K201). Córdoba: Universidad de Córdoba, 1998.
172. Azna R y otros: «Un año de grupo de autoayuda con familiares de enfermos mentales en Zaragoza». *Trabajo Social y Salud*, 20. Marzo 1995. Pág. 291-296.
173. Barrón, A. *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI. Madrid. 1996.
174. Borman, L.B. «Self-help/mutual aid groups in strategies for health» en Katz, A. Y Hedrick, H.L.: *Self-help: Concepts and applications*. The Caries Press. Filadelfia 1992.
175. Caplan, G. Y Killilea, M. *Support Systems and mutual help*. Gruñe & Stratton. Nueva York, 1976.
176. Espallargas, A.: «Nuestra experiencia personal en un grupo de padres». *Integración*, 16. Octubre, 1994. Págs. 66-67.
177. Garcés Trullenque, E. y otros.: «Grupos de aconsejamiento de padres de pacientes anoréxicos/as : una experiencia desde el Trabajo Social». *Trabajo Social y Salud*, 28. Diciembre, 1997. Págs. 129-139
178. Gracia Fuster, E. «Grupos de apoyo y autoayuda, una fuente de recursos para la intervención social» en *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós. Barcelona. Págs. 44-70, 1997.
179. Factores explicativos de la pobreza de los Hogares Rurales en el Perú. In *Inclusión social, Pensión 65 Adultos Mayores, Gobierno del Perú , programa nacional, MINDES, 2012*.pdf
180. Sánchez Jiménez, Jesús. *50 años de Acción Social*. Cáritas Española (1947-1997). Cáritas Española, 1997. ISBN 84-89733-11-2.
181. Nizama-Valladolid, M., Arévalo, J., De Los Ríos, H., PEÑA, M. y ASPAJO, H.

- (1993): "Proyecto de un Servicio de Fármaco dependencia en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos". Anales de Salud Mental Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi". IX, 1-2: 161-175. Lima.
- 182.Nizama Valladolid. M. Camay. C., Sanez, Y Lavarello, H. "Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones". Revista de Neuro-Psiquiatría, 57: 25-45. Lima (1994):.
- 183.Essa-lud. Plan esencial de aseguramiento en salud aprobado por Decreto Supremo N° 0016-2009-SA. 2009.
- 184.Ministerio de Salud SIS M. RM070-2011 que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.02: Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. [Internet]. 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM070-2011-MINSA1.pdf>
- 185.Ministerio de Salud Seguro Integral de Salud “guía técnica de orientación para la operativización de los procesos prestacionales de los convenios cápita entre el seguro integral de salud y los gobiernos regionales y disas.”2015. visto en: [http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorgrep/archivos/20150303\\_guiatecnica2014\\_001.pdf](http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorgrep/archivos/20150303_guiatecnica2014_001.pdf)
- 186.Errasti F. El hospital como empresa de servicios. En: Errasti F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Ed. Díaz de Santos, S. A; 1997. Pp. 81-101.
- 187.Ministerio de Salud (Minsa), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).1998Vistoen:[http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1604:buscan-calidad-atencion-establecimientos-salud&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1604:buscan-calidad-atencion-establecimientos-salud&Itemid=900)
- 188.Álvarez, F. (2003). Calidad y auditoria en salud. Primera edición. Bogotá. Ecoe Ediciones.
- 189.Ambrosetti, A (2017). Diseño de un plan de calidad para la instalación de

establecimiento de salud ambulatorio nivel de atención II. Trabajo de grado publicado de especialidad en gerencia de proyecto. Universidad católica Andrés bello.

190.Cesar Ortiz Anderson. Violencia Juvenil Perú, revista paritarios. 2002. Visto en:  
[http://www.paritarios.cl/especial\\_entrevista\\_cesar\\_ortiz.htm](http://www.paritarios.cl/especial_entrevista_cesar_ortiz.htm)

191.Gastón Augusto. En revista: “Pandillas Crecen”. Caretas, Feb. 2002. Perú.  
Www. Inei. Gob. Pe.

192.Barea Marita. “Pandillaje Adino” Revista Caretas Marzo 2002.



## ANEXO N° 1



### DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

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

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 244

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

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

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

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

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (532)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (532-1)}$$

n = 176 adultos



ANEXO N° 2



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

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS  
ADULTOS DE ACOPAMPA, SECTOR A1 – CARHUAZ 2015.

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la**

**Persona.....**

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Edad:**

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

**Grado de instrucción:**

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

**Ingreso económico**

- Menor de 750 ( )
- De 751- 1000 ( )
- De 1001-1400 ( )

- De 1401-1800 ( )
- De 1801 a más ( )

**Ocupación:**

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

**II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO**

**Tipo:**

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

**Material del piso:**

- Tierra ( )
- En tablado ( )
- Loseta, vinílico ( )
- Lámina asfálticas ( )
- Parquet ( )

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

- Madera ( )
- Adobe ( )



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

**Abastecimiento de agua:**

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

**Eliminación de excretas:**

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

**Combustible para cocinar:**

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

**Tipo de alumbrado:**

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

**Disposición de basura:**

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

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

- Diariamente ( )
- Todas las semana pero no diariamente ( )
- Al menos dos veces por seman ( )
- Al menos una vez al mes pero no todas las semanas ( )

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

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

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

**Actualmente fuma?**

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

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

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

**Número de horas que duerme:**

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

**Cuál es la frecuencia con la que se baña:**

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

**Usted realiza examen médico periódico**

Si ( ) 2 No ( )

**Usted realiza alguna actividad física:**

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

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

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

**DIETA:**

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

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

#### **IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

**Percibe algún apoyo social natural:**

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

**Percibe algún apoyo social organizad:**

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

**Percibe algún Apoyo social organizado:**

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

**Indique en que institución de salud se atendió:**

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

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

- Muy cerca de su casa ( )

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

**Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

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

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

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

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

**Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda**

Si ( ) No ( )



## ANEXO N° 3



### VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA, SECTOR A1 – CARHUAZ 2015.

#### Validez de contenido:

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

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

$n_e$  = número de expertos que indican esencial.

N= número total de expertos.

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

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

#### Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo de 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de las expertas la “ficha de validación del cuestionario sobre los determinantes de la salud de los adultos de Acopampa, Sector A2 – Carhuaz 2016”. (VER ANEXO 03).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es?  
¿Esencial?  
¿Útil pero no esencial?  
¿No necesaria?

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

**Calculo del Coeficiente de Validez Total:**

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

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

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



ANEXO N° 4



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA, SECTOR A1 – CARHUAZ**  
**MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:**

Nº	Exper. 1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
$\sum CVR_i$										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
<b>I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO</b>								
<b>P1</b>								
Comentario:								
<b>P2</b>								
Comentario:								
<b>P3</b>								
Comentario:								
<b>P4</b>								
Comentario:								
<b>P5</b>								
Comentario:								
<b>P6</b>								
Comentario:								
<b>II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO</b>								
<b>P7</b>								
<b>P. 7.1.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.2.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.3.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.4.</b>								
Comentario:								
<b>P. 7.5.</b>								
Comentario:								
<b>P8</b>								
Comentario								
<b>P9</b>								
Comentario:								

<b>P10</b>								
Comentario								
<b>P11</b>								
Comentario:								
<b>P12</b>								
Comentario:								
<b>P13</b>								
Comentario:								
<b>P14</b>								
Comentario:								
<b>III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD</b>								
<b>P15</b>								
Comentario:								
<b>P16</b>								
Comentario:								
<b>P17</b>								
Comentario								
<b>P18</b>								
Comentario:								
<b>IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS</b>								
<b>P19</b>								
Comentario:								
<b>V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>								

<b>P20</b>									
Comentario									
<b>P21</b>									
Comentario:									
<b>P22</b>									
Comentario:									
<b>P23</b>									
Comentario:									
<b>P24</b>									
Comentario:									
<b>VI. DETERMINANTE DE AUTOOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD</b>									
<b>P25</b>									
Comentario:									
<b>VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>									
<b>P26</b>									
Comentario:									
<b>P27</b>									
Comentario:									
<b>P28</b>									
Comentario:									
<b>P29</b>									
Comentario:									
<b>P30</b>									
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 afectó que la Validez total del cuestionario logrará el valor mínimo requerido (0,75).



ANEXO N° 5



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD DE ACOPAMPA, SECTOR A1 –  
CARHUAZ 2015.

**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.

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



ANEXO N° 6



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO: DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DE  
ACOPAMPA, SECTOR A1 – CARHUAZ.**

Yo.....  
acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

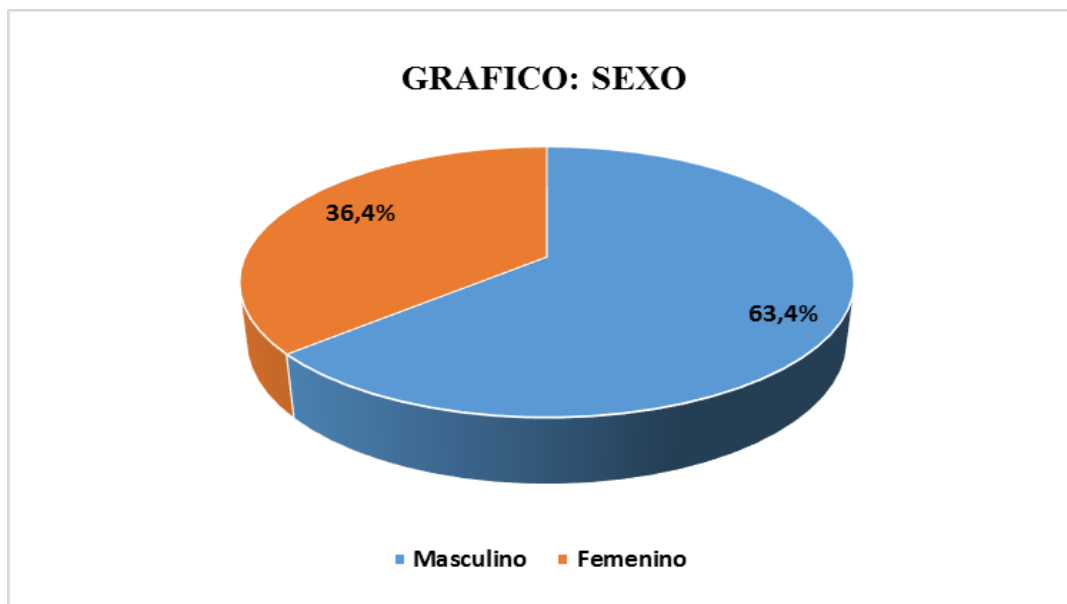
Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

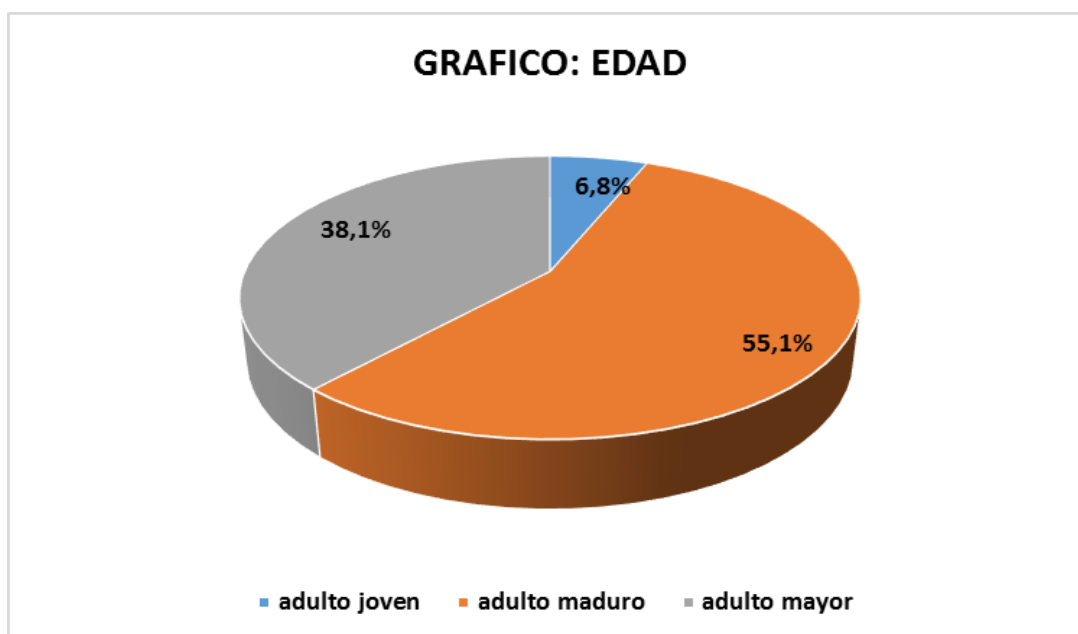
## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### GRAFICO N° 1

#### *DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECNOMICOS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ, 2015.*

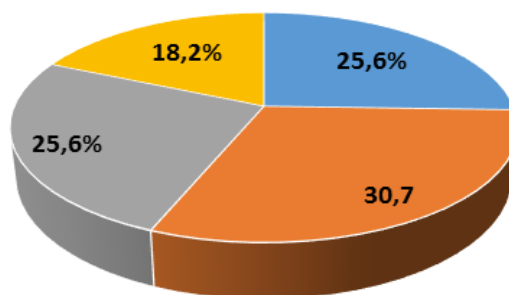


**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

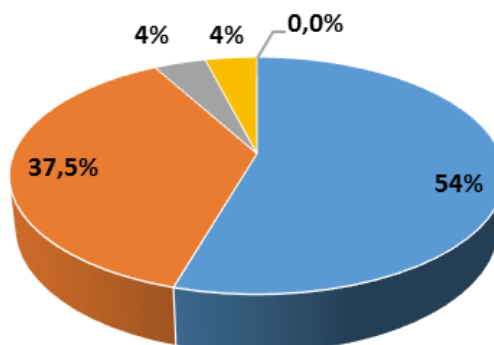
**GRAFICO: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO**



- sin nivel instrucción
- inicial/primaria
- secundaria: incompleta/ completa
- superior: incompleta/ completa

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

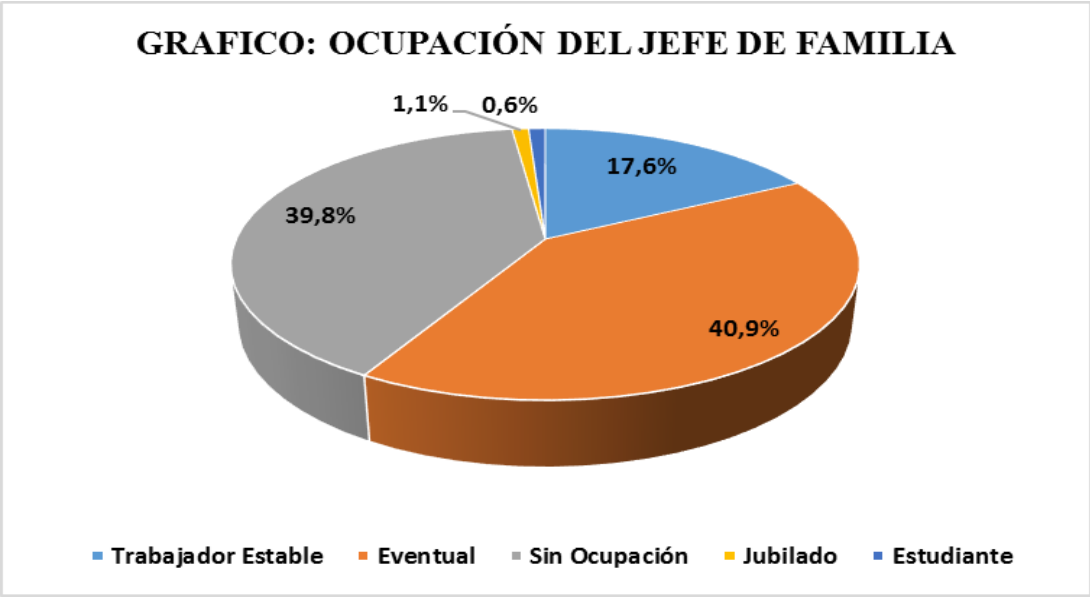
**GRAFICO: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR**



- Menor de s/. 750.00
- De s/. 751.00 a s/. 1000.00
- De s/. 1001.00 a s/. 1400.00
- De s/. 1401.00 a s/. 1800.00
- De s/. 1801.00 a más

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

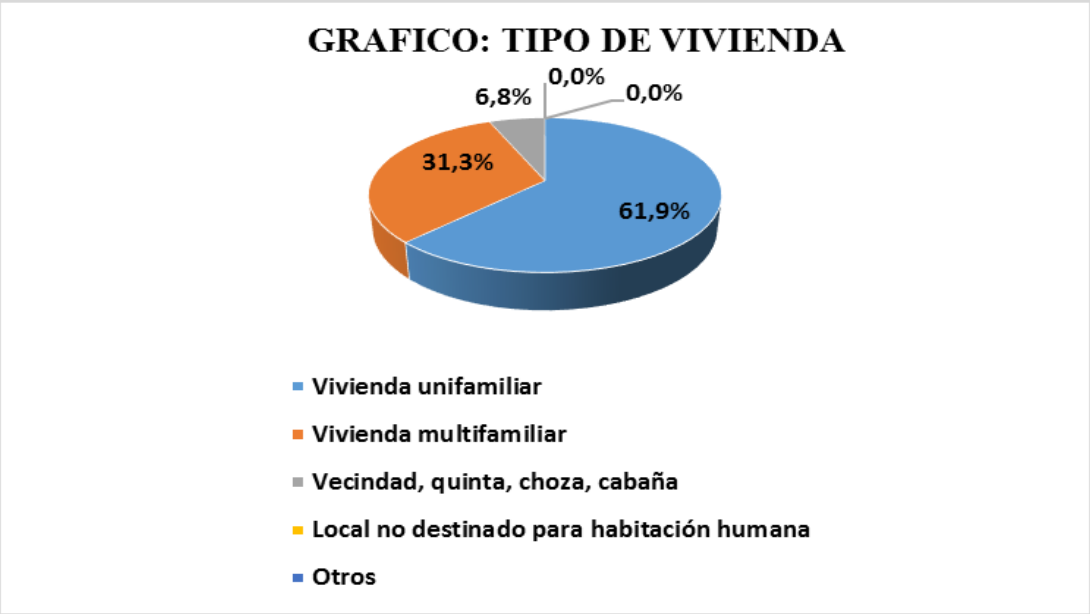




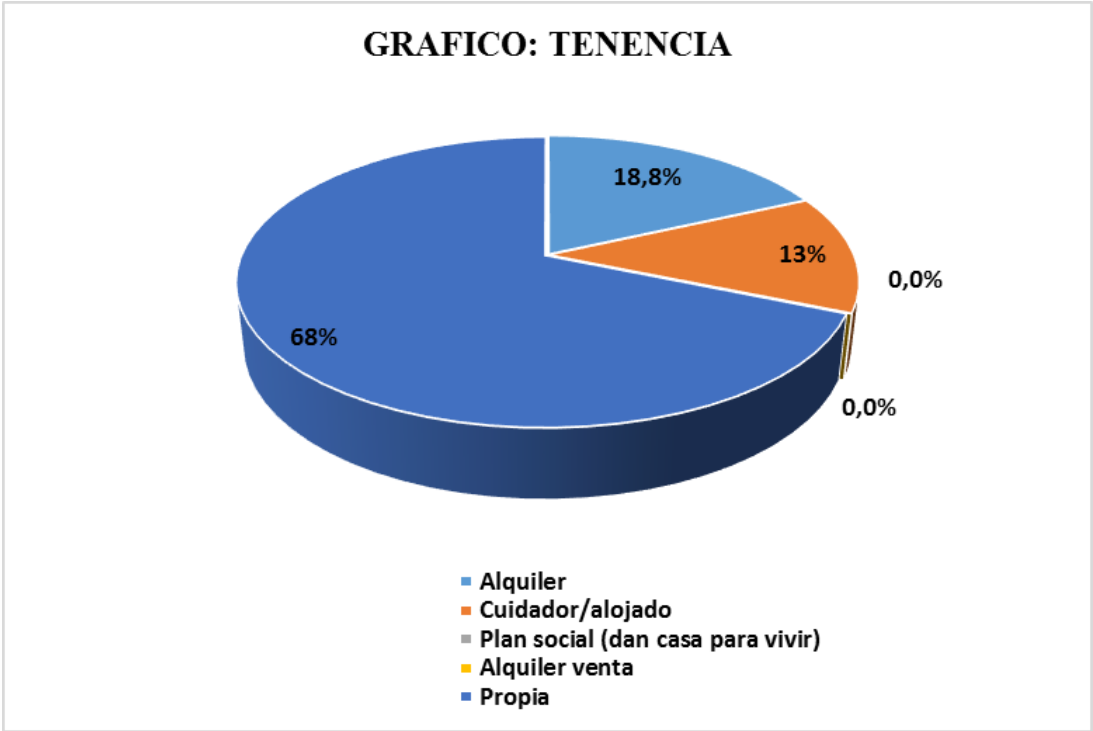
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO N° 2.**

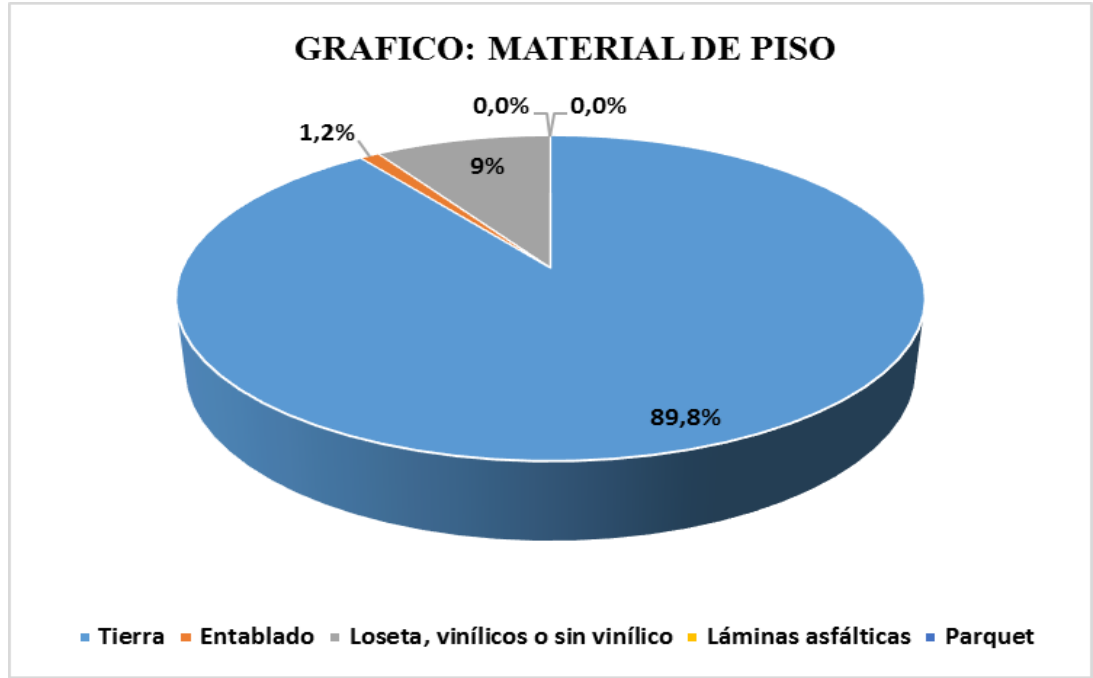
***DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1 – CARHUAZ ANCASH, 2015.***



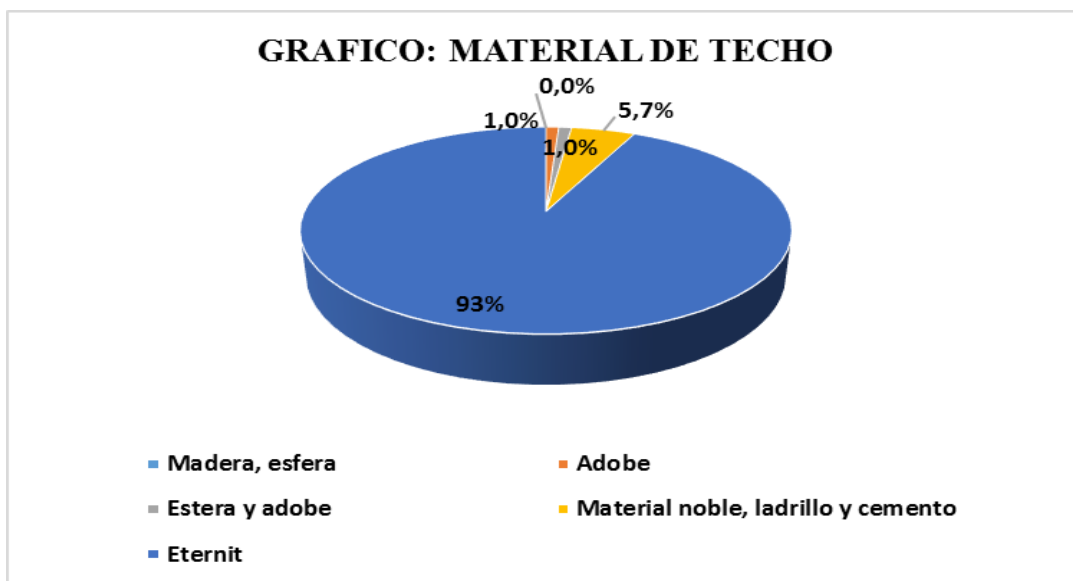
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



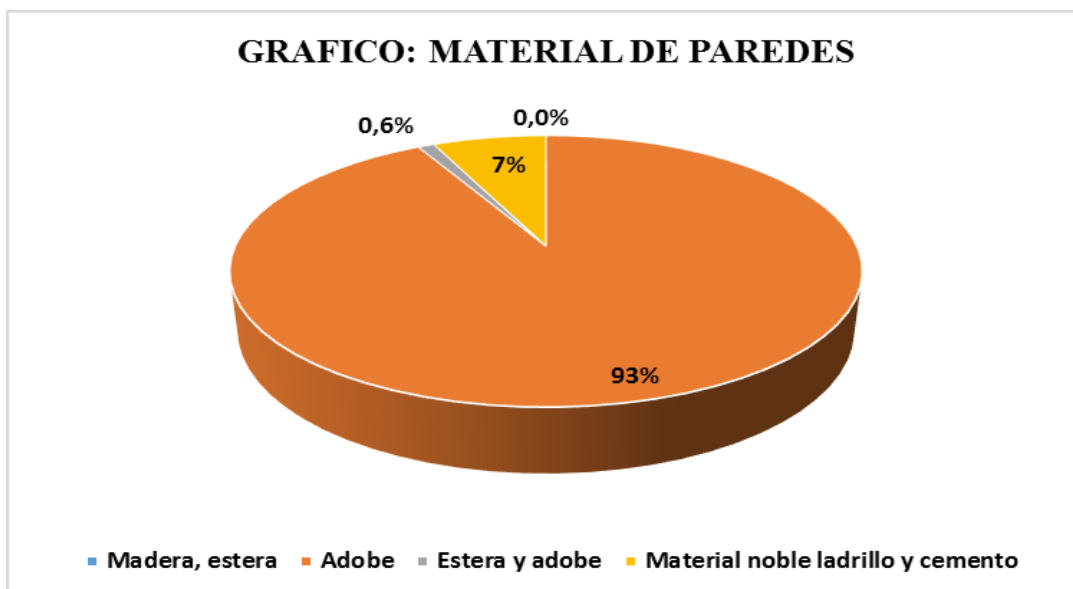
**FUENTE:** Cuestionario sobre los dterminantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

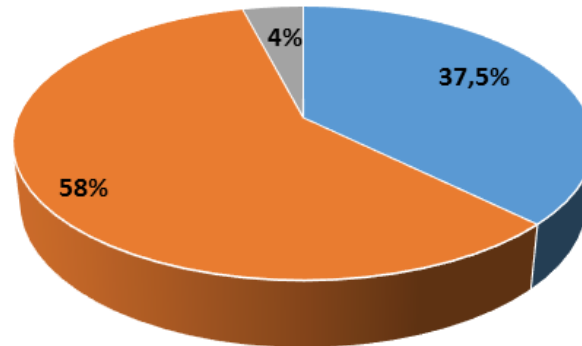


**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

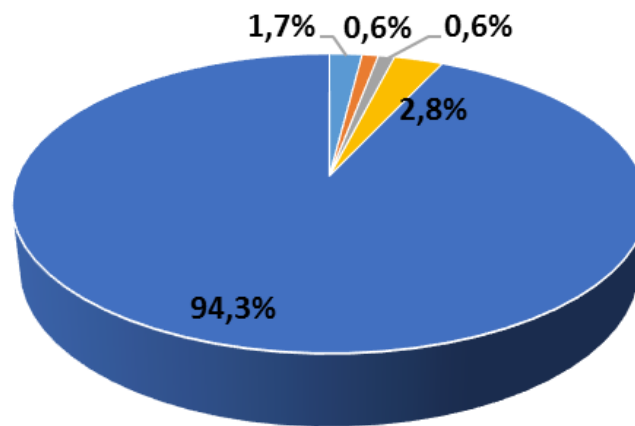
**GRAFICO: N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN**



■ 4 a más miembros ■ 2 a 3 miembros ■ Independiente

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

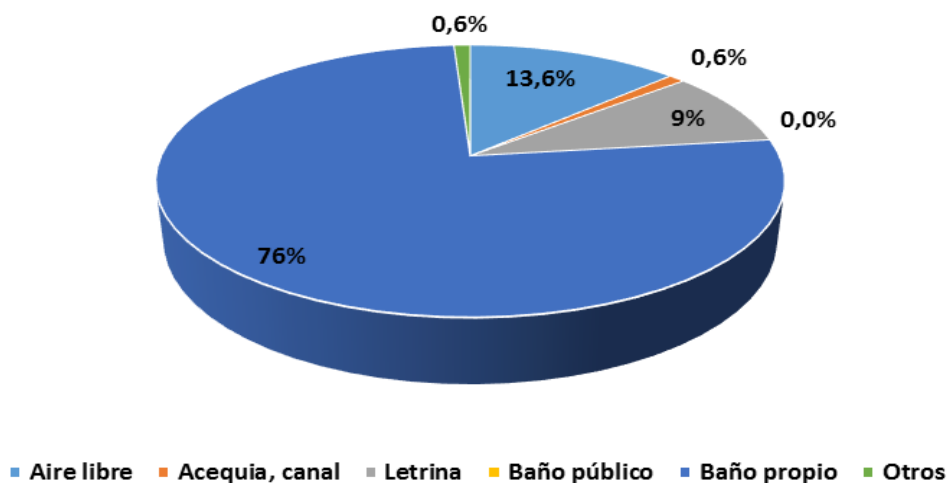
**GRAFICO: ABASTECIMIENTO DE AGUA**



■ Acequia ■ Cisterna ■ Pozo ■ Red pública ■ Conexión domiciliaria

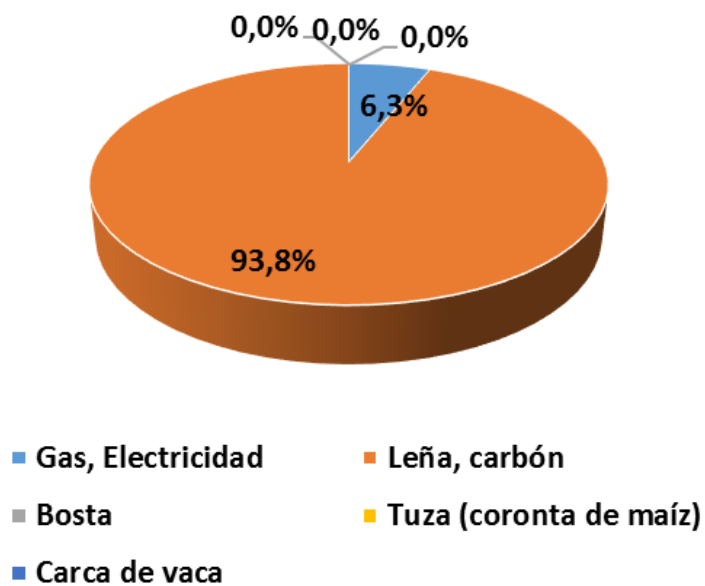
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS**

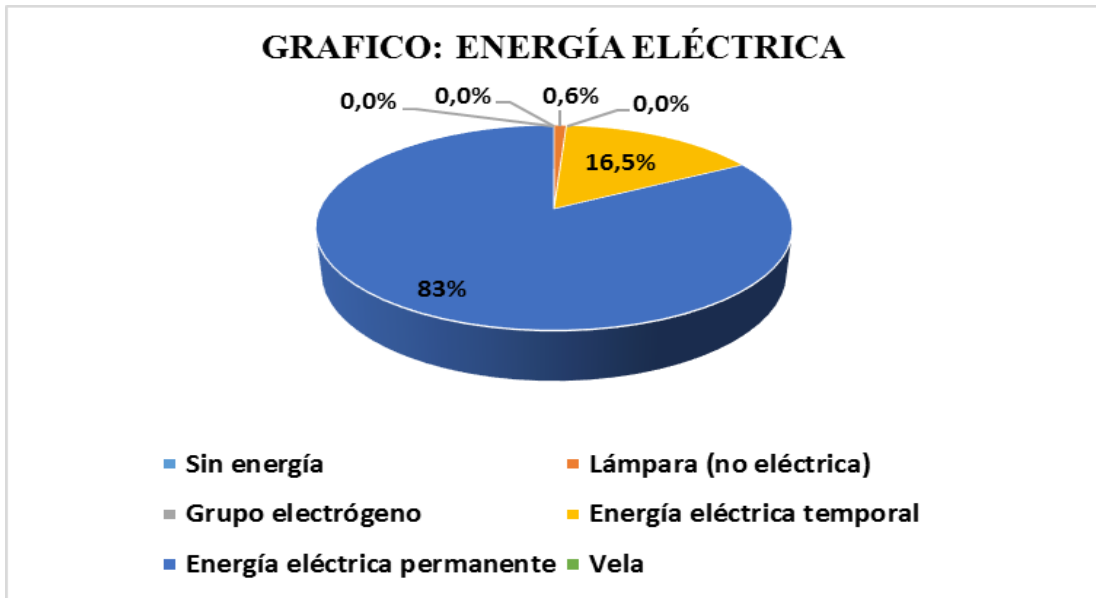


**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

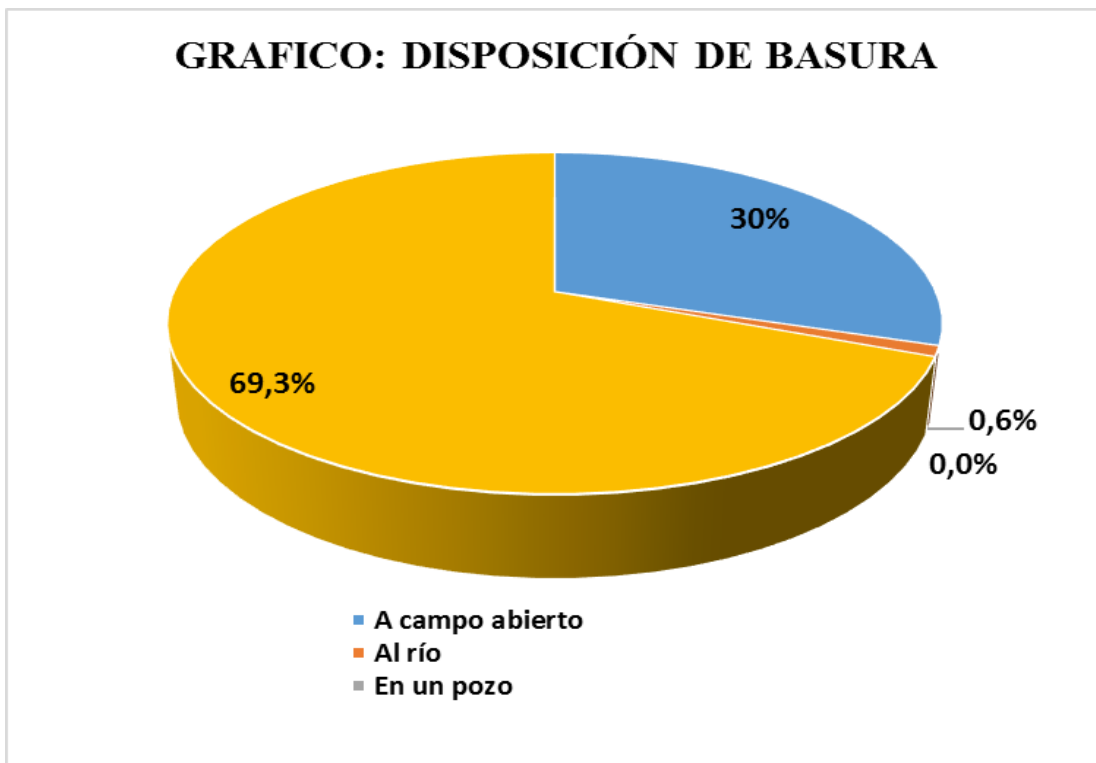
**GRAFICO: COMBUSTIBLE PARA COCINAR**



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

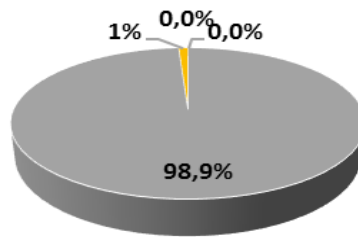


**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

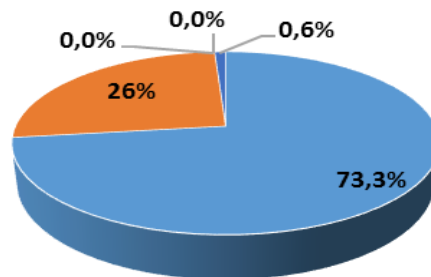
**GRAFICO: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA**



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

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES:**



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

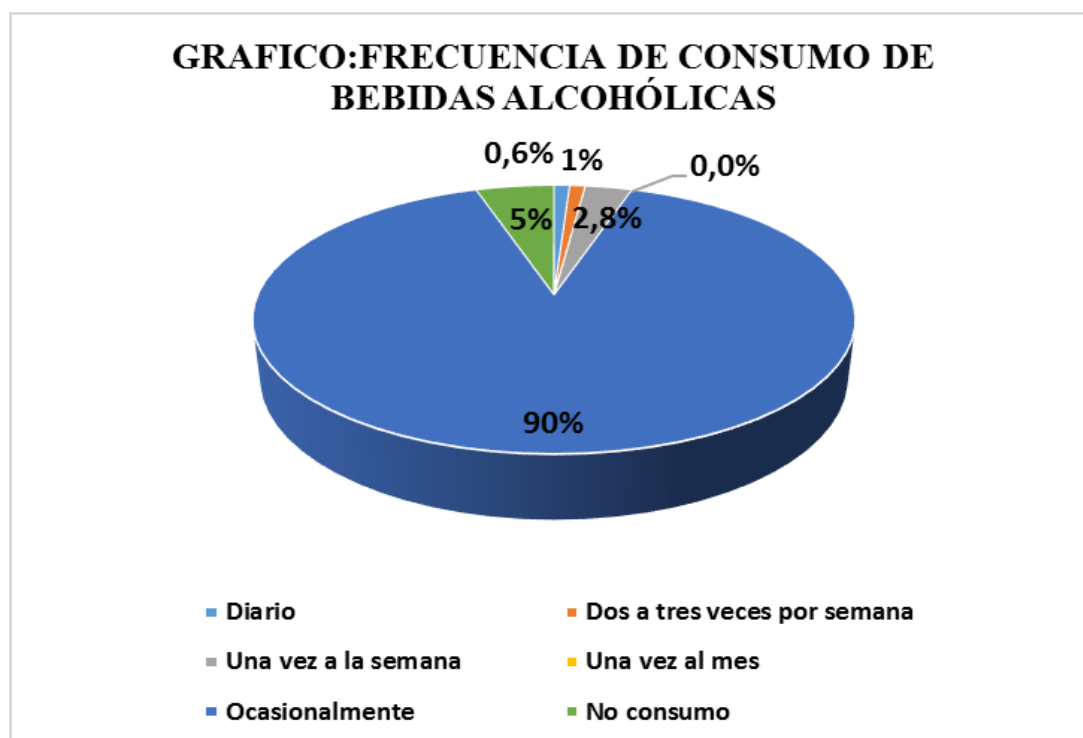
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

### GRAFICO N° 3

#### *DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA – SECTOR A1 CARHUAZ ÁNCAS, 2015.*



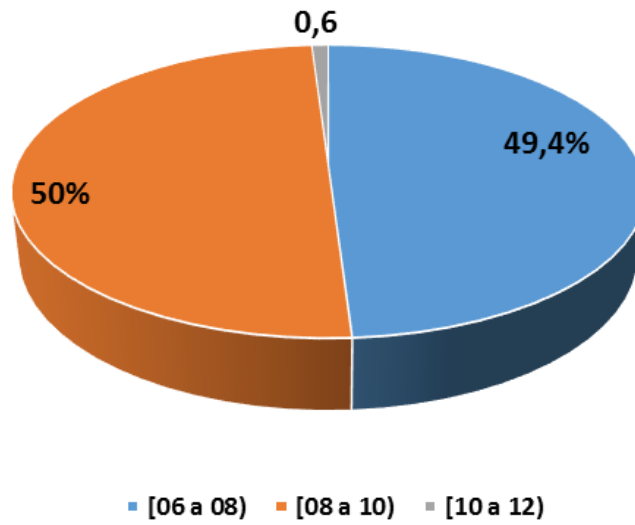
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

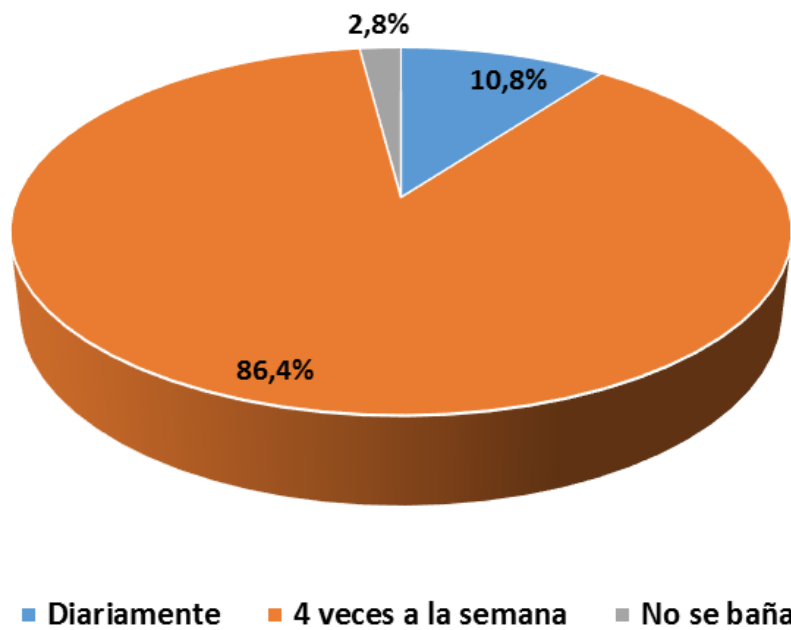


**GRAFICO: N° DE HORAS QUE DUERME**



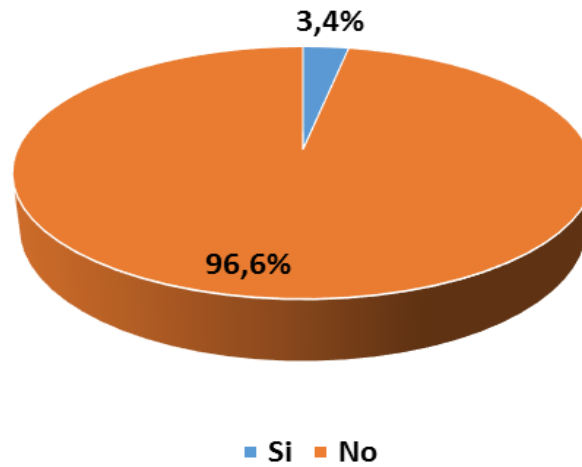
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA**



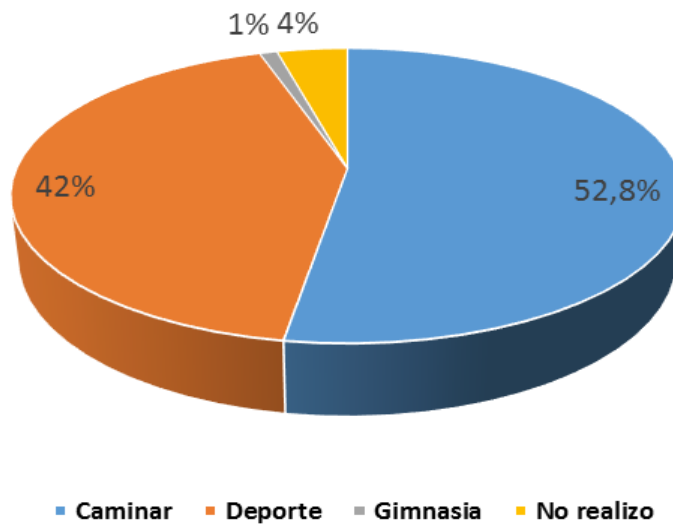
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



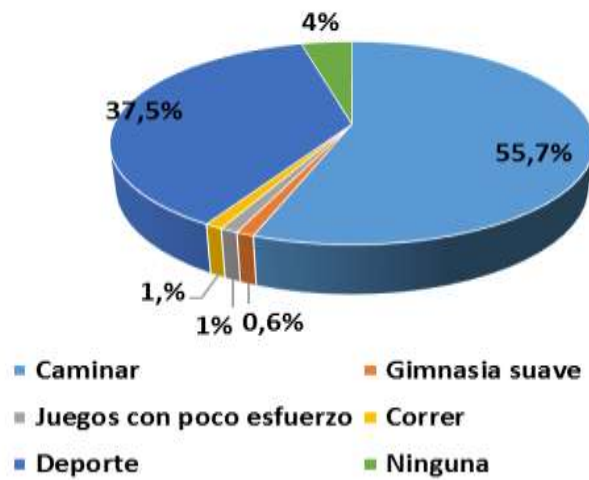
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE**



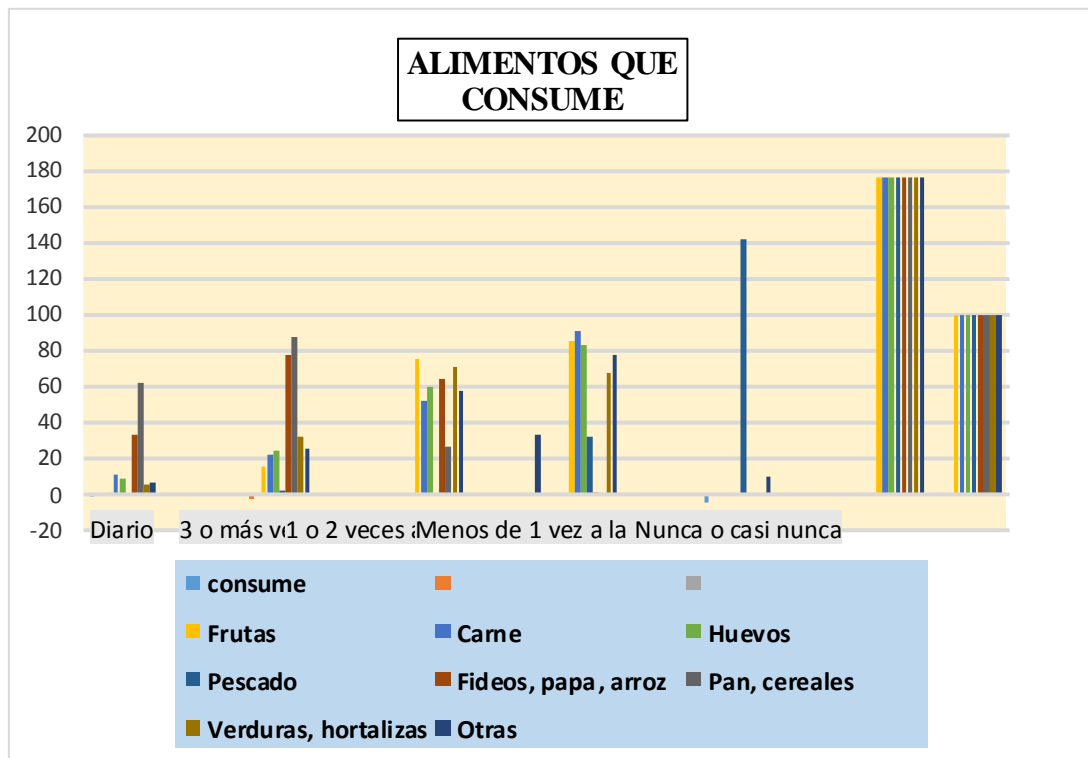
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICA: EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS**



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A1.**



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO N° 4, 5, 6.**

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA – SECTOR A 1 CARHUAZ ÁNCASH, 2015.**

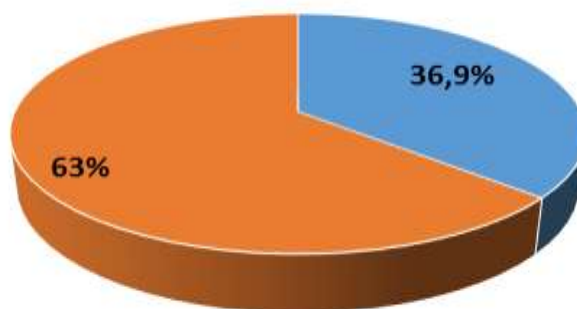


**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

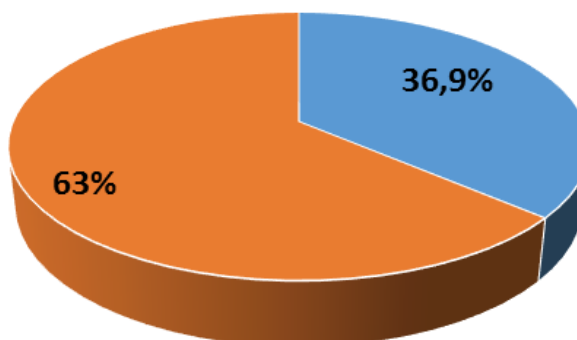
**GRAFICO: RECIBE APOYO DE ALGUNAS DE ESTAS ORGANIZACIONES**



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

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

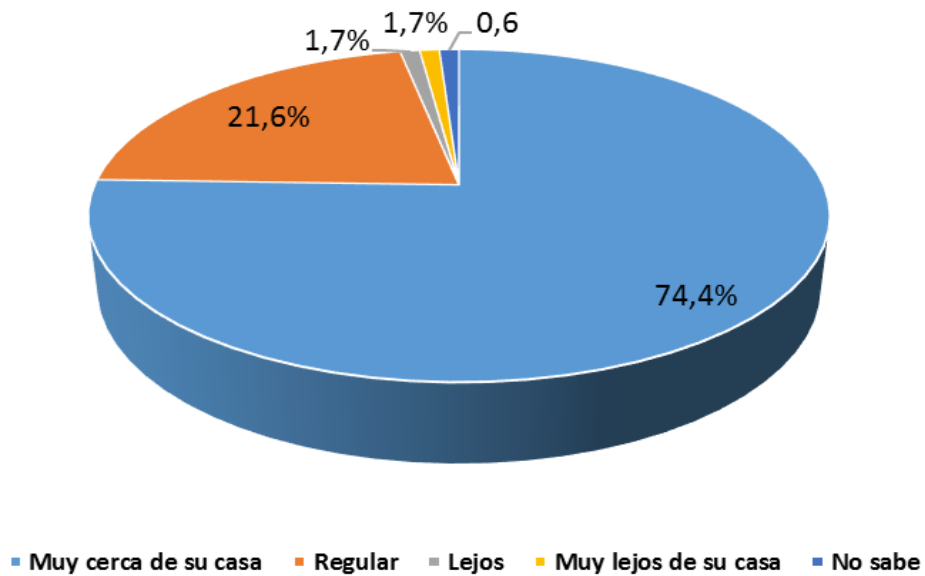
**GRAFICO: RECIBE APOYO DE ALGUNAS DE ESTAS ORGANIZACIONES**



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

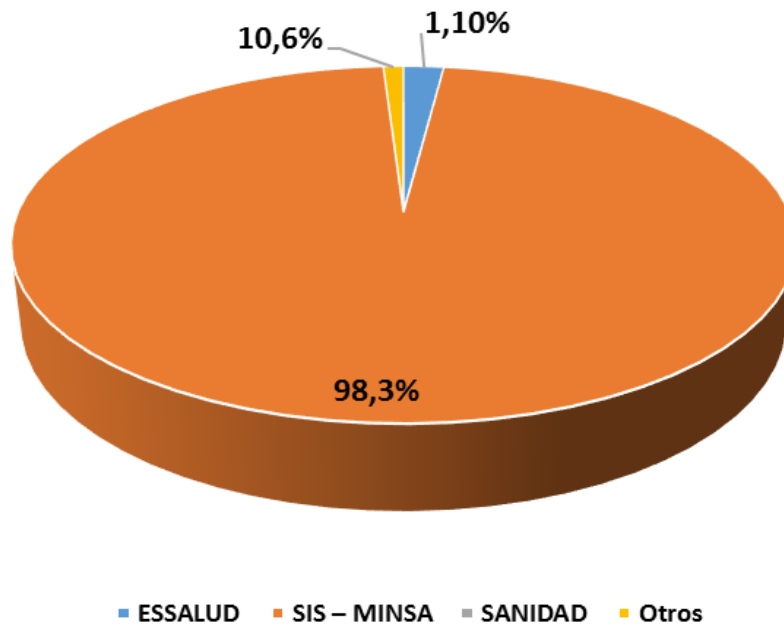
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO:CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTÁ:**



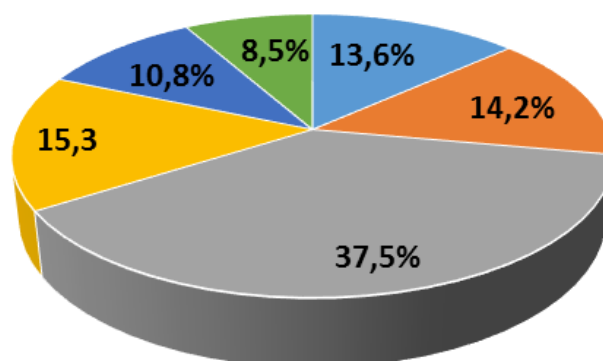
**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO:TIPO DE SEGURO**



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

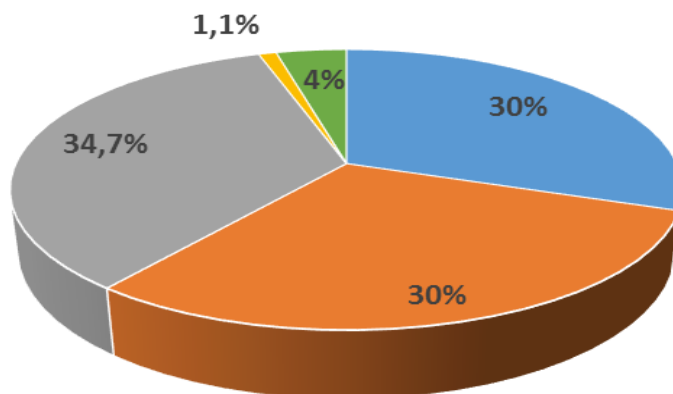
**GRAFICO: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ?**



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

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

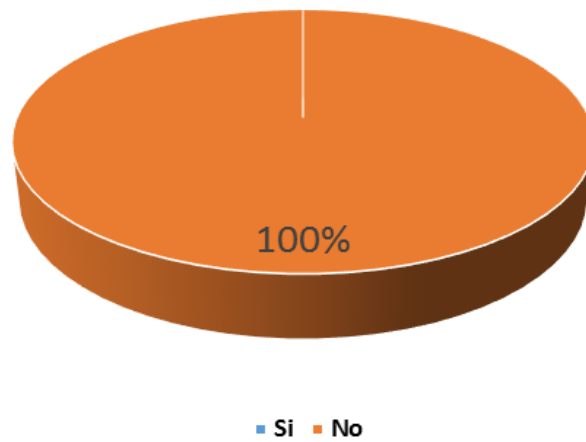
**GRAFICO: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE:**



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

**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.

**GRAFICO: PANDILLAJE O DELINCUENCIA  
CERCA DE SU CASA:**



**FUENTE:** Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A1 – Carhuaz, Ancash, 2015.