



**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 A2 – CARHUAZ, 2016.**

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

AUTOR:

Bach. Enf. ENVER JAIME CALDERON HUERTA

ASESORA:

Mgtr. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ
PRESIDENTE

Mgtr. FRANK RONALD ALCÁNTARA BLAZ
SECRETARIO

Mgtr. RUTH LYDA LUGO VILLAFANA
MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los docentes y en especial a mi asesora de tesis, a quienes considero mis más apreciables maestros. Cada uno, desde su área de estudio, ha contribuido de manera determinante tanto en la elaboración de esta investigación como en mi formación profesional.

Agradezco profundamente a Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, cada día en el transcurso de mi camino, iluminándome en todo lo que realizo en mi vida diaria y a mi casa superior de estudios la universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

DEDICATORIA

A mi hijo Fabricio Calderón y pareja Roció Castillo, por darme fuerzas día a día para seguir adelante, a pesar de las adversidades y las dificultades, por motivarme y lograr mis metas y objetivos.

A mis Padres: Dora Huerta y Jaime Calderón, y apreciada abuela Teodora Parra, por ser las personas más especiales conmigo, por alentarme, orientarme, guiarme, ayudarme, siempre a seguir logrando mis metas, aconsejarme y brindarme su apoyo incondicional. Por todo esto, mi infinito agradecimiento.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de la salud de los Adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz. La muestra estuvo conformada por 149 adultos, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos se hizo con el paquete SPSS/20,0. Llegando a las siguientes conclusiones. Menos de la mitad tiene secundaria completa/incompleta; más de la mitad son de sexo masculino, adulto maduro, con ingreso económico menor de S/750.00 y trabajo eventual; menos de la mitad tienen vivienda unifamiliar; más de la mitad tienen paredes de adobe; la mayoría duermen 2 a 3 personas/habitación, entierran y queman la basura, eliminan la basura en carro recolector, tienen casa propia y cocinan con leña carbón; casi todos tienen baño propio; todos tienen piso de tierra, techo de eternit, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual, duermen de 8 a 10 horas, caminan como actividades físicas; la mayoría consumen fideos, arroz, papa a diario, pescado nunca casi nunca, higiene 4 veces/semana; todos no realizan exámenes médicos periódicos, menos de la mitad consideran que el lugar de atención, tiempo de espera y calidad de atención fue regular; todos cuentan con seguro (SIS – MINSA), finalmente refieren que no hay presencia de pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Palabras claves: Adultos, Determinantes de Salud.

ABSTRACT

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de la salud de los adultos de Acopampa Sector A2 - Carhuaz. La muestra estuvo conformada por 149 adultos, para la recolección de datos se utilizó como un cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos se hizo con el paquete SPSS / 20,0. Llegando a las próximas conclusiones. Menos de la mitad tiene secundaria completa / incompleta; más de la mitad hijo de sexo masculino, adulto maduro, con ingreso económico menor de S / 750.00 y trabajo eventual; menos de la mitad tienen vivienda unifamiliar; más de la mitad tienen paredes de adobe; la mayoría duermen 2 a 3 personas / habitación, entierran y queman la basura, eliminan la basura en carro recolector, tienen casa propia y cocinan con leña carbón; casi todos tienen baño propio; todos tienen piso de tierra, techo de eternidad, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual, duermen de 8 a 10 horas, caminan como actividades físicas; la mayoría consumen fideos, arroz, papa a diario, pescado nunca casi nunca, higiene 4 veces/semana; todos menos exámenes médicos, menos atención que el tiempo de espera y calidad de atención; Todos cuentan con seguro (SIS - MINSA), finalmente tienen que no hay presencia de pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Keywords: Adults, Determinants of Health.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Bases Teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	18
3.2 Diseño de investigación.....	18
3.3 Población y Muestra.....	18
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	18
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	28
3.6 Procesamiento y Análisis de dato.....	30
3.7 Consideraciones éticas.....	31
IV. RESULTADOS.....	32
4.1 Resultados.....	32
4.2 Análisis de Resultados.....	40
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
5.1 Conclusiones.....	75
5.2 Recomendaciones.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ, 2016.....	32
TABLA 2	
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ, 2016.....	33
TABLA 3	
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ, 2016.....	36
TABLA 4, 5, 6	
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2– CARHUAZ, 2016.....	38

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos de Adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, 2016. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

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

La organización mundial de la salud (OMS) define a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (1).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (2).

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (3).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto

estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual, por lo que, en definitiva, la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

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

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

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

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera

que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (7).

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

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

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

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

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

económicamente, demográficamente o geográficamente” (10).

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

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

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

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

modificado (13).

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

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud, las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (13).

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (14).

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

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

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

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

Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento, factores medio ambientales como la contaminación del aire, en la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad 92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana) (17).

El ministerio de salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía

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

Esta realidad no es ajena a los adultos de Acopampa sector A2 – Carhuaz, 2016, que se encuentra ubicado a una altitud de 2691 msnm en la margen derecha de la carretera Huaraz – Caraz, a 5 minutos de Marcará y 10 minutos de Carhuaz. Forma parte del corredor económico Huaylas. 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, perteneciente al centro de Salud del distrito de Acopampa, ubicado en el Jr. Manuel Torres s/n (20).

Cuenta con una población de 244 habitantes de los cuales 149 son personas adultas de ambos sexos, cuenta con los servicios básicos como; energía eléctrica, sistema de agua potable y desagüe, como actividad económica principal las extractivas para consumo humano, así como también se dedican a la producción de ladrillos, tejas, la agricultura y ganadería, seguida de las de transformación y servicios. Tiene como vestimenta típica sombrero, pollera, lliclla (manta), llanque (sandalla de jebe) el hombre utiliza sombrero, camisa, pantalón, zapato (20).

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 A2- Carhuaz, 2016?

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

Identificar los determinantes de la salud de los adultos de Acopampa Sector A2 – 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 A2 – 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 A2 – 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 A2 – 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 requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios, las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los

Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos de Acopampa Sector A2 – 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 A2 – Carhuaz; 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:

Gonçalves, M. y col, (14), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Conçalves, (14), destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

Tovar, C. y García, C. (21), en su investigación titulado “La Percepción del Estado de Salud: una Mirada a las Regiones Desde la Encuesta de Calidad de Vida, 2003”, donde concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida

del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez, Q. (22), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo - Amazonas”. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable.

Valverde, L. (23), en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los adultos del Sector “A” Huaraz – 2013”. Tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector “A”; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 34% tienen secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 99% tiene baño propio, el 50% dispone su basura a campo abierto, el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente, el 84% cuenta con el SIS.

A nivel local:

Melgarejo, E. y col. (24), en su investigación titulada: “Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008”. Concluye que en el contexto de la participación

comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Marc Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (25).

En 1974, Marc Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (26).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead:

producción de inequidades en salud, explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades, las personas se encuentran en el centro del diagrama, a nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud, la siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida, las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (26).

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

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

El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida, de manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (26).

MODELO SOCIOECONÓMICO DE LA SALUD



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

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

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

a). Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se

entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios.

b). Determinantes intermediarios.

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

c). Determinantes proximales.

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

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años, esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos, quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar, por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (25).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo, de este modo, los ámbitos derivados del enfoque de determinantes de la salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (27).

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

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

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

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud, además de ello la Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

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

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del

entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público, la salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (27).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo. Es la recopilación y análisis de datos numéricos que se obtiene de la construcción de instrumentos de medición para la prueba de hipótesis (28, 29).

3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla. Hace referencia al utilizar solo un grupo con el objetivo de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio sirve para resolver problemas de identificación, (30, 31).

3.3. Población y Muestra

Población: Está conformado por 244 adultos que viven en Acopampa Sector A2 – 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 149 adultos de ambos sexos que residen en Acopampa Sector A2 – Carhuaz (Anexo N° 01)

Unidad de análisis

Los adultos que residen en Acopampa Sector A2 – Carhuaz, que forman parte de la muestra y responde a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que viven más de 3 a años en Acopampa Sector A2 – 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

3.4. Definición y Operacionalización de variables

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 (32).

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 (33).

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 (34).

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 (35).

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 (36, 37).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

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 (38).

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 4 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

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (39).

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 (40).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (41).

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) (42).

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 1

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

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

- ✓ Determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo). Relacionados con el entorno físico de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz: (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz: (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo 2)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

$$V = \frac{X - l}{K}$$

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 (43).

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 (44). (Ver anexo 3)

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

- ✓ Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del dicho sector, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- ✓ Se coordinó con los adultos con disponibilidad y el tiempo para la fecha de

la aplicación del instrumento.

- ✓ Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto
- ✓ Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto.
- ✓ El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20.0 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

3.7. Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (45).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos de Acopampa Sector A2 – 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 A2 – Carhuaz, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos de Acopampa Sector A2 – 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 A2 – Carhuaz, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 06).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados:

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ ANCASH, 2016.

Sexo	N	%
Masculino	76	51,0
Femenino	73	49,0
Total	149	100,00
Edad (años)	N	%
Adulto Joven	39	26,0
Adulto Maduro	88	59,0
Adulto Mayor	22	15,0
Total	149	100,00
Grado de instrucción del adulto	N	%
Sin nivel instrucción	11	7,00
Inicial/Primaria	49	33,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	50	34,0
Superior Universitaria	20	13,0
Superior no Universitaria	19	13,0
Total	149	100,00
Ingreso económico familiar	N	%
Menor de S/. 750.00	93	62,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	50	34,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	6	4,00
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,00
De S/. 1801.00 a más	0	0,00
Total	149	100,00
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	42	28,0
Eventual	89	60,0
Sin ocupación	18	12,0
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	149	100,00

FUENTE: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por Dra. A. Vilchez, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash Enero, 2016.

Continúa...

TABLA 2

***DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA
SECTOR A2 – CARHUAZ ANCASH, 2016.***

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	70	47,0
Vivienda multifamiliar	68	46,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	11	7,00
Local no destinado para habitación humana	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	149	100,00
Tenencia	N	%
Alquiler	12	8,00
Cuidador/alojado	0	0,00
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00
Alquiler venta	0	0,00
Propia	137	92,0
Total	149	100,00
Material del piso	N	%
Tierra	149	100
Entablado	0	0,00
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	0	0,00
Láminas asfálticas	0	0,00
Parquet	0	0,00
Total	149	100,00
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0,00
Adobe	0	0,00
Estera y adobe	0	0,00
Material noble, ladrillo y cemento	0	0,00
Eternit	149	100
Total	149	100,00
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,00
Adobe	101	68,0
Estera y adobe	0	0,00
Material noble ladrillo y cemento	48	32,0
Total	149	100,00
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	3	2,00
2 a 3 miembros	118	79,0

Independiente	28	19,0
Total	149	100,00
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,00
Cisterna	0	0,00
Pozo	0	0,00
Red pública	0	0,00
Conexión domiciliaria	149	100
Total	149	100,00
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,00
Acequia, canal	0	0,00
Letrina	4	3,00
Baño público	0	0,00
Baño propio	145	97,0
Otros	0	0,00
Total	149	100,00
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	11	7,00
Leña, carbón	138	93,0
Bosta	0	0,00
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00
Carca de vaca	0	0,00
Total	149	100,00
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	0	0,00
Energía eléctrica permanente	149	100
Vela	0	0,00
Total	149	100,00
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	30	20,0
Al río	0	0,00
En un pozo	0	0,00
Se entierra, quema, carro recolector	119	80,0
Total	149	100,00
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	0	0,00
Todas las semanas, pero no diariamente	0	0,00
Al menos 2 veces por semana	149	100
Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas	0	0,00
Total	149	100,00
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes	N	%

lugares:		
Carro recolector	119	80,0
Montículo o campo limpio	30	20,0
Contenedor específico de recogida	0	0,00
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	149	100,00

FUENTE: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por Dra. A. Vilchez, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash Enero, 2016.

TABLA 3

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA
SECTOR A2 – CARHUAZ ANCASH, 2016.**

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,00
Si fumo, pero no diariamente	5	3,00
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	69	46,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	75	50,0
Total	149	100,00
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,00
Dos a tres veces por semana	0	0,00
Una vez a la semana	1	1,00
Una vez al mes	0	0,00
Ocasionalmente	103	69,0
No consumo	45	30,0
Total	149	100,00
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	65	44,0
[08 a 10)	84	56,0
[10 a 12)	0	0,00
Total	149	100,00
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	18	12,0
4 veces a la semana	113	76,0
No se baña	18	12,0
Total	149	100,00
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	0	0,00
No	149	100
Total	149	100,00
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	96	64,0
Deporte	53	36,0
Gimnasia	0	0,00
No realizo	0	0,00
Total	149	100,00
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	97	65,00
Gimnasia suave	0	0,00

Continúa...

Juegos con poco esfuerzo	0	0,00
Correr	0	0,00
Deporte	52	35,0
Ninguna	0	0,00
Total	149	100,00

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	0	0	39	26	74	50	36	24	0	0	149	100,00
Carne	10	7	52	35	69	46	18	12	0	0	149	100,00
Huevos	0	0	32	22	50	34	67	45	0	0	149	100,00
Pescado	0	0	0	0	0	0	22	15	127	85	149	100,00
Fideos	111	74	38	26	0	0	0	0	0	0	149	100,00
Pan, cereales	43	29	49	33	47	32	10	7	0	0	149	100,00
Verduras y hortalizas	0	0	0	0	85	57	64	43	0	0	149	100,00
Otros	0	0	0	0	27	18	102	69	20	13	149	100,00

FUENTE: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por Dra. A. Vilchez, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash Enero. 2016.

TABLA 4, 5, 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ ANCASH, 2016.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	21	14,0
Amigos	0	0,00
Vecinos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibo	128	86,0
Total	149	100,00
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
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	21	14,0
No recibo	128	86,0
Total	149	100,00
Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones	N	%
Pensión 65	21	14,00
Comedor popular	128	86,0
Vaso de leche	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	149	100,00
Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	37	25,0
Centro de salud	59	40,0
Puesto de salud	0	0,00
Clínicas particulares	0	0,00
Otras	53	36,0
Total	149	100,00
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron	N	%

está:		
Muy cerca de su casa	18	12,0
Regular	53	36,0
Lejos	47	31,0
Muy lejos de su casa	19	13,0
No sabe	12	8,0
Total	149	100,00
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,00
SIS - MINSA	149	100
SANIDAD	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	149	100,00
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	0	0,00
Largo	33	22,0
Regular	65	44,0
Corto	35	23,0
Muy corto	0	0,00
No sabe	16	11,0
Total	149	100,00
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	0	0,00
Buena	50	33,0
Regular	65	44,0
Mala	0	0,00
Muy mala	0	0,00
No sabe	34	23,0
Total	149	100,00
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	0	0,00
No	149	100
Total	149	100,00

FUENTE: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por Dra. A. Vilchez, Aplicada a personas adultas de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash Enero, 2016.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA 1

En cuanto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz Ancash, 2016, el 51% (76) son de sexo femenino, 59,1% (88) comprenden una edad entre 20 a 40 años, 33,6% (50) tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 62,4% (93) realizan trabajos eventuales y el 59,7% (89) tienen un ingreso menor a 750 nuevos soles mensuales.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Shuan, E. (46), “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. (47), “Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos. Podemos Observar que en los Adolescentes del Asentamiento Humano Señor de los Milagros – Piura, 2013”. El 50,3% de ellos son de sexo femenino, 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 encontrado por Soria, C. (48), “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, 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. (49), “determinantes de salud en la persona adulta de la asociación el Morro II de Tacna 2013”. Se evidencia 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. (50), “Determinantes de la salud biosocioeconomicos de las personas adultas del asentamiento humano primavera baja. Chimbote, 2013”. El 52,3% de la población encuestada son del sexo femenino, 50% son adultos jóvenes, el 60,9% tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 55,7% tienen ingreso económico menor de 750 nuevos soles, a ello se suma que el 53% tienen trabajo u ocupación eventual.

Así mismo difieren con el estudio realizado por Salas, M. (51), En su investigación titulada “Determinantes de salud del adulto mayor del asentamiento humano. Esperanza Baja 2013”. Se muestra que la distribución porcentual de los determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adultos mayores se puede observar que el mayor porcentaje de los entrevistados es el 52% de los adultos mayores que participaron prevalece el sexo masculino; en la edad el 100% son adultos mayores, el 75% 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.

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.¹ 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 (52).

Sexo carácter que se le inserta a las especificaciones de un espécimen, estas son las que conocemos como “femenino y masculino” o “macho y hembra”, El sexo representa también una taza poblacional importante, ya que separa a las especies

humanas en dos, definiendo para cada tareas y ejercicios propias a cada uno. 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 (53).

Sexo está relacionado a una serie de variantes que conducen a idea en general, la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza. En biología: es el proceso mediante el cual los humanos y cualquier especie se aparean conduciendo a la reproducción de especie. Todo este proceso en el que se fecunda un ovulo y este se desarrolla en un vientre materno hasta nacer, se le llama sexo, en los humanos, el acto del sexo es más complejo, ya que no comprende el simple hecho de la reproducción, ya que es una de las pocas especies que practica el sexo por placer (54).

Edad tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo, una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad, algunas expresiones que contienen el término edad son edad del pavo (pubertad) y edad provecta (tercera edad) (55).

Edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo, cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar, al referirnos a los humanos, la edad media del hombre es mayor o menor dependiendo del nivel de desarrollo de una nación, en un país avanzado como Japón, le edad media se acerca a los 85 años, en cambio, los individuos que habitan en países menos desarrollados, la edad media puede ser inferior a los 60 años (56).

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 (57).

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 (58).

El Grado de instrucción es una forma de enseñanza, que consiste en la impartición de conocimientos o datos a una entidad dada, ya sea una persona, un animal o un dispositivo tecnológico. La instrucción puede brindarse en un marco de aprendizaje y de educación, o bien, con un propósito meramente funcional u operativo (59).

Grado de instrucción corresponde con un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada. En cualquier caso, para que existe instrucción deben existir dos partes, de las cuales una será la instructora (60).

Grado de instrucción también existe el término “dar instrucciones”, el cual hace referencia a la idea de impartir comandos u órdenes a seguir en pos de atravesar un proceso. Por ejemplo, las instrucciones son muy comúnmente utilizadas en la instalación de dispositivos tecnológicos, y por eso estos dispositivos suelen venir acompañados con manuales o instructivos para facilitar la tarea al usuario (61).

Aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y

que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras, tal es el caso de por ejemplo una “changa”, el ingreso que se obtiene por un emprendimiento independiente que alguno de los integrantes de la familia lleva a cabo, o aquella suma de dinero que se percibe mensualmente en concepto de renta de alguna propiedad que se posee (62).

Ingreso económico y ni hablar de lo trascendente que resulta ser conocer el ingreso familiar de los distintos segmentos de la población para las empresas que producen bienes y servicios, porque justamente a través de este valor sabrán a quienes puntualmente ofrecer sus productos. Es decir, conocer este valor de antemano permite a las empresas que producen un determinado servicio desarrollar una campaña promocional dirigida directamente al público que podrá adquirirlo sin problemas porque cuenta con ese ingreso para hacerlo (63).

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 (64).

Ingreso económico, pero no solo aquí y a la hora de las estadísticas importa, también resulta ser de gran importancia a instancias de los préstamos, dado que cuando una empresa o una entidad financiera deben responder la solicitud de préstamo de dinero que le realiza alguien estudiará antes justamente el nivel de ingresos familiar para decidir otorgárselo o no (65).

Ocupación la ocupación es, en el derecho civil, un modo de adquirir la propiedad de las cosas que carecen de dueño, y consiste en su aprehensión material unida al ánimo de adquirir el dominio es decir pasan a ser de otro por el solo hecho de ocuparla, ocupación de cosas animadas, esto es, la pesca y la caza, ocupación de cosas inanimadas, que recibe distintos nombres como invención o hallazgo (66).

Ocupación también, el término ocupación suele usarse cuando se quiere dar cuenta de una responsabilidad o preocupación. Por ejemplo, cuando mis ocupaciones

me lo permitan, estaré yendo a visitar a mi familia que reside en el norte del país por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimientos especializados adquiridos siempre a través de educación formal (67).

Ocupación y el último de los usos que registra el término es como sinónimos de empleo (trabajo asalariado al servicio de un empleador), vocación (deseo de desempeñar una profesión o actividad, aunque todavía no se han adquirido los conocimientos y aptitudes necesarias para desempeñar la misma) y profesión (acción o función que se despliega en un ámbito, empresa y organización) (68).

La población de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, 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 observó que en muchos casos son los hombres quienes no permiten que sus esposas colaboren con las encuestas, esto se puede explicar desde un punto teórico como lo analizado desde el punto de vista de algunas 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 (69).

Al comparar con los censos nacionales del año 2007 y de 1993, el 50,3% de la población peruana era femenina y el 49,7% era masculino. Esto se habría mantenido hasta el 2009. De allí que se hiciera popular aquella frase machista de que había siete mujeres por cada hombre, los tiempos han cambiado y en el presente año la proporción entre hombres y mujeres se ha invertido en el Perú. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), ahora hay 76 mil hombres más que mujeres. “Al 11 de julio del 2010, la población peruana estimada es de 29 millones

472 mil habitantes, de los cuales 14 millones 774 mil son varones y 14 millones 698 mil son mujeres”, precisó la entidad, según informó el diario “Gestión”. Según el INEI, los motivos serían que el 52% de los migrantes peruanos son mujeres, que la mayor mortalidad infantil es de población femenina y en consecuencia la mayor esperanza de vida la tiene el varón (70).

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 busca de nuevas oportunidades y mejores formas de vida, de alguna forma han permitido el desarrollo personal, profesional y la sobrevivencia de muchos de ellos .

La gran mayoría tiene secundaria completa/incompleta esto se explica por la falta de economía que fue uno de los principales motivos para dejar de estudiar, la segunda causa para abandonar sus estudios fue 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.

El ingreso económico que perciben es menor a 750 nuevos soles, se debe a que la gran mayoría no cuenta con un trabajo estable y seguro, es por ello que sus ingresos económicos llegan solo a un sueldo mínimo vital básico, debido a que los habitantes solo llegaron a un grado de instrucción de nivel secundaria completa e incompleta, motivo por el cual no pueden acceder a buenos puestos de trabajo teniendo solo trabajos eventuales, quedándoles como opción a muchos de ellos solo dedicarse a trabajos rústicos como la agricultura, ganadería, producción de ladrillos y construcción civil.

De lo expuesto se puede concluir que de los determinantes biosocioeconómicos de los adultos de Acopampa – Sector A2, Carhuaz, en lo que respecta al ingreso económico es bajo entonces se puede decir que la población de estudio es vulnerable,

para poder adquirir algún tipo de enfermedad, sea de índole físico o emocional pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en el estilo de vida y salud de las personas.

TABLA 2

En cuanto a los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash, 2016”. El 47 % (70) tienen viviendas unifamiliar, 91,3% (136) tienen casa propia, 100% (149) piso tierra, 100% (149) techo de eternit, 67,8% (101) pared de adobe, 79,2% (118) comparten 2 a 3 miembros el dormitorio, 100% (149) tiene agua de conexión domiciliaria, 97,3% (145) tienen baño propio, 138% (92,6) leña carbón 100% (149) tienen energía eléctrica permanente, 119% (79,9) Se entierra, quema, carro recolector y el 100% (149) refieren que el carro recolector pasan al menos 2 veces por semana, finalmente el 79,9% (119) suelen eliminar la basura al carro recolector.

Los resultados de la siguiente investigación se asemejan a los estudios obtenidos por Palacios, J. (71), en su estudio “incorporación de los principios de sustentabilidad en la vivienda urbana de la región sureste del País México – 2012”. Quien reportó que el material predominante en paredes es el concreto mixto 73%, y en piso el ladrillo de cemento 63%, 76% de familias tenían casa con más de tres habitaciones, en cuanto al abastecimiento de agua contaban con agua por cañería de red un 39%, energía eléctrica 34% y servicio sanitario un 22%, 92% de familias cocinaban en fogón, a fuego abierto, un 93 % poseen servicio sanitario, 80% poseen energía eléctrica, 54% recolectan sus desechos sólidos.

Se asemejan al estudio obtenido por Alzate. E, Vélez M, López. Y. (72), “Estrategia de vivienda saludable: copacabana, antioquia (Colombia) – 2011”. Se encontró que el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia, el 25,0% son arrendadas, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. EL material del piso es de tierra 100,00%, el 100,00% cuenta con techo de Eternit. El 93,1% de viviendas tiene cobertura de energía. El 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,6% en el total de

las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,6%, el 11,7% quema, el 11,7% bota al campo abierto.

Así mismo, se asemeja con el resultado encontrado por Romero. M, (73), en su estudio titulada “Análisis de la Inversión en el Sector de la Vivienda Popular en el Salvador - San Salvador, Setiembre de 2010”. Quien reportó que las viviendas son unifamiliares, 93% de familias poseen vivienda propia, el material predominante es el piso de tierra, 66% con paredes de adobe, 55% techos de madera con cubiertas de hojas de eternit o zinc y teja, cuentan con 2 o 3 habitaciones en una casa 50%, 60,8% se abastecen de agua mediante red pública, 45,1% servicios higiénicos en red pública dentro de la vivienda, 80% tienen energía eléctrica.

Un estudio que difieren es el realizado por Barrios, A. (74), “Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay – 2003”. Donde concluye que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas (dormitorios). En cuanto al material del techo el 90% es de eternit, paredes el 65% es de material noble, ladrillo y cemento, el 49 % cuenta con piso de tierra. El servicio de energía eléctrica, llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua. Un 65 % de la población, tiene baño propio. En lo que respecta a las cocinas más del 50% tiene cocina a gas. El 72% de los pobladores queman sus desperdicios, el 24% entierran, y el 4% los utilizan para abono.

Otro estudio que difiere es el de Zeballos C. (75), “Saneamiento básico en la población de Maynas - Loreto 2012”. Resultando de acuerdo a datos censales, entre 2001 a 2012 aumentó el número de viviendas sin instalación de agua potable dentro de la vivienda, también aumentó significativamente los hogares que se abastecen de agua a través de pozos (de 8166 en 2001 a 18.725 en 2012), el 50% de las viviendas de la provincia de Maynas mantiene el privilegio de disponer instalaciones domiciliarias de agua y desagüe.

Así mismo un estudio que difiere es el realizado por Uchazara, M. (76), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos Tacna, 2013”. Encontró que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, el 95% tenencia propia, el 53,2% presenta el material del piso de tierra, 54,8% presentan material de las paredes de adobe pero difiere en que el 71,8 % material del techo de estera y adobe; el 100 % presenta de 2 a 3 miembros en

una habitación, 58,9% utiliza pozo para el abastecimiento de agua, el 54% presentan desagüe por medio de letrina, el 48,5 % utiliza como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), el 65,5 % elimina la basura a campo abierto.

Así mismo difieren con el estudio realizado por Garay, N. (77), En su investigación titulada “Determinantes De la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el morro II. Tacna, 2013”. Encontramos que el 70.3% de la población encuestada tiene vivienda unifamiliar, el 89,4 % cuenta con casa propia. En lo que respecta al material del piso el 66.9% cuenta con piso sin vinílico, en relación al material del techo el 64.8% es de material noble, ladrillo y cemento, el 96.2% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, y el 72.9% de la población duerme con 2 a 3 miembros en una habitación. Con respecto al abastecimiento de agua el 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 98.3% cuenta con gas para cocinar.

La vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas, es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas, urbanísticamente genera áreas de baja densidad, con bajo impacto ambiental y de infraestructuras de servicios, además de tráfico vehicular poco significativo (78).

Una vivienda unifamiliar aquel edificio habitado por una única familia que no está en contacto físico con otras edificaciones, normalmente están rodeadas por todos sus lados por un terreno perteneciente a la vivienda, en el que se suele instalar un jardín privado, en este aspecto hay variantes; así, la vivienda puede tener uno, varios o todos sus lados alineados con la vía pública, o calles públicas (79).

Se denomina vivienda unifamiliar al espacio con techo cerrado donde las personas habitan recibe el nombre en mención, 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, 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 (80).

Tenencia de vivienda dispone de una utilización extendida en nuestro idioma y se usa en diversos contextos para referir la posesión de algo, propiedad que se tiene sobre algo, Entonces su uso más general y amplio permite dar cuenta de la propiedad que se tiene sobre algo, es decir, la tenencia de un objeto o de un bien por lo que permite es su manipulación a placeré y por supuesto su control (81).

La tenencia de vivienda es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso, gracias a las habitaciones que ostenta en su interior, a las personas y todo lo que ellas traerán consigo como ser sus enseres y propiedades personales (82).

Una tenencia de vivienda es cuando mencionamos la propiedad de poder que se tiene sobre un refugio, además de ofrecer un espacio para descansar y resguardar nuestras más inmediatas pertenencias, sirve además para protegernos de las inclemencias del tiempo y de algún otro tipo de amenaza natural que puede afectar nuestra tranquila existencia en caso de tener que vivir a la intemperie y a la suerte (83).

Material del piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el "lugar que se pisa". También, en lenguaje coloquial, los diferentes niveles de un edificio son llamados pisos. Además, en España se denomina piso a las viviendas.¹ En ocasiones se utiliza, erróneamente, piso en vez de forjado, que es el elemento estructural horizontal de una planta (84).

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, etc (85).

El piso se halla ubicado en la parte inferior de la superficie en la que transitamos, que puede ser exterior, ejemplo: “el piso de la calle está mojado pues ha llovido mucho” o referirse al interior de una construcción. En una habitación, el piso puede

ser de cemento, estar embaldosado, alfombrado o estar revestido con parquet, cerámicos, etcétera (86).

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 (87).

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 (88).

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” (89).

La pared se le puede denominar también con el término de mural como soporte de un muro o pared. A pesar de algunas consideraciones más formales, el mural ha sido uno de los soportes más difundidos a lo largo de la historia del arte antiguo y contemporáneo, el ladrillo o la piedra los materiales de los cuales pueden estar hechos estos soportes para realizar grandes edificaciones (90).

El termino pared que ahora vamos a analizar hay que exponer, en primer lugar, que deriva del latín, emana concretamente de la palabra “paries”, que puede traducirse como “pared” “Entre los diferentes usos que tiene el término pared, el más habitual refiere a la construcción vertical que permite delimitar o cerrar un lugar, lo habitual es que cada ambiente de una casa o de otro tipo de establecimiento cuente con cuatro paredes, levantadas sobre el suelo y cubiertas por el techo (91).

La pared no es más que el resultado de un trabajo de albañilería, puede estar hecha de distintos materiales, como piedra, adobe, gavera, ladrillo, madera, yeso u otros, su altura y su extensión longitudinal siempre superan al espesor, es por eso que a todo esto se hace referencia a lo que llamamos material de una pared a las diversas construcciones que se realizan en las obras civiles (92).

El 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 (93).

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 (94).

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 (95).

El abastecimiento de agua del vocablo latino “aqua”, 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 (96).

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 (97).

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 (98).

Eliminación de excreta es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario; en cualquier tipo de clima (99).

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 (100).

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 (101).

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 (102).

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) (103).

Los combustibles en la mayoría de los casos, la mala ventilación y la combustión ineficiente de estos combustibles genera 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 (104).

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 (105).

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 (106).

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 (107).

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 (108).

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 (109).

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 (110).

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 (111).

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 (112).

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 (113).

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 (114).

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 (115).

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 (116).

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 (117).

Con respecto a los determinantes de la salud relacionados al entorno físico de las viviendas de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, se evidencia que la gran mayoría de la población tienen viviendas unifamiliares, debido a que muchos de ellos cuentan con terrenos extensos, donde cimentan sus casas, es por ese motivo que la gran mayoría pertenecen a familias conformados de padres e hijos (unifamiliar), y estos hijos al formar nuevas familias se independizan y asumen sus responsabilidades

conyugales.

En relación a la tenencia de la vivienda encontramos que la mayoría de las familias tienen casa propia, ya que muchas de ellos tienen terrenos extensos, los cuales fueron heredados por sus padres, lugar donde establecieron sus casas, donde actualmente siguen teniendo posesión.

Al observar el tipo de material con los que están construidos las viviendas todos tienen pisos hechos de tierra, más de la mitad tienen paredes de adobe y techos de eternit, esto es debido al factor económico ya que no tienen el dinero suficiente para construir una casa de mejor infraestructura como; de material noble y piso, cerámica etc.

Al observar la variable vemos que el número de personas que duermen en una habitación, encontramos que la mayoría son de 2 a 3 miembros, esto se debe al número de hijos que tienen los padres porque cuentan con 2 habitaciones por familias, esto es un factor de riesgo para su salud, la falta de espacio y privacidad en el hogar, tensiones entre sus miembros.

En lo que respecta al abastecimiento de agua, todos tienen conexión domiciliaria, esto se debe a que no hay desigualdad, ya que tienen los medios económicos, de esta forma todos los pobladores se abastecen de agua segura potable, también cuentan con baño propio esto es debido a que tienen desagüe, agua permanente para hacer uso del baño.

En la población de estudio se evidencia que el combustible para cocinar es de leña, carbón, bosta, coronta de maíz, el uso como combustible para cocinar y otras actividades ha venido siendo de una forma más económica y fácil de conseguir, es por ello que en la actualidad aquí y en muchos lugares de nuestro país lo siguen usando como combustible en diversas actividades.

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 al carro recolector pero hay otro grupo que elimina al campo, motivo por que no tienen tachos de basura en las calles y porque el carro recolector llega hasta un punto específico, por la

distancia, otros lo entierran, queman ya es esto lo echan en las chacras de cultivo y les sirve como humus.

TABLA 3

En los determinantes de los estilos de vida de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash, 2016, el 50,3% (75) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 69,1% (103) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 56,4% (84) suelen dormir un promedio de 8 A 10 horas diarios, 75% (113) refieren bañarse 4 veces a la semana, 100% (149) no realizan exámenes médicos periódicos, 64,4% (96) realizan actividad física el caminar y 65% (97) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 49,7% (74) refieren consumir frutas 1 o 2 veces a la semana, el 46,3% (69) carne de 1 a 2 veces a la semana, 45% (67) menos de una vez a la semana, 85,2% (127) nunca casi nunca, 74,5% (111) fideos diariamente, 32,9% (49) pan 3 o más veces a la semana y el 57% (85) verduras y hortalizas de 1 a 2 veces a la semana, finalmente el 68,5% (102) otro tipo de alimentos al menos 1 vez a la semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los estudios obtenidos por Díaz, C. (118), en su investigación Estilos de Vida y Satisfacción Laboral, en Relación al Consumo de Tabaco el 87.2% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; en relación al consumo de bebidas alcohólicas, el 58.7% de la población no consume bebidas alcohólicas; en relación al número de horas que duermen, el 50% de la población duerme entre seis horas hasta ocho horas.

Se asemejan al estudio obtenido por Salazar, F. (119), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P” – Huaraz – 2013”. En donde respecto a los determinantes de los estilos de vida de las personas adultas el 72% (123) No fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, el 69 (118) frecuencia que consume bebidas alcohólicas es ocasionalmente, el 88% (150) duermen de 06 a 08 horas diarias, el 69% (118) se bañan 4 veces a la semana, el 95% (9) no se realizan examen médico en un establecimiento de salud, el 85% (145) caminan como actividad física, y el 40% (68) caminan por más de 20 minutos.

En cuanto a los determinantes de los estilos de vida de los adultos se muestra el mayor porcentaje de alimentos que consumen los adultos, el 55% (94) consumen fruta a diario, el 37% (63) consumen carne de 3 o más veces a la semana, el 42% (71) consumen huevo 3 o más veces a la semana, el 44% (83) consumen pescado de 1 o 2 veces a la semana, en cuanto al consumo diario el 69% (117) consumen fideos, arroz, papas, el 85% (145) consumen pan cereales, el 77% (131) consumen verduras y hortalizas, y el 39% (67) consumen otros a diario.

Así mismo se asemeja con el estudio realizado por Hernández, H. (120), “Modelo de Creencias de Salud y Obesidad de los adultos de la Provincia de Guadalajara - 2010”. Donde concluye que, en relación al consumo de alimentos a diario, un 36% fruta, 18,6% refieren consumir pan, cereales de 3 o más veces a la semana, un 55% carne tres o más veces a la semana, 32,7% pescado 1 o 2 veces a la semana, 22,9% de huevos tres o más veces a la semana y 20,7% consume otros alimentos de 1 o 2 veces a la semana. Pero difieren en cuanto al consumo de nunca o casi nunca, 16,6% verduras y hortalizas.

Un estudio que difiere es el realizado por Cordente, C. (121), en su investigación titulada “Estudio epidemiológico del nivel de actividad física y de otros parámetros de interés relacionados con la salud biopsicosocial de los alumnos de E.S.O. del municipio de Madrid, 2013”. Cuyo resultado obtenido; en relación al consumo de bebidas alcohólicas el 38.8% de la población no consume bebidas alcohólicas; en relación de la actividad física que realiza en su tiempo libre el 18.8% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, también el 18.8% no realiza durante las dos últimas semanas ninguna actividad física durante más de 20 minutos.

Otro estudio que difiere es el de Montes, R. (122), en su investigación titulada “Determinantes de Salud que Influyen en el Estado Integral de Salud de los Habitantes de la Comunidad Antorchita Ubicada al Nororiente del Municipio de Colima, 2012”. En donde se obtuvieron los siguientes resultados el 17.5% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, también en relación a la actividad física que realizan en su tiempo libre, se observa que el 33.9% de la población no realiza ninguna actividad física que realizan en su tiempo libre.

Así mismo un estudio que difiere es el realizado por, Abanto, A. (123), “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España –Chimbote, 2012.” El 81,2% (65) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 50% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 83,7% duermen de 6 a 8 horas, 55% (36) de ellos se bañan 4 veces a la semana, 81,2% (65) de ellos caminan, 81,2% (65) realiza caminatas durante más de 20 minutos. Pero difiere en cuanto al 67, 5% si se realizan exámenes médicos periódicos. En cuanto a alimentación, 50% consumen frutas a diario, 32,5% consumen carne 3 veces por semana, 43% consume pescado 1 o 2 veces a la semana, 80% pan y cereales a diario, 66,25% consumen verduras y hortalizas a diario. Pero difieren cuanto al consumo de huevo 50% de 1 o 2 veces a la semana y 25% nunca consumen otros alimentos.

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, puro o pipa, el hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador, 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: terapias, terapia de reemplazo de nicotina (124).

Los fumadores son personas que comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su stress, pues tanto la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso central, y luego se ven envueltos en una adicción de la que les resulta muy difícil salir, por la dependencia generada, con consecuencias muy nefastas para su salud orgánica, como el temido cáncer de pulmón; o deficiencias cognitivas, esto último, ocurre con las drogas (125).

Se incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. No existe unanimidad acerca de a quienes debemos considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa el fumador habitual del esporádico, en los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación, pero estos son variables y en todo caso arbitrarios, así, y a modo de ejemplo, un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse

fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve. Pero en este punto es necesario hacer algunas consideraciones (126).

Son aquellas bebidas que contienen etanol (alcohol etílico) en su composición. Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre las bebidas producidas simplemente por fermentación alcohólica (vino, cerveza, sidra, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no suele superar los 15 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación previo, entre estas últimas se encuentran los diferentes tipos de aguardientes (como el brandy, el whisky, el tequila, el ron, el vodka, la cachaça, el pisco, la ginebra, etc.) y los licores, entre otras (127).

Las bebidas alcohólicas pueden producirse por fermentación (como el vino y la cerveza) o por destilación (como el licor). El porcentaje de alcohol etílico presente en cada bebida puede variar: la cerveza presenta, aproximadamente, un 5% de alcohol; el vino se acerca al 15% y los licores pueden llegar a contener un 50% de etanol (128).

El alcoholismo es una enfermedad que no solamente afecta al sujeto que la padece sino también a quienes forman parte de su círculo afectivo, sobre todo su esposo/a e hijos, si los tiene. Nos detendremos en la relación que existe entre padres e hijos y en qué consecuencias puede traer el alcoholismo dentro del círculo familiar (129)

El sueño en el griego es donde se encuentra el punto de partida del origen etimológico de la palabra sueños. En concreto en dicha lengua existía el término hypnos, equivalente a “dormir, soñar”, del cual derivó el vocablo latino somnus que puede traducirse como “sueño” y que ha sido el que ha permanecido hasta nuestros días (130).

La definición de sueño presenta a este concepto como una realidad virtual que se experimenta al dormir. Se originan a partir de un procedimiento de la mente no programado ni dirigido que se basa en la reelaboración de distintos datos que se almacenan en la memoria (131).

Los sueños, dicen los expertos, pueden resultar incoherentes, aunque están impulsados por información alojada en el inconsciente de cada persona que, durante

el estado de vigilia, es reprimida. Los sueños más elaborados y que más se recuerdan al despertar aparecen en la fase que se conoce como rem, la cual tiene lugar durante la última parte del dormir (132)

La higiene corporal estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc. es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre sí mismo para conservar su salud. Es práctica personal influida por muchos factores (133).

La higiene corporal, brinda al ser humano el control ante enfermedades de la piel, brindando un estado de ánimo, el clima, o cualquier otra manifestación, queda reflejada de un modo u otro en la piel, de manera que es un valioso vehículo de información con respecto de unas personas a otras. La ciencia médica ha definido la piel como el tegumento (del latín tegumentum, o "lo que cubre"), que recubre el organismo, y que tiene como límite los orificios naturales, en donde se prolonga con las diferentes mucosas. Esta delimitación aparece prácticamente sin transición, y la brusca diferencia de aspecto exterior entre piel y mucosas, se debe a una diferencia estructural (134).

Con esta práctica de la higiene corporal se controlan olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor, de igual forma evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel que se ve reflejado exteriormente a través de nuestro cuerpo (135).

El examen médico se practica directamente sobre el enfermo el mismo que requerirá un análisis de laboratorio completo, la palpación, por ejemplo, se considera como un examen clínico. Consiste en palpar ciertas zonas del paciente en búsqueda de una anomalía (un bulto, en general). Escuchar el ritmo cardíaco con un estetoscopio también es un examen clínico. Los exámenes clínicos pueden ser suficientes para diagnosticar ciertas enfermedades. Aunque no sea así puede orientar al médico sobre el origen de un problema. En ese caso el médico podrá pedir exploraciones complementarias que ayuden a concretar el diagnóstico (136).

El examen médico verifica la salud de su futuro personal desde el deseo de evitar el ingreso de un individuo que padece una enfermedad contagiosa, hasta la prevención de accidentes, pasando por el caso de personas que se ausentarán con frecuencia debido a sus constantes quebrantos de salud (137).

Un examen médico son pruebas que se realizan para conocer la buena salud de la persona, defectos físicos, enfermedades profesionales y otras no detectadas a simple vista para tener una visión más amplia sobre la salud del candidato en lo que se refiere a un examen ocupacional para postular a un puesto de trabajo (138).

Qué actividad física realizó durante más de 20 minutos este tipo de actividad, cualquiera sea tu tipo, es muy importante para mantenerse en forma, pero también lo es para gozar de un estado saludable. Los médicos recomiendan siempre realizar actividades físicas, de cualquier índole, pero realizarlas al fin, porque es bueno que el cuerpo esté en movimiento y no sedentario en una silla todo el día (139).

La actividad física ayuda a prevenir problemas cardiovasculares, ayuda a reducir el colesterol malo, a bajar de peso, a reducir la presión arterial causante de muchísimas afecciones, y también debemos decir que la actividad física ayuda en la reducción del estrés diario y por ende nos hará muy bien emocionalmente (140).

La actividad física consiste en cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que llevan consigo un consumo de energía. La intensidad de la actividad física depende y varía según las personas, como ejemplos de la actividad física se encuentran: caminar a paso ligero, bailar, andar en bicicleta, nadar (140).

En los alimentos se define como la que posibilidad que el individuo mantenga un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las distintas actividades que conlleva cada tipo de trabajo. Debe aportar una cantidad adecuada y variada de alimentos, proporcionando equilibradamente los nutrientes cualitativa y cuantitativamente necesarios para el funcionamiento normal del organismo(142).

Los alimentos se denominan 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 al del organismo y porque necesitamos producir nuevas sustancias que contribuyan al desarrollo de nuevos tejidos que ayuden directamente a nuestro crecimiento (143).

Los alimentos de acuerdo al origen se clasifican en tres grandes grupos: vegetal: verduras, frutas y cereales; animal: carnes, leche, huevos y mineral: sales minerales y agua. Cada uno de estos alimentos que mencionamos le proporciona a nuestro organismo sustancias que son esenciales y vitales para su desarrollo y funcionamiento (144).

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 los efectos que ocasiona las bebidas alcohólicas y el tabaco a través de una educación formal, son ellos quienes incentivan a los hijos a una buena educación, es así que el consumo es en ocasiones especiales, eventos y fiestas costumbristas.

Entonces según los resultados observados y adquiridos, podemos decir que de la población en estudio se puede evidenciar que 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 satisfactorio.

En relación a la frecuencia con que se bañan la mayoría es de 4 veces a la semana, esto se debe a que en las zonas sierra por el clima el aseo personal como el baño no es diario, como también se debe a la economía porque no todos cuentan con una terma eléctrica (ducha eléctrica), en algunas ocasiones calientan el agua al fuego utilizando como combustible la leña, refieren que eso es muy tedioso, por tal motivo la higiene del baño personal.

Al analizar si se realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud se encontró que ninguno realiza, debido que solo se acercan al establecimiento cuando suelen tener algunas molestias o se sienten mal, también tiene que ver la parte económica, muchos de ellos no cuentan con un sustento de ingreso que puede cubrir los exámenes médicos particulares.

En relación a la variable examen médico periódico la mayoría de la población no se realiza un chequeo médico preventivo ya sea porque su situación económica solo le permite atender sus necesidades básicas, o por razones psicológicas como temor, entre otras razones puede ser la falta de organización de tiempo que estaría asociado a largas jornadas laborales recordemos que la mayoría es generador de sus propios ingresos, o a problemas en la organización del servicio de salud que determine que el proceso de atención demande mucho tiempo. También puede evidenciarse problemas relacionados como la falta de confianza en el médico y la demora de atención.

En relación a 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, limitada motivación y organización en el tiempo, la carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural.

En relación a 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 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.

Se puede concluir 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.

TABLA 4, 5, 6

En cuanto a los determinantes de Redes sociales y comunitarias de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash, 2016. El 85,2% (127) no reciben apoyo social natural de sus familias, el 85,9% (128) no reciben ningún apoyo social organizado 85,9% (128) reciben algún apoyo social como comedor popular 59% (39,6) se atienden en un centro de salud, 35,6% (53) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 100% (149) tienen SIS-MINSA, 43,6% (65) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 43,6% (65) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 100% (149) comunican que si hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son similares al realizado por Domínguez, H. (145), en su estudio titulada “Determinantes de la Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. 2012”. Donde concluye que el 50% no recibe apoyo social organizado, 33% considera que el lugar donde se atendió está a una distancia regular de su casa, 40% tiene SIS--MINSA, 67% le pareció regular el tiempo que espero para que lo entendieran, 64% consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud, pero difieren en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa si existe en un 83%, 75% de adultos no reciben ningún apoyo social natural, 90% se atendió en un hospital en los últimos 12 meses.

Se asemejan al estudios obtenido por Jiménez, L. (146), en su investigación sobre determinantes de la salud de la vivienda de la persona adulta madura del A.H Los Paisajes- Chimbote, el 81,25% de la población se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el puesto de salud; el 81,25% de la población dicen que el lugar donde reciben atención está muy cerca de su casa ; 87,5 % cuentan con seguro de SIS-MINSA ,el 50% dice que el tiempo que espero para que lo (la) atendieran es muy largo; pero difiere que el 56,25% dice que existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrado por Jacinto, G. (147), quien estudio “Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote, 2012”. Donde 75,5% (60) reciben apoyo familiar, 98,0% (78) no

reciben apoyo social organizado, 37,5% (30), 100% reciben otros, 37,5% (30) se atendieron en centros de la salud, 87,5% (70) cuentan con SIS –MINSA, 50% (40) manifiestan la calidad de atención que se le brinda es buena, 75% (60) manifiestan que no hay pandillaje ni delincuencia cerca sus casas. Pero difieren 75% (60) consideran el lugar donde se atendieron es muy cerca, 37,5% (30) refieren el tiempo de espera es muy largo.

Un estudio que difiere es el realizado por Remuzgo, A. (148), quien estudio “Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002.” Donde 66% se atiende en el Hospital, 26% consideran el lugar de atención muy cerca de su casa, 53% espero corto tiempo para ser atendida, 55,2% presentó un nivel de atención muy buena.

Otro estudio que difiere es el de Ávila, J. (149), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013”. El 90% cuenta con seguro del SIS-MINSA, el 0% considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa, el 31% considera que el tiempo que espero fue regular, el 40% considera que existe pandillaje cerca de su casa.

Así mismo difieren los estudios de Neyra, S. (150), quien estudio “Determinantes de la Salud en Gestantes Adultas con Desnutrición del Puesto de Salud de Unión. Chimbote –2012.” Donde 52,5% no reciben apoyo social natural, 100% se atendieron en estos últimos meses en el puesto de salud, 37,5% consideran el lugar donde se atendieron es muy cerca de su casa, 100% tienen un Seguro Integral de Salud; 57,5% el tiempo que esperó para que lo atendieran fue corto, 96,2% (77) opinaron que si existe pandillaje cerca de su casa. Pero se relaciona 81,2% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena.

Las redes de apoyo social natural tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. 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 (151).

El apoyo social natural, es un 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 íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (152).

El apoyo social natural en un sentido amplio 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 interco-nectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad (153).

El apoyo social organizado, es una organización que 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 perso-nas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (154).

Apoyo social organizado es aquella asistencia social en la que todos los integrantes de una sociedad gocen de los mismos derechos y oportunidades. Como en toda comunidad existen desigualdades, la asistencia social está dirigida a los más desfavorecidos. Su trabajo se orienta a que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades básicas (155).

Un apoyo social organizado hace que 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 (156).

La institución de salud lo entendemos como centro de salud a aquel establecimiento en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas (157).

La institución de salud como centros de salud varía en tamaño y en los diferentes elementos disponibles con los que cuentan. Sin embargo, por lo general todos ellos tienen acceso a recursos y ofrecen servicios básicos tales como la guardia general y algunas especialidades comunes como traumatología, odontología, oftalmología, pediatría, etc. Normalmente, especialidades más complejas como diferentes tipos de cirugía no se encuentran presentes en el espacio del centro de salud y los casos que requieran de tal atención son siempre derivados a los hospitales, sanatorios o clínicas más cercanos para permitir que la persona sea allí atendida con mayor eficacia. Los centros de salud suelen ser en la mayoría de los casos públicos, pero también se pueden encontrar muchos institutos privados de menor envergadura que cumplen con las mismas características que las de un centro de salud (158).

Las instituciones de salud son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades, así como también en los distritos barriales y municipales. Esto quiere decir que mientras en algunas regiones los centros de salud son el único espacio disponible para recibir atenciones del tipo, en otros lugares como en las grandes ciudades los centros de salud conviven de manera adecuada con otros centros de salud más importantes como hospitales, sanatorios, nosocomios, etc (159).

El seguro de salud según la organización mundial para la salud OMS define salud como el estado de bienestar físico, mental y social lo que va más allá de la mera ausencia de la enfermedad. Al hablar de salud social se incluye el efecto que tiene el entorno del individuo sobre su estado de bienestar lo cual viene dado en gran medida por sus condiciones o estilo de vida (160).

Un seguro de salud se conoce a todo aquel contrato que se establece entre dos

partes y que tiene como objetivo justamente asegurar determinado bien o elemento, hasta la vida de la misma persona. El seguro establece que la parte que cumple el rol de aseguradora deberá cumplir otorgando un determinado tipo de servicio de seguro mientras que la parte que sea asegurada deberá pagar por el mismo cierto monto de dinero o paga que será establecido entre ambas partes de acuerdo a sus intereses y posibilidades (161).

El seguro de salud o seguro médico te ayuda a cubrir los costos médicos que puedan surgir como consecuencia de alguna enfermedad o algún accidente. Por lo general, en los Estados Unidos hay algunos seguros que proporciona el gobierno como Medicare y Medicaid que cubren a algunas personas y los que no están cubiertos, compran sus seguros de salud a empresas privadas pagando cierta cantidad mensual o anualmente para estar protegidos. Nadie sabe cuándo se va a enfermar, pero el tener cobertura médica, independientemente de tu edad, te da la tranquilidad de que, si algo te sucede a ti o a un miembro de tu familia, el seguro te ayudará con los costos (162).

Tiempo de espera para la atención de salud al cliente es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente, considerando que la organización existe porque existe el cliente o paciente que tiene una necesidad en este caso de atención oportuna y de calidad, motivo por el cual se debe prestar atención al proceso para mejorar la calidad de atención a los pacientes la cual hace que la imagen de la institución se vea respetada y admirada por los usuarios cuando esta está enfocado en la calidad y mejora continua de sus servicios (163).

El tiempo de espera para la atención en salud Muchas veces se dice que la palabra paciente tiene su origen en la paciencia que debe tener una persona a la hora de ser atendida, aunque su origen es otro. Según leemos por ahí, "paciente" es un préstamo del latín "patiens" o "patientis", el participio presente del verbo "pati", que significa sufrir o aguantar. Vamos, la misma raíz que "padecer". Hoy no hablaremos de la espera para una prueba, intervención o consulta, ese tiempo que se calcula y forma parte de la famosa "lista de espera". Nuestra intención es esbozar unas cuantas líneas sobre la espera previa al momento clave, es decir, el tiempo que el paciente pasa en la sala de espera o donde sea, haciendo tiempo hasta que le toca su turno (164).

Los tiempos de espera para la atención de salud, diferenciar lo importante de lo crucial es complicado, pero si el paciente es el centro del sistema, su tiempo también debe serlo. Nosotros nos decantamos por un mejor diseño de todos los procesos, conocer los flujos de pacientes y saber aproximadamente cuanto tiempo deberíamos dedicar a cada paciente. Un ejemplo sería que el paciente pudiera escribir cuando pide la cita previa un resumen de lo que le pasa o crear una consulta telefónica previa con el mismo objetivo (165).

La calidad de atención en la salud exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible. El documento de “Salud Pública en las Américas” del año 2002 define como novena función esencial “garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” (166)

Una calidad de atención en la salud en salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de los paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (167).

Una calidad de atención en la salud para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos (168).

El pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con

las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales (169).

La delincuencia juvenil ha aumentado alarmantemente en los últimos tiempos en la sociedad limeña, se incrementan en las zonas marginales, también es uno de los problemas sociales que intimida a nuestra sociedad por eso. Se considera que por lo menos un tercio de las agresiones a la población son realizadas por pandillas juveniles. Cada vez más, observamos como el pandillaje crece cada día a día esto inquieta a toda la población especialmente quienes vivimos en lugares donde la pandilla se origina (170).

El pandillaje es uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la niñez a la adolescencia y todos con un mismo objetivo en común: alentar a su equipo o en defensa de su barrio. Por lo general las pandillas están formadas por chicos de bajos recursos económicos o que tienen problemas familiares y también por falta de comunicación de padres e hijos (171).

Con respecto a lo determinantes de redes sociales y comunitarias al analizar la variable reciben algún apoyo social natural, encontramos que no reciben algún apoyo social natural, ya que el apoyo social en la población no se da de manera probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud porque ayudarían a los adolescentes a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida.

Al analizar la variable reciben algún apoyo social natural, encontramos que todos no reciben algún apoyo, el apoyo social en la población no se da, probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud porque ayudarían a los pobladores del sector a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida.

Al analizar la variable recibe algún apoyo social organizado, encontramos que no reciben apoyo, al igual que la variable recibe algún apoyo de organizaciones, más de la mitad reciben apoyo del comedor popular, ya que muchos de ellos son de recursos

económicos bajos, esto les permite como un sustento familiar.

Al analizar la variable institución en la que se atendió los últimos 12 meses, se encontró que más de la mitad si se atendió en un centro de salud, esto debe a que presentaron complicaciones en su estado de salud, los cuales les conllevo a acudir a al centro de salud de su sector con el fin de mejorar su bienestar.

Al analizar la variable motivo de consulta por lo que acude a un establecimiento de salud, se encontró que la mayoría acudió porque sufrió problemas en su salud como (IRA) infecciones respiratorias aguda, (EDA) enfermedad diarreica aguda, entre otros, manifiestan que solo en estas situaciones son las veces que acuden a un establecimiento de salud.

Al analizar la variable, considera usted que el lugar donde lo atendieron, la mayoría considera que es regular, esto se debe a que muchos de ellos no se atendieron en el centro de salud de su sector, sino que acudieron a otros establecimientos de salud como al centro de salud de (Carhuaz y Huaraz).

Al analizar la variable tipo de seguro, encontramos que todos tienen seguro SIS-MINSA, esto se debe a que las familias no cuentan un trabajo estable y seguro, no tienen la economía suficiente como para poder pagar un seguro particular, un seguro que integre con paquetes de chequeos médicos permanentes.

Al analizar el variable tiempo que espero para que lo atendieran, encontramos que más de la mitad refirió que el tiempo fue regular, al igual la variable calidad de atención del centro de salud más de la mitad refirió que fue regular, ya que muchos de ellos refieren que no lograron sanarse.

Al analizar la variable pandillaje o delincuencia cerca de su casa, todos manifestaron que no existe pandillaje, quizá esto se debe por ser una comunidad poco extensa y muy tranquila, por otro lado, la familia juega un rol muy importante, ya que esta formación parte desde el hogar (los padres), quienes muchos de ellos apuestan a la educación de sus hijos, como también transmiten sus emociones afectivas para un adecuado desarrollo personal y formación profesional.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, Ancash, 2016. Se observa que, mmenos de la mitad tiene secundaria completa/incompleta; más de la mitad son de sexo masculino, adulto maduro, con ingreso económico menor de S/750.00 y trabajo eventual. En los determinantes del entorno físico tenemos: menos de la mitad tienen vivienda unifamiliar; más de la mitad tienen paredes de adobe; la mayoría duermen 2 a 3 personas/habitación, entierran y queman la basura, eliminan la basura en carro recolector, tienen casa propia y cocinan con leña carbón; casi todos tienen baño propio; todos tienen piso de tierra, techo de eternit, conexión de agua domiciliaria, energía eléctrica permanente, la frecuencia que pasa el carro recolector al menos 2 veces x semana.
- En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen pan cereales tres a más veces/semana, huevo una vez/semana, carne(pollo, cerdo, res, etc.), fruta y otros; más de la mitad consumen verduras y hortalizas 1 a 2 veces/semana, no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual, duermen de 8 a 10 horas, caminan como actividades físicas; la mayoría consumen fideos, arroz, papa a diario, pescado nunca casi nunca, higiene 4 veces/semana; todos no realizan exámenes médicos periódicos.
- En los determinantes de redes sociales y comunitaria tenemos: menos de la mitad consideran que el lugar de atención, tiempo de espera y calidad de atención fue regular; la mayoría recibe algún apoyo social natural ni organizado, recibe apoyo de comedor popular; todos cuentan con seguro (SIS – MINSA), finalmente refieren que no hay presencia de pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

5.2. Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las autoridades de la micro red de carhuaz, en especial al centro de salud de Acopampa tomar acciones para mejorar la salud, implementado programas y estrategias para la eliminación adecuada de los desechos sólidos, fijar tachos en puntos específicos y asignar un color de acuerdo al tipo de residuo a eliminar, realizar orientaciones, motivaciones y así mitigar los hábitos nocivos a fin de mejorar la calidad de vida de las personas,
- El personal de salud debe focalizar a las familias de alto riesgo vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales como: EDA (enfermedades diarreicas agudas en niños), IRA (infecciones respiratorias aguda), diabetes e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones sociales tales como municipalidad distrital, y organizaciones de base y redes sociales a fin de mejorar el entorno y las condiciones de vida, la mejora estratégica para una buena atención calidad en salud.
- Realizar otros estudios sobre influencia de los determinantes en la salud, como en: alimentación saludable, actividad física, saneamiento básico que ayude a plantear estrategias en beneficio de la comunidad, y a través de ello lograr una mejor calidad de vida en la población, chequeos preventivos a través de campañas, descarte de anemia en embarazadas y niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm.
5. Organización panamericana de la salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 2005.
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and social organization. London. Routledge . Pp. 71-93.
8. LipLicham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima:Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.

10. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves M y Colab. Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
15. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Organización panamericana de la salud (OPS). Alcohol y salud pública en las américas. salud (MINSA). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5>
18. Congreso de la república. Ley N. ° 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014].

URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>

19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> en.
20. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos de Acopampa Sector A2 – Carhuaz, 2016.
21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en. <http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20>
22. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas; 2011.
23. Valverde L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Huarney; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
24. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local; 2008. Universidad Nacional de la Santa, Chimbote. Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
25. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
26. 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.
27. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
28. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

29. 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>.
30. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www.epidemiologia.net/es/en desarrollo/Diseños De Estudio Analiticos.pdf](http://www.epidemiologia.net/es/en desarrollo/Diseños De Estudio Analiticos.pdf).
31. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
32. Bugada, S. definición de edad [Articulo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>
33. 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 sexualidad % 20 conceptos](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos).
34. Eustat. Deficnión 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).
35. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación lat inoamericana 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/ecogen 42](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42).
36. 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/](http://definición.de/ocupacion/)

37. 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)
38. 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>
39. 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>.
40. 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>.
41. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
42. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BC>.
43. 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
44. 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>.
45. 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>.

46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. Amanda Schaffer, "Pas de Deux: Why Are There Only Two Sexes?", Slate, updated 2007-09-27.
53. Laurence D. Hurst, "Why are There Only Two Sexes?", Proceedings: Biological Sciences, 263 (1996): 415–422.
54. Haag ES (2007). «Why two sexes? Sex determination organisms and protistan mating types». Seminars in Cell and Developmental Biology (en inglés) 18:

- 348–9. Visto en: <http://www.definicionabc.com/general/sexo.php>
55. Organización mundial de la salud. Edad del hombre. [Serie Internet]. Disponible desde el, URL: http://web.archive.org/web/http://www.reis.cis.es/Reisweb/PDF/REIS_073_06.pdf.
56. Tesoro de la Lengua Castellana o española (1611). Madrid: Ediciones Turner; 1984. (Edición facsímil).
57. 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.
58. Portal del Estado Peruano, Ley N°23733 - Ley Universitaria. Revisado el 1 de mayo de 2013.
59. Ministerio de Educación, Reglamento de la Ley N°28044 - Ley General de Educación. Revisado el 1 de mayo de 2013.
60. Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Ingeniería Industrial, Reglamento de la Ley N°28740 - Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Revisado el 1 de mayo de 2013.
61. Jhonatan, G. educación en el Perú. (monografías. Com). Peru 2008 disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos62/educacion-actual-peru/educacion-actual-peru4.shtml#xbiblio>.
62. Organización mundial de la salud. Ingreso Económico. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: <http://www.larepublica.pe/10-04-2015/crecimiento-economico-en-peru-siempre-sera-el-mejor-de-la-region-afirma-alonso-segura>.
63. Ingreso Salarial. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://elcomercio.pe/economia/peru/ccl-intercambio-comercial-registro-su-peor-caida-cinco-anos-noticia-1809178?Ref=nota_economia&ft=

mod_interesa&e=titulo.

64. 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>.
65. Elmer, C. crecimiento económico. Trabajo de investigación, Puno: Universidad Nacional del Antiplano_Peru; 2010.
66. Sánchez, M. Condiciones de vida y de trabajo de la mujer “buhonera” del Centro Microempresarial “La Esperanza”. [Tesis de post grado]. Caracas_Venezuela; 2000.
67. Jahoda, Marie (1982) Empleo y Desempleo: Un Análisis Socio-Psicológico: 26. Madrid: Ediciones Morata, 1986.
68. OECD (1998) "employment rate; Glossary the European Union Labour Force Survey, Methods and Definitions: 13. Eurostat.
69. Saúl, T. Que es Sexualidad y Equidad de Género [Serie internet]. [Citado 2011 Feb. 10]. Disponible en ULR: [hppt: /es. Answer. yahoo. com/ question/ index? Quid = 20100071071516aafy7vz](http://es.answer.yahoo.com/question/index?Quid=20100071071516aafy7vz).
70. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2013. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. Disponible en [http:// www. inec.org. mx/ est/ contenidos/ espa%o1/ metodologia/ cpv2010](http://www.inec.org.mx/est/contenidos/espa%o1/ metodologia/ cpv2010).
71. Palacios, J. “Incorporación de los Principios de Sustentabilidad en la Vivienda Urbana de la Región Sureste del País” [trabajo para optar el título de Medicina] México 2012
72. López Yl. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: copacabana, antioquia (colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en: [http://www. redalyc. org/articulo. oa?](http://www.redalyc.org/articulo.oa?)

id =309126826004. Consultado el 3 de octubre de 2013.

73. Romero. M. Estudio titulada “Análisis de la Inversión en el Sector de la Vivienda Popular en el Salvador. [Tesis para grado de licenciada en nutrición]. San Salvador, Setiembre de 2010.
74. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales” [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.
75. Zeballos C. Estudio sobre saneamiento básico en la población de Maynas-Loreto” [trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad Nacional de Loreto; 2012.
76. Uchazara, M. en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor Los Palos” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Tacna, 2013.
77. 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.
78. Organización Panamericana de 1. La Salud. Documento de posición OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda, 1999. Washington DC y La Habana: OPS; 2000.
79. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. X Censo Nacional Población y V de Vivienda. 2005. Lima: INEI; 2006. 4. Red peruana de Vivienda, Ambiente y Salud. Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú. Lima: CEPIS; 2000.
80. Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud. Informe: Vivienda saludable, la política pública de vivienda y los programas y proyectos. Lima: CEPIS; 2003.
81. Perú, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Plan estratégico institucional 2008-2015. Lima: Ministerio de Vivienda, Construcción y

Saneamiento; 2008.

82. Rojas MC, Meichtry NC, Ciuffolini MB, Vásquez JC, Castillo J. Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque e la vulnerabilidad sociodemográfica. *Salud Colectiva*. 2008; 4(2): 187- 201.
83. Banco Mundial. Oportunidades para todos, informe de pobreza del Perú. Lima: Banco Mundial; 2005.
84. Secchi, Bernardo El despilfarro inmobiliario. Colección Ciencia Urbanística. (Ed. Gustavo Gili, Barcelona.).
85. Solá-Morales, Rubio, Manuel de y otros (1976) La urbanización marginal. (Editado por la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona).
86. Timms, Duncan (1976) El mosaico urbano. Hacia una teoría de la diferenciación residencial. *Nuevo Urbanismo*. (Editado por el Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid.).
87. Palaia Pérez, Liliana (2005). Vocabulario básico de construcción arquitectónica. Ed. Univ. Politéc. Valencia. ISBN 84-97058844.
88. Minke, Gernot. "Techos Verdes, planificación, ejecución y consejos prácticos" Editorial EcoHabitar (2000) ISBN 84-609-4431-X.
89. Scholz-Barth, Katrin. "Harvesting \$ from Green Roofs: Green Roofs Present a Unique Business Opportunity with Tangible Benefits for Developers." *Urban land* 64.6 (2005): 83-7.
90. Diccionario de arquitectura civil, Benito Bails, 1802.
91. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014.

92. CYTED - Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. (1995) "Recomendaciones para la elaboración de normas técnicas de edificación de paredes de adobe, tapial, ladrillo y bloques suelo-cemento". Habiterra - Ediciones Gráficas E.G. - La Paz (Bolivia) (1.^a ed.).
93. Sandoval Kingwergs, G. (2002). Factores de riesgo relacionados con el dormir: Aplicación del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (S.E.Vi.C.). Tesis de licenciatura. 219 pp. México: Facultad de Psicología, UNAM.
94. Laura D Lewis, Jakob Voigts, Francisco J Flores, Lukas I Schmitt, Matthew A Wilson, Michael M Halassa, Emery N Brown. Thalamic reticular nucleus induces fast and local modulation of arousal state. *eLife* (2015).
95. Aric A. Prather, Denise Janicki-Deverts, Martica H. Hall, Sheldon Cohen: Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. *Sleep* (2015).
96. Biodiversidad: Está en el agua, artículo que expone la relación entre precipitaciones, corrientes de agua y biodiversidad. En [www. sciencedaily.com](http://www.sciencedaily.com), consultado el 27 de abril de 2009.
97. El agua potable, en este marco, es el agua apta para el consumo por parte del ser humano. Se trata de un líquido inodoro, insípido e incoloro que se puede beber sin limitaciones ya que no daña el organismo.
98. Existen normativas internacionales para analizar el agua y determinar si es potable o no de acuerdo a las cantidades mínimas y máximas permitidas de minerales, partículas, etc. A nivel general, suele establecerse que el pH del agua destinada al consumo humano debe ubicarse entre 6,5 y 9,5.
99. Dirección General De Salud: Unidad de atención al ambiente “manual de procedimientos técnicos para la vigilancia de la disposición sanitaria de excretas, disposición de aguas residuales, manejo de desechos comunes y manejo de desechos bioinfecciosos ministerio de salud de el ” salvador, noviembre de 2007.

100. Pérez Muñoz, Jorge “Seguridad Y Manejo De Residuos Hospitalarios” Lima, Perú. Presentación de power point “aguas residuales y excretas” 2004.
101. Hernández Henry, Consultor Salud Y Ambiente de OPS / OMS guías básicas de agua y saneamiento 4ta. Edición, año 2002.
102. Organización Mundial de la Salud. (2007). Energía doméstica y salud. Combustibles para una vida mejor. Recuperado el 6 de mayo de 2010, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563169_spa.pdf.
103. Whitfield, D. y Saavedra R. (s.f.). Cocinas ecológicas: un elemento esencial para una mejor salud en el hogar. Recuperado el 10 de junio de 2010, de <http://cedesol.org/archives/esp/cocinasecológicas.doc>.
104. Alvis N, Orozco J, et al. (2006). Impacto del programa de conexiones de gas natural domiciliario auspiciado por el gobierno holandés sobre la calidad de vida familiar en comunidades de estratos socioeconómicos 1 y 2 del caribe colombiano (primera fase 2005). . Barranquilla., Universidad del Norte.
105. Bendezú, L. y J. Gallardo (2004) “Estimación de la Demanda Agregada de Electricidad” Documento de Trabajo N° 4 – Oficina de Estudios Económicos – OSINERG (mimeo).
106. Dammert, A.; J. Gallardo y L. Quiso (2004). “Problemática de la Calidad del Servicio Eléctrico en el Perú”. Documento de Trabajo N° 6 – Oficina de Estudios Económicos – OSINERG.
107. De la Cruz, R. y R. García (2003). “La Problemática de la Actividad de Transmisión de Energía en el Perú: Algunas Opciones de Política” Consorcio de Investigación Económica y Social - Proyecto Breve N° 108.
108. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente- Organización Panamericana de la Salud-Agencia Española de Cooperación Internacional. “Guía para el manejo de residuos sólidos en ciudades pequeñas y zonas rurales”. División de Salud y Medio Ambiente. Serie Técnica 31. Lima,

- 1997.
109. Secretaría de Salud de México-Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud. “Guía para el diseño, construcción y operación de rellenos sanitarios manuales, una necesidad para pequeñas comunidades en México”.
110. México, D. F., Dirección de Salud Ambiental, mayo de 1999. Secretaría de Desarrollo Social. “Manual para la operación de rellenos sanitarios”. Ciudad de México, Ingeniería para el Control de Residuos Municipales e Industriales, 1996.
111. MINSA- bioseguridad en Centros y Puesto de Salud 1era edición Editorial escuela nueva lima 2002 pág. 12-15.
112. García López, Juan. Los residuos urbanos: gestión, tratamiento y eliminación. Eduardo Simón Rodríguez, Burgos: Eurolaser, 2005.
113. Basuras domésticas. [VHS] M. Teresa García, Conchi Sanz. Aulas y naturaleza. Valladolid: Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, Servicio de Educación Ambiental, 1993.
114. Basuras, residuos y reciclaje. [VHS] Juanjo González, Evaristo Rivero, Carlos F. del Valle, Antonio de Benito, Servicio de Educación Ambiental, producido por Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, una realización Delta. Valladolid: Consejería de Medio Ambiente Y Ordenación del Territorio, Servicio de Educación Ambiental, 1993.
115. Del Val, A., & Jiménez, A. (1991). Reciclaje: manual para la recuperación y el aprovechamiento de las basuras.
116. BOE, Boletín Oficial del Estado. Plan Nacional Integrado de Residuos para el período 2008-2015. BOE, Número 49. cve: BOE-A-2009-3243. España. 2009.
117. Castells, X. E. (2000). Reciclaje de residuos industriales: Aplicación a la fabricación de materiales para la construcción. Ediciones Díaz de Santos.

118. Díaz C. En su investigación titulada Estilos de vida y satisfacción laboral-2005. [Documento en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucmt28680>.
119. Salazar F. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P” – Huaraz – 2013. [tesis para optar el título de licenciado en enfermería] Huaraz. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
120. Hernández. Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adultos de la Provincia de Guadalajara. [Tesis Doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, 2010.
121. Cordente C. “estudio epidemiológico del nivel de actividad física y de otros parámetros de interés relacionados con la salud bio-psico-social de los alumnos de E.S.O. Del Municipio De Madrid 2002” [Tesis doctoral], Madrid: Universidad Politécnica De Madrid.
122. Montes R. en su investigación titulada Estudios diagnóstico para identificar las determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los 103 habitantes de la comunidad unidad Antorchita ubicada al nororiente del municipio de Colima, 2005. [Tesis para obtener el grado de. Maestro en Psicología aplicada]. [Citado 2013 Nov. 19]. [131 páginas]. Disponible en: URL: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/pdf/roberto_montes_delgado.
123. Abanto, A. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España –Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
124. Morillo Galán M. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial. Temas Actualizados 2004:5-20.
125. Rebujo Conde C. Cesación del tabaquismo en el puesto laboral. Rev Cubana

- Oncol; Julio-diciembre 1995; 31(2):236-42.
126. Suárez Lugo N. Tabaco o salud: una decisión social. Horizontes Sanitarios. 2004; 3(2).
127. Quiroz, Rodolfo: Índice de alcoholismo en Pregrado en los estudiantes de medicina de la UNSAAC. Avances del trabajo del semestre 95-11. 1995, Cusco.
128. V. Martínez Vizcaíno, Y. Jarabo Crespo, y col. Prevalencia de alcoholismo entre la población que acude a un centro de salud urbano. Atención Primaria. 10(7): 872-4. Noviembre 1992.
129. Mayorga Ricalde, Aydee. Factores que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 1988. Biblioteca Facultad de Enfermería. Cód. 216.
130. López-Ibor JJ, Valdés M e. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. 2004; Barcelona: Masson.
131. Liendo G. Castro C. Rey de Castro J. Cansancio y somnolencia en conductores de ómnibus interprovinciales: estudio comparativo entre formalidad e informalidad. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(2): 187-94.
132. Cañones G. Trastornos del sueño. Habilidades en salud Mental. 1º ed.; 2003. Pág. 681-90.
133. Ferron, S., Morgan J., O'Reilly M. Promoción de Higiene: Manual práctico para la asistencia y el desarrollo. CARE Internacional 2003.
134. Flórez, R. La práctica del lavado de manos con jabón y la reducción de la diarrea infantil: Manos limpias, vida sana. Banco Mundial - Oficina ALC-Programa de agua y saneamiento. Lima, junio 2004.
135. MINSA/Consejo Nacional de Salud/Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lineamientos de política de promoción de la salud. Perú, 2003.

136. Fernández, Vicenta y Román de C. G (1999) Cuidados de Enfermería del Adulto Mayor Enfermo y su satisfacción con el Cuidado Recibido. Valencia Trabajo de Grado. Maestría en Enfermería. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo.
137. Rogalsky, Olga y Román de C. G. (1999) Cuidados de Enfermería de la Vida Diaria y la Satisfacción Personal del Adulto Mayor Institucionalizado. Valencia.
138. Watson, Jean (1998) Enfermería Ciencias Humanas y Cuidado Humano. New York Editorial Publicación Liga Nacional para Enfermería Publicación N° 15-2236.
139. 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.
140. Costa, M., y López, E. (2000). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide.
141. Santos Muñoz, S. (2005). "La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso" Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5 (19) pp. 179 - 199.
142. Higa, A. Panorama de la Deficiencia de Micronutrientes en el Perú. I Simposio Internacional de Micronutrientes. Resumen de Ponencias. Asociación Peruana de Nutrición y Colegio de Nutricionistas del Perú. 5 y 6 de noviembre de 1996. Lima-Perú.
143. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales. Informe Preliminar. Lima-Perú. Julio 1996 - junio 1997.
144. Cortez R, Calvo C. Nutrición Infantil en el Perú. Un análisis empírico basado en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida. Documento de trabajo N° 30. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, 1997.

145. Domínguez, H. “Determinantes de la Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2012”. [Tesis para Optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2014. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual.
146. Jiménez. Determinantes de la Salud en Adultos maduros sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
147. Jacinto, G. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
148. Remusgo, A. Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima– Perú. 2003.
149. Avila J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O”-Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
150. Neyra, S. Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Unión. Chimbote - 2012, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2014.
151. Aranda, B. C, Pando, M. M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (Burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. Rev Colomb Psiquiat, 39(3): 510-522.

152. Arias, A, Barrón, A. (2008). El apoyo social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 20: 97-103.
153. Ávila, T. J. H., Madariaga, O. C. (2010). Redes personales de apoyo en individuos desmovilizados del conflicto armado. *Psicología desde el Caribe*, 25:179-201.
154. Abelló, R., Madariaga, C, Hoyos, O. L. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29: 115-137.
155. Andrade, G. R. B., Vaitsman, J. (2002). Apoyo social de redes: conectando solidaridad esaúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7(4): 925-34.
156. Ander, E. (2004). Los grupos de autoayuda y el apoyo social. Ergon, Madrid.
157. Zas, B. (1996). La Psicología en las instituciones y la Psicología de las instituciones. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.
158. Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS, 1992.
159. La salud y sus determinantes (Tema 1). En: Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales (Tercera Edición). Ed. Ruiz Frutos C, García A, Delclòs J, García Benavides F. Barcelona: Masson, 2006.
160. FEUNNASSC (2006). Seguro Social Campesino se fortalecerá con Buelva. Consultado en 07 – 22 - 2006 En, [http:// espanol. groups. yahoo. com/ group/ FEUNASSC_ Ecuador _Seguro _ Social_ Campesino](http://espanol.groups.yahoo.com/group/FEUNASSC_Ecuador_Seguro_Social_Campesino) 31 referencia (2, 2)
161. Registro oficial (2005). Ley Reformatoria a la Ley de Seguridad Social. Consultado, en:
<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/Paginas/LeyIESS.htm>

162. Gustavo Noboa Bejarano Presidente Constitucional De La República (2001). Sistema de Seguridad Social - Decreto No. 2207. Consultado en 07-22-2006 en: [http:// www. monografias. com/ trabajos 42/ seguo - socia l-campesino/ seguo - social campesino 2. Shtml # ixzz3zj3kSzLY](http://www.monografias.com/trabajos42/seguo-social-campesino/seguo-social-campesino2.shtml#ixzz3zj3kSzLY)
163. Terrones W, Sirlopu J, Inga F, Gómez R, Pérez G, Valera E, et al. Informe de la encuesta de satisfacción del usuario atendido en el departamento de farmacia. Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia", Iquitos 2006 [documento en internet]. Iquitos: 2006. [Fecha de acceso: 01-05-2008]. Disponible en: [http:// www. hospitaliquitos. gob. Pe /main/descargas/ calidad/11.p](http://www.hospitaliquitos.gob.pe/main/descargas/calidad/11.p)
164. Donabedian A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Fondo de la Cultura económica; 1988
165. Pánico JA. Teoría de las colas: estudio de las filas de espera para el comercio, la economía y las ciencias físicas naturales. México DF: Centro Regional de Ayuda Técnica; 1973.
166. Ruelas-Barajas, E. & Reyes-Zapata, H., 1990. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en Instituto Nacional de perinatología. *Salud Pública de México*, 32: 207-220.
167. Ruelas, B. E. & Zurita, G. B., 1993. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, 35: 235-237
168. Zlatar M. Espíritu y Doctrina en las Instituciones Hospitalarias. Tema expuesto en el III Simposio sobre Filosofía de la Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diciembre de 1998.
169. Altamirano, M. Consecuencias sociales e individuales del pandillaje (noviembre 25, 2006). Lima: PUCP. Recuperado el 24 de septiembre de 2011, de [http:// blog. pucp. edu. pe/ item/5863/consecuencias-sociales-e-individuales-del-pandillaje](http://blog.pucp.edu.pe/item/5863/consecuencias-sociales-e-individuales-del-pandillaje)
170. Ortiz, C. (2010). Delincuencia Juvenil: Un problema inquietante y

creciente Lima: Recuperado el 2010 desde http://www.seguridad-la.com/artic/miscel/misc_6030.htm

171. Villegas, F. (2000) Protestando por no ser ciudadanos: Los jóvenes pandilleros de Lima. Tesis digitales. Lima: UNMSM.



ANEXO 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 = 149 adultos



ANEXO 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 A2 – CARHUAZ, 2016.

Elaborado por Vélchez 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 ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílico ()
- Lámina asfálticas ()
- Parquet ()

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Abastecimiento de agua:

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

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

Tipo de alumbrado:

- Sin energía ()
- Lámpara (no eléctrica) ()
- Grupo electrógeno ()

- Energía eléctrica temporal. ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

Disposición de basura:

- A campo abierto. ()
- Al 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 organizado:

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

Percibe algún Apoyo social organizado:

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

Indique en que institución de salud se atendió:

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

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

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

Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()

- Mala ()
- Muy mala ()
- No sabe ()

Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda

Si () No ()



ANEXO 3



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ, 2016.

Validez de contenido:

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

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

n_e = número de expertos que indican esencial

N = número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

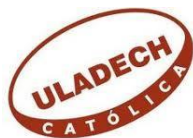
Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

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

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 4



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – 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
$\sum CVRi$										25,500

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

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

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

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO 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 A2 –
CARHUAZ, 2016.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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



ANEXO 6



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO:

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DE ACOPAMPA SECTOR A2 – CARHUAZ, 2016.

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

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

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA