



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA  
ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-  
CATACAOS - PIURA, 2013**

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

**AUTOR**

**ROMEL CHUMACERO SILVA**

**ASESORA**

**NELLY TERESA CÓNDOR HEREDIA**

**PIURA – PERÚ**

**2018**



**JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR**

Mgr. SONIAALEIDA RUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Mgr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

MIEMBRO

Mgr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

Dra. NELLY TERESA CÓNDOR HEREDIA

ASESOR

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero dar gracias especiales: A esta prestigiosa casa de estudios Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud-Escuela de Enfermería.

Agradezco también a las Autoridades y a todos los adultos del Caserío Simbilá Centro, razón de esta investigación y por haberme brindado su comprensión información apoyo.

A mi asesora Dra. Nelly Teresa Córdor Heredia, por compartir su conocimiento y enseñanzas en la elaboración de la presente investigación.

**ROMEL**

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso por regalarme la vida y por haberme dado la fortaleza espiritual en momentos difíciles y sobre todo por guiarme e iluminarme por el camino del saber.

A mis padres Rusvi y Florente quienes me han enseñado a ser lo que soy, a mi hermana Raquel a por su comprensión y apoyo constante para continuar en esta tarea.

A mis docentes que estuvieron en el proceso dentro de lo cual fue mi carrera, porque cada uno de ellos aportó a formar parte de lo que soy, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional.

**ROMEL**

## RESUMEN

El presente estudio es de diseño de una sola casilla, tuvo por objetivo describir los Determinantes de Salud en la persona Adulta del Caserio nuevo Simbilá-catacaos - Piura, 2013. La muestra estuvo conformada por 203 Personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Concluyéndose: más de la mitad de personas adulta son adultos maduros, sexo masculino, más de la mitad inicial/primaria, todos con ingreso económico menor de 750 soles mensuales, la mayoría tiene trabajo eventual. En cuanto a la vivienda; todos tienen vivienda propia, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, piso de tierra, menos de la mitad echo de calamina, más de la mitad tiene las paredes de material noble, la mayoría duermen de 2 a 3 miembros, cuentan con baño propio, más de la mitad cocinan con leña, todos tienen energía permanente y entierran sus basura o quema su basura; la mayoría nunca ha consumido tabaco, ni consume bebidas alcohólicas, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico. La mayoría no realiza ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume fideos diariamente. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un hospital en los 12 últimos meses, así mismo tiene seguro del SIS-MINSA, más de la mitad no recibió apoyo social natural, también la mayoría no recibido apoyo social organizado.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, persona adulta.

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to describe the Determinants of the Health of the Adult Person of the new Caserio Simbilá-catacaos - Piura, 2013. It was of a quantitative descriptive type. The sample consisted of 203 adults. The data collection instrument was the Questionnaire on health determinants. Concluded: according to the biosocioeconomic determinants, we find; more than half of adults are mature adults, male, more than half initial / primary, all with income less than 750 soles per month, most have temporary work. Regarding housing; all have their own house, most have a single-family house, ground floor, less than half calamine, more than half have walls of noble material, most sleep from 2 to 3 members, have their own bathroom, more of the half they cook with firewood, they all have permanent energy and bury their garbage or burn their garbage. With regard to the Determinants of Lifestyles; the majority have never used tobacco, nor consume alcoholic beverages, more than half have not had a medical examination. Most do not do any physical activity. Regarding their diet, most consume noodles daily. According to the determinants of social and community networks, less than half have been treated in a hospital in the last 12 months, as well as SIS-MINSA insurance, more than half did not receive natural social support, most also received no support organized social

Keywords: Determinants of Health, adult person.

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>TÍTULO DE LA TESIS.....</b>	iii
<b>JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR.....</b>	iv
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	v
<b>DEDICATORIA.....</b>	vi
<b>RESUMEN.....</b>	vii
<b>ABSTRACT.....</b>	viii
<b>CONTENIDO.....</b>	ix
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	x
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	xi
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	10
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	15
3.1 Diseño de la Investigación.....	15
3.2 Población y Muestra.....	15
3.3 Definición y Operacionalización de Variables.....	16
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	26
3.5 Plan de Análisis.....	28
3.6 Matriz de Consistencia.....	29
3.7 Principios Éticos.....	30
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	31
4.1 Resultados.....	31
4.2 Análisis de Resultados.....	58
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	78
5.1 Conclusiones.....	78
5.2 Recomendaciones.....	80
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	81
<b>ANEXOS.....</b>	93



## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N° 01:</b> .....	<b>31</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>TABLA N° 02:</b> .....	<b>35</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>TABLA N° 03:</b> .....	<b>44</b>
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>TABLA N° 04:</b> .....	<b>50</b>
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>TABLA N°5:</b> .....	<b>54</b>
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>TABLA N°06:</b> .....	<b>55</b>
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013.	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO N°01</b> .....	<b>32</b>
SEXO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°02</b> .....	<b>32</b>
EDAD EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°03</b> .....	<b>33</b>
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°04</b> .....	<b>33</b>
INGRESO ECONÓMICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°05</b> .....	<b>34</b>
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°06.1</b> .....	<b>37</b>
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°06.2</b> .....	<b>37</b>
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013	

<b>GRÁFICO N°06.3</b> .....	<b>38</b>
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°06.4</b> .....	<b>38</b>
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.5</b> .....	<b>39</b>
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°6.6</b> .....	<b>39</b>
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°7</b> .....	<b>40</b>
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°8</b> .....	<b>40</b>
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°9</b> .....	<b>41</b>
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.	

<b>GRÁFICO N°10.</b> .....	<b>41</b>
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°11.</b> .....	<b>42</b>
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.	
<b>GRÁFICO N°12.</b> .....	<b>42</b>
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°13.</b> .....	<b>43</b>
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°14.</b> .....	<b>46</b>
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°15</b> .....	<b>46</b>
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°16.</b> .....	<b>47</b>
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	

<b>GRÁFICO N°17.....</b>	<b>47</b>
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°18.....</b>	<b>48</b>
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°19.....</b>	<b>49</b>
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°20.....</b>	<b>51</b>
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°21.....</b>	<b>51</b>
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°22.....</b>	<b>52</b>
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°23.....</b>	<b>52</b>
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013	

<b>GRÁFICO N°24</b> .....	<b>53</b>
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°25</b> .....	<b>53</b>
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°26</b> .....	<b>54</b>
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°27</b> .....	<b>55</b>
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ- CATACAOS - PIURA, 2013	
<b>GRÁFICO N°28</b> .....	<b>56</b>
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.	

## I. INTRODUCCION

El presente informe de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo y diseño de una sola casilla con una muestra de 203 personas adultas y se realizó con el propósito de describir los determinantes de salud en la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013. Se aplicó conjuntamente con la persona adulta un instrumento de determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Esta investigación sobre determinantes de la salud se llevó a cabo con la finalidad de conocer las necesidades en las que viven los habitantes del Caserío Nuevo Catacaos, puesto que es un Caserío en vías de desarrollo que junto con sus autoridades luchan cada día para mejor y lograr sus objetivos (1)

Los determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (2).

Se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (3).

En 1974 se publicó el Informe Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son: Medio Ambiente, relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del

suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común; Estilos de Vida, Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc; Biología Humana, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas y La Atención Sanitaria, que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones (4).

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud en 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales, pero tiene aspectos negativos e incluso criticables, como por ejemplo equiparar "completo bienestar" con "salud" lo que hace la definición utópica, convirtiéndola en estática, sin considerar los diversos grados que la salud puede tener(5).

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales (p. ej. nutrición, sexualidad, reproducción), al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (6).

En septiembre de 1978 fue realizada la primera conferencia internacional sobre atención primaria de salud, organizada por la OMS y UNICEF en Alama-Ata, 1985; la conferencia conto con más de 700 participantes y resulto en la adopción de una Declaración que reafirmo el significado de la salud como un derecho humano fundamental y una de las más importantes metas sociales mundiales. De acuerdo con la declaración de Alma-Ata, deberían ser estimuladas acciones de los diferentes actores internacionales en el sentido de disminuir las diferencias en el desarrollo



económico y social de los países para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, reduciéndose la laguna existente entre el estado de salud de los países en desarrollo y los desarrollados. En aquella ocasión se llegó al consenso de que promover y proteger la salud de los pueblos es esencial para el continuo desarrollo económico y social y, consecuentemente, condición única para la mejoría de la calidad de vida de los hombres y para la paz mundial (7).

La Promoción de la Salud está enfocada al ejercicio de la ciudadanía, participación de los sujetos con estrategia de transformaciones de las condiciones de vida, actividades que promuevan motivaciones, con planificación y evaluación de las efectividades de las acciones. El conocimiento de Promoción de la Salud además de mejorar la escucha, fortalece los vínculos en que el modelo de intervención es participativo y en la movilización comunitaria (8).

El sistema sanitario es otro de los factores que determinan la salud de la población. Entre sus funciones está la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento y rehabilitación. Hace referencia a la calidad, cobertura y accesibilidad. El modelo de asistencia sanitaria determina el énfasis en la promoción y prevención o en la curación de la enfermedad, prestación de cuidados y tratamientos de las enfermedades, la disposición de los métodos y medios de diagnósticos; así mismo establece la accesibilidad al sistema y la universalidad del mismo. Sin embargo, se considera que es el factor que menos influye en la salud aunque, tal como hemos señalado, en la mayoría de países desarrollados es el determinante que más recursos económicos recibe (9).

La equidad es uno de los ejes centrales de la promoción de la salud el abordaje del impacto en la salud de los factores económicos, sociales y culturales es clave para evitar las desigualdades y conseguir la salud para todos, pero la imposibilidad de extraer un principio universal sencillo como la igualdad complica nuestra tarea en el ámbito de salud requiere una indagación más cuidadosa en donde está presente el sesgo y como funciona, dicho sesgo funciona en muchos planos dentro de los

hogares niños y niñas, las mujeres y los hombres que a menudo no reciben igual reconocimiento o tratamiento con respecto a la nutrición y la atención en salud (10).

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 (11).

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud (12).

A esta realidad no escapa el Caserío Nuevo Simbilá limita por el Norte con Piura, por el Sur con Catacaos, por el Este con terrenos eriazos. por el Oeste Hospital Privado rio Piura , habitan 720 personas, dentro de los cuales residen 430 personas adultas que se dedican a ser ama de casa, obreros, comercio ambulatorio, estudiantes, mototaxistas, técnicos en enfermería, agricultores, artesanos, universitarios. Además como es una comunidad en progreso de desarrollo su población no goza de buena situación económica. Esta comunidad presenta luz eléctrica y carece de red intradomiciliaria de agua y desagüe, el carro recolector de basura no pasa y obtienen agua de cisternas enviadas por la municipalidad. Además no existen lozas deportivas en sus alrededores, carecen de instituciones educativas. El Centro de Salud Simbilá I-2

Catacaos les brinda atención de salud, pero solo una parte de ellos se encuentran asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS). Otros gozan del Es salud por el empleo estable que tienen. Las enfermedades más frecuentes en los adultos de este sector son: Obesidad, infecciones urinarias, gastritis etc. (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013?

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

Describir los determinantes de salud en la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física).
- 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.

La justificación de la presente investigación fue:

Este informe de investigación sobre determinantes de la salud se llevó a cabo con la finalidad de conocer las necesidades en las que viven los habitantes del Caserío Nuevo Catacaos, puesto que es un Caserío en vías de desarrollo que junto con sus autoridades luchan cada día para mejorar y lograr sus objetivos. También esta investigación fue necesaria para conocimiento y apoyo del Centro y campo de la salud ya que los resultados podrán contribuir a una mejor eficacia del conocimiento comprendiendo mejor los problemas que afectan la salud de la población.

Así mismo permitió instar a los estudiantes de la salud a investigar 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 país cada vez más saludable. También ayudó 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.

Los resultados obtenidos en la investigación nos demuestra que más de la mitad de personas adulta son adultos maduros, sexo masculino, más de la mitad inicial/primaria, todos con ingreso económico menor de 750 soles mensuales, la mayoría tiene trabajo eventual. En cuanto a la vivienda; todos tienen vivienda propia, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, piso de tierra, menos de la mitad echo de calamina, más de la mitad tiene las paredes de material noble, la mayoría duermen de 2 a 3 miembros, cuentan con baño propio, más de la mitad cocinan con leña, todos tienen energía permanente y entierran sus basura o quema su basura; la mayoría nunca ha consumido tabaco, ni consume bebidas alcohólicas, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico. La mayoría no realiza ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume fideos diariamente. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un hospital en los 12 últimos meses, así mismo tiene seguro del SIS-MINSA, más de la mitad no recibió apoyo social natural, también la mayoría no recibió apoyo social organizado.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1 Antecedentes

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

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

**Ciro R. (14)**, en su investigación titulada “Los determinantes sociales de la salud en México. 2013”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer en 2009 los resultados del trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), Entre los hallazgos de la comisión sobresale el hecho de que la esperanza de vida al nacer de una niña puede ser de 80 años en un país, o de 45 años si el alumbramiento ocurre en una de las naciones más pobres del mundo. A la par, la CDSS explica que también hay grandes diferencias al interior de las naciones. Dichas diferencias están “estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social” y “son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad.

**Cáceres A (15)**, quien investigó sobre “Tesis sobre la situación social de pobladores de Nicaragua – 2008”. De una muestra de 456 personas adultas, Concluyendo que las edades oscilaron entre los 36 a 49 años, de sexo masculino, grado de instrucción bachillerato, ocupación obrero, ingreso económico que llega al mínimo vital satisfaciendo sus necesidades básicas, vivienda precaria, piso de tierra, hacinamiento, escasos recursos económicos, la basura la incineran, estando expuestos sus hijos a diversas enfermedades.

**Cano S (16).** En su investigación titulada “Factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato en el adulto mayor según región del departamento de Antioquia, 2012”. Tuvo por objetivo Determinar los factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato al adulto mayor 2012, según región del departamento de Antioquia; Fue un estudio descriptivo transversal retrospectivo. Donde concluyo que Enfrentar este problema requiere de una atención integral a las necesidades de los adultos mayores, participación de todos los sectores de la sociedad y conciencia transgeneracional.

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

**Carrillo G (17),** en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013. Con su investigación de tipo cuantitativa y con un diseño descriptivo. Con una muestra de 130 adultos, teniendo como instrumento el cuestionario sobre determinantes de la salud. Obteniendo los siguientes resultados: según los determinantes de la salud biosocioeconomicos, el 52% son de sexo masculino. Sin embargo se asemeja en el ingreso económico en donde el 80% tiene un ingreso menor de 750 soles.

**Polanco K, Ramos L. (18),** en su estudio de investigación titulada “Eliminación de Residuos sólidos en Huancané” Puno, 2008. Con una población adulta de 389, adultos (joven, medio y tardío). Concluye que: la mayoría incineran la basura, la eliminan a campo abierto, no se selecciona la basura, esto constituyó un foco de infección, por lo que los Alumnos de Ingeniería Ambiental de la Universidad Puno realizaron un trabajo de sensibilización con el objetivo de cambiar conductas en esta población.

**Cárdenas H, Roldan L. (19)**, en su investigación "Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú, 2010" Cuyo Objetivo: Determinar el estado nutricional de adultos mayores no institucionalizados y su relación con condiciones socioeconómicas diferenciadas. Metodología: Se seleccionaron aleatoriamente 300 adultos mayores residentes en viviendas de Lima Metropolitana, de diferentes estratos socioeconómicos, con afijación uniforme. El estado nutricional se determinó con el Índice de Masa Corporal y el Perímetro Braquial.

#### **A nivel Regional:**

**Sobrevilla V.(20)**, su tesis titulada "Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, 2013" Sobre Determinantes de la salud biosocioeconómico del Caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, se observa que el 67,49% de la población es de sexo masculino, el 50,18% es adulto maduro, el 38,87% tiene grado de instrucción inicial/primaria, el 39,58% tiene un ingreso económico De 1001 a 1400 nuevos soles y que el 39,58% es trabajador eventual, se observa que el 68,90% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 88,69% tiene tenencia propia, el 85,87% su material del piso es de tierra.

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

**Farfán F, Flores C. (21)** en su tesis titulada Diagnostico Socioeconómico Del Distrito De Castilla Periodo 2007-2010. En conclusión con respecto al nivel de educación, el 24,2% de la población se encuentra con un nivel de educación secundaria completa, el 19,5% con un nivel de educación superior no universitaria incompleta, el 15,7% con un nivel superior no universitaria completa. El nivel de calificación del recurso humano que tiene Castilla no puede ser competente en el mercado laboral a nivel nacional, donde las exigencias laborales.

## 2.2 Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (3).

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 (22).

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 (22).



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 (22).

La salud es 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 (23).

Los determinantes biosocioeconomicos, son las condiciones sociales en las que vive una persona influyen su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, bajo nivel de escolarización, inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las malas condiciones de vivienda, falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa cualificación profesional constituyen algunos de los factores determinantes de gran parte de las desigualdades existentes entre países y dentro del mismo país en lo que respecta a los indicadores de salud como la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad o las discapacidades (24).

Los determinantes de los estilo de vida es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El entorno físico se refiere a un ecosistema en el que el ser humano interactúa con el entorno de modo continuo, de cuyo equilibrio depende el bienestar del individuo. Las áreas prioritarias de acción son la calidad del aire dentro y fuera de la vivienda, ruido, características de la vivienda, salubridad del agua de consumo humano, campos electromagnéticos, radiaciones y exposición a compuestos químicos (25).

Los determinantes de las redes y comunicaciones son los factores que determinan la salud de la población. El modelo de asistencia sanitaria determina el énfasis en la promoción y prevención o en la curación de la enfermedad, prestación de cuidados y tratamientos de las enfermedades, la disposición de los métodos y medios de diagnósticos; así mismo establece la accesibilidad al sistema y la universalidad del mismo. Sin embargo, se considera que es el factor que menos influye en la salud aunque, tal como hemos señalado, en la mayoría de países desarrollados es el determinante que más recursos económicos recibe (26).

Las condiciones de trabajo, la naturaleza de los contratos, la jornada laboral, la disponibilidad de empleo y la seguridad laboral, constituyen aspectos importantes a tener en cuenta en la medición de la salud según este factor. Sabemos que los cambios en el mercado laboral, tan segmentado actualmente, representan riesgos de salud importantes debido a los peligros psicosociales y económicos asociados a un menor control laboral, inseguridad, empleo precario, falta de flexibilidad horaria, etc. (27).

La Educación en las personas con mayores niveles educativos tiene mayores probabilidades de ser empleados, de tener trabajos con más estatus social y tener ingresos estables. La educación incrementa las elecciones y

oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales (28).

La Educación Básica Regular (EBR). Es la principal y más extendida modalidad de atención educativa en el caso peruano. Se ocupa de la atención a niños y adolescentes que pasan por el proceso educativo de forma oportuna, conforme a su evolución física, afectiva y cognitiva. Esta modalidad considera tres niveles: Nivel de Educación Inicial: es el primer nivel de la EBR. Atiende a niños de cero a dos años de forma no escolarizada y de tres a cinco años en forma escolarizada. Requiere articularse con los siguientes niveles para asegurar coherencia pedagógica y curricular, Nivel de Educación Primaria: Dura seis años, y tiene como objetivo educar integralmente a los niños de 6 a 12 años, Nivel de Educación Secundaria: Tiene una extensión de cinco años. Ofrece a los estudiantes formación científica, humanista y técnica. Está orientada al desarrollo de competencias (29).

Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida (30).

El territorio, en este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad de una comunidad puede considerarse a cualquier área habitable, pueden estar constituidas por varios núcleos de población o un diseminado, por ello el abordaje de la salud tradicionalmente se ha visto como la intervención de una autoridad sanitaria en su ámbito jurisdiccional. En el Perú, se ha asumido también que el término jurisdicción es por extensión el territorio (país,

departamento, provincia, distrito, etc.) sobre el cual esta potestad es ejercida (31).

El Caserío es un conjunto de casas que cuenta con una población de entre 2000 y 4999 personas y que cumple además con otros requisitos legales para denominarse oficialmente como tal, se encuentran dentro de los municipios, que a la vez se encuentran en los departamentos del país. Caserío es una casa de campo aislada, o un grupo de casas que no llega a suficiente cantidad para formar un pueblo (32).

Los servicios de salud diseñados para curar las enfermedades y restablecer la salud también contribuyen a mantener a las personas saludables. Es protección social de la salud e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo (33).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño de la Investigación**

El diseño de la investigación es una sola casilla (34).

##### **Tipo de investigación:**

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo (1,35).

##### **Nivel de investigación:**

La investigación es de corte transversal (1,36).

#### **3.2. Población y Muestra**

La población está constituido por 430 personas adultas en el caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, 2013.

La muestra es de 203 personas adultas, mediante muestreo aleatorio simple (ANEXO 01)

##### **Unidad de análisis**

Cada persona adulta que formó parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

##### **Criterios de Inclusión**

- Persona adulta que vive más de 3 a años en la zona.
- Persona adulta que acepta participar en el estudio.

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

### **Criterios de Exclusión**

Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

## **3.3. Definición y Operacionalización de Variables**

### **3.3.1 DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO**

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (37).

#### **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 (37).

##### **Definición Operacional**

Escala de razón:

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

#### **Sexo**

##### **Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (38).

##### **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 (39).

#### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria: Incompleta / Completa
- Superior: Universitaria/ No Universitaria

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (40).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

## **Ocupación**

### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (41).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **Vivienda**

### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (42).

### **Definición operacional**

Escala nominal

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

### **Tenencia**

- Alquiler
- Cuidador/alojado



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

**Material del piso:**

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Laminas asfálticas
- Parquet

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Miembros de la familia que duermen por habitaciones**

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

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna

- Pozo
- Red pública
- Conexión domiciliaria

### **Eliminación de excretas**

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

### **Combustible para cocinar**

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

### **Energía Eléctrica**

- 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

### **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**

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

### **Eliminación de basura**

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

## **3.3.2 DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (43).

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

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

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

**Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**

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

**Número de horas que duermen**

- 6 a 8 horas
- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

**Frecuencia en que se bañan**

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

**Actividad física en tiempo libre.**

Escala nominal

**Tipo de actividad física que realiza:**

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

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

Escala nominal

Si ( ) No ( )

**Tipo de actividad:**

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

Deporte ( ) Ninguna ( )

## **Alimentación**

### **Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (44).

### **Definición Operacional**

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

## **3.3.3 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

### **Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (45).

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

### **Definición Conceptual**

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

**Utilización de un servicio de salud en los 12 últimos meses:**

Escala nominal

**Institución de salud atendida:**

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

**Lugar de atención que fue atendido:**

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

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Tiempo de espera en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda**

Si ( ) No ( )

**Apoyo social natural**

**Definición Operacional**

Escala ordinal

Familiares

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

**Apoyo social organizado**

**Escala ordinal**

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

### **Apoyo de organizaciones del estado**

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

## **3.4. 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 (46).

### **Instrumento**

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes Biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió).

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.



-Los determinantes del entorno socioeconómico (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

-Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas, morbilidad.

-Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

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

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Dónde:

$\bar{x}$  : 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. (ANEXOS 3 y 4)

## **Confiabilidad**

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (48).

### **3.5. Plan de Análisis**

#### **Procedimiento para la recolección de datos:**

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

- Se informó y pidió consentimiento de la persona adulta de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serían estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con la persona adulta su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación de los dos instrumentos.
- Se procedió a aplicar los instrumentos a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario para llevar a cabo las respectivas entrevistas.
- Los instrumentos fueron aplicados en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa (47).

### 3.6 Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los determinantes de salud de la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, 2013?</p>	<p><b><u>Objetivo general:</u></b></p> <p>Describir los determinantes de salud de la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, 2013</p>	<p><b>Determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales</b></p>	<p>Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, tenencia, material de vivienda, personas que duermen en una habitación, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, luz, eliminación de basura.</p>	<p><b><u>Diseño de investigación</u></b> De una sola casilla</p> <p><b><u>Tipo de investigación</u></b> Es de tipo cuantitativo</p> <p><b><u>Nivel de investigación</u></b> Descriptivo.</p> <p><b><u>Población</u></b> La población conformada por 430 personas adultas.</p> <p><b><u>Muestra</u></b> El tamaño de muestra fue de 203 personas adultas.</p> <p><b><u>Unidad de análisis:</u></b> Criterio de inclusión y exclusión.</p>
	<p><b><u>Objetivos específicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y entorno físico.</li> </ul>	<p><b>Determinantes de los estilos de vida y entorno físico.</b></p>	<p>Fuma, bebidas alcohólicas, horas que duermen, frecuencia de baño, examen médico, actividad física y alimentos que consumen.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos y hábitos personales.</li> <li>• Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud, impacto en la salud y apoyo social.</li> </ul>	<p><b>Determinantes de redes sociales y comunitarias</b></p>	<p>Institución de salud que se atendió, lugar, calidad y tiempo que esperó para su atención, tipo de seguro, pandillaje o delincuencia, apoyo social natural y organizado, pensión 65, comedor popular, vaso de leche y otro tipo de apoyo.</p>	

### **3.7 Principios éticos**

En toda investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (48).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas adultas que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

#### **Privacidad**

Toda la información recibió en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitara ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación

#### **Honestidad**

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

#### **Consentimiento**

Solo se trabajó con las personas adultas que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO 05).

#### IV. RESULTADOS

##### 4.1 Resultados

**TABLA N° 01: DETERMINANTES DE LA SALUD IOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013.**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	64	31,5
Femenino	139	68,5
Total	203	100,00

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	44	21,7
Adulto Maduro	124	61,1
Adulto Mayor	35	17,2
Total	203	100,00

<b>Grado de instrucción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	27	13,3
Inicial/Primaria	119	58,6
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	57	28,1
Total	203	100,00

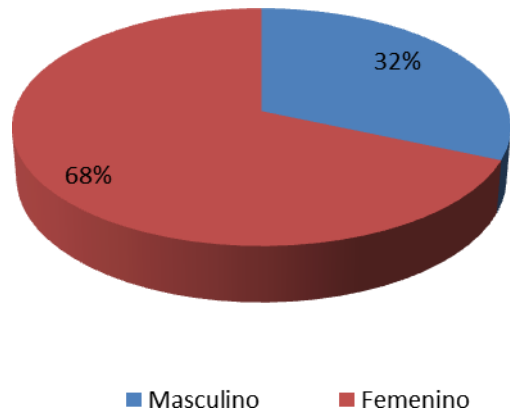
<b>Ingreso económico (Soles)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menor de 750	203	100,0
De 751 a 1000	0	0
De 1001 a 1400	0	0
De 1401 a 1800	0	0
De 1801 a más	0	0
Total	203	100,00

<b>Ocupación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	16	7,9
Eventual	164	80,8
Sin ocupación	23	11,3
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	203	100,00

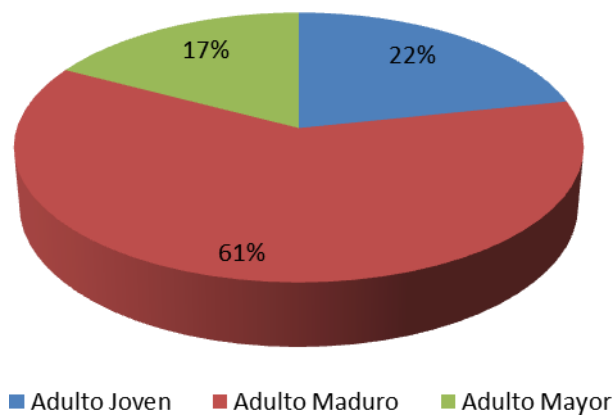
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vilchez, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013.

**GRÁFICO N° 01: SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



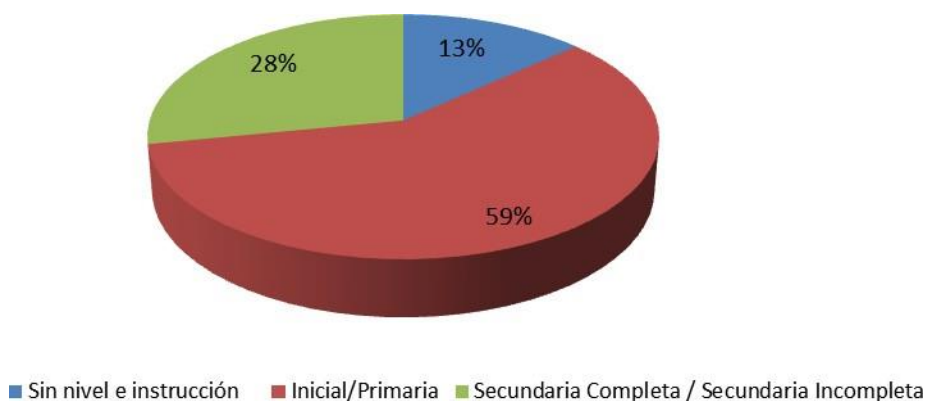
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 02: EDAD EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



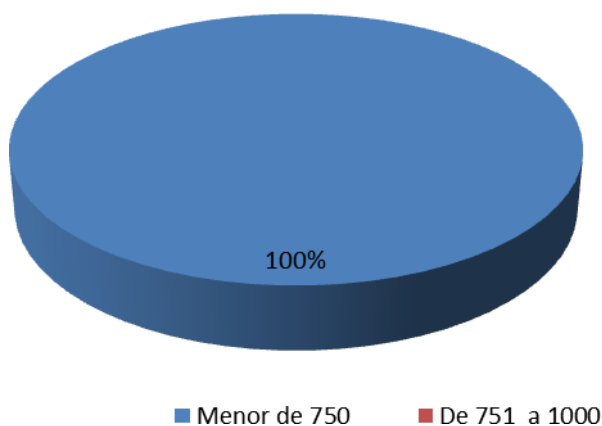
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



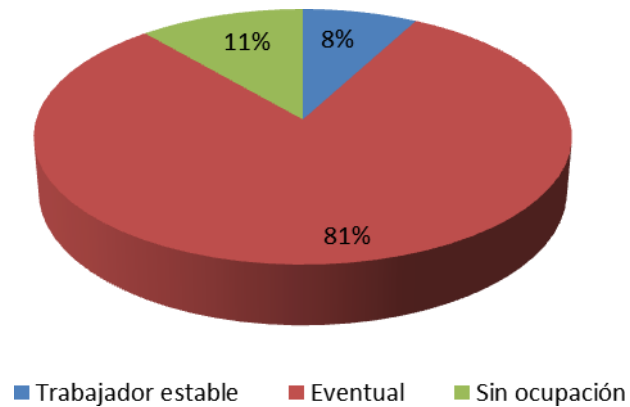
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 05: OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013



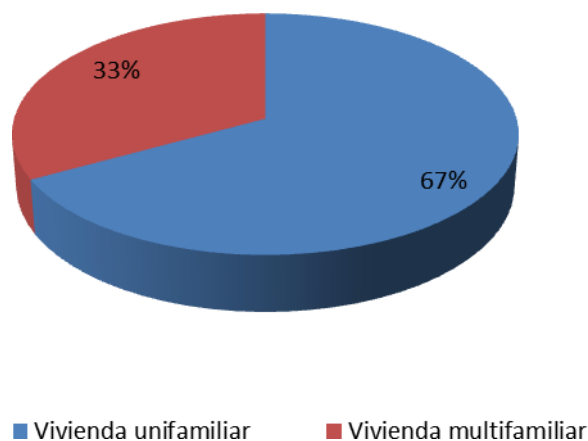
**TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	136	67,0
Vivienda multifamiliar	67	33,0
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Tenencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alquiler venta	0	0,0
Propia	203	100,00
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Material del piso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tierra	132	65,0
Entablado	68	33,5
Parquet	3	1,5
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Material del techo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	9	4,43
Adobe	0	0
Estera y adobe	68	33,5
Material noble, ladrillo y cemento	26	12,81
Calamina/Eternit	100	49,26
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Material de las paredes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	6	3,0
Adobe	61	30,0
Estera y adobe	29	14,3
Material noble ladrillo y cemento	107	52,7
<b>Total</b>	203	100,00
<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	28	13,8
2 a 3 miembros	163	80,3
Independiente	12	5,9
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	203	100,00
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Letrina	18	8,9
Baño público	0	0,0
Baño propio	185	91,1
Otros	0	0,0

<b>Total</b>	203	100,00
<b>Combustible para cocinar</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	95	46,8
Leña, carbón	105	51,7
Tuza (coronta de maíz)	3	1,5
Carca de vaca	0	0,0
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Energía eléctrica</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Energía eléctrica permanente	203	100,00
Vela	0	0,0
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Disposición de basura</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	203	100,00
<b>Total</b>	203	100,00
<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	52	25,6
Al menos 2 veces por semana	148	72,9
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	3	1,5
<b>Total</b>		100,00
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	200	98,5
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	3	1,5
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
<b>Total</b>	203	100,00

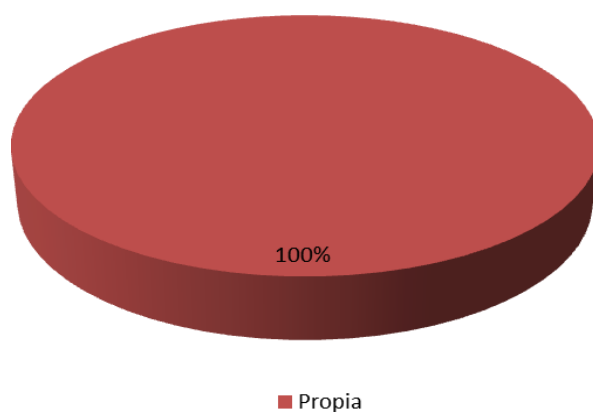
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En El Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 06.1: TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



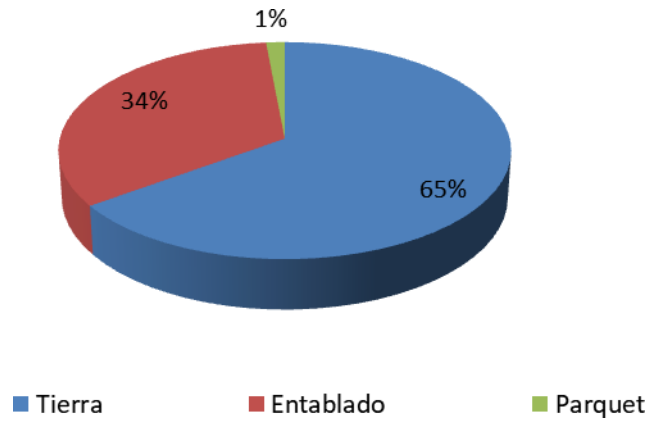
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 06.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



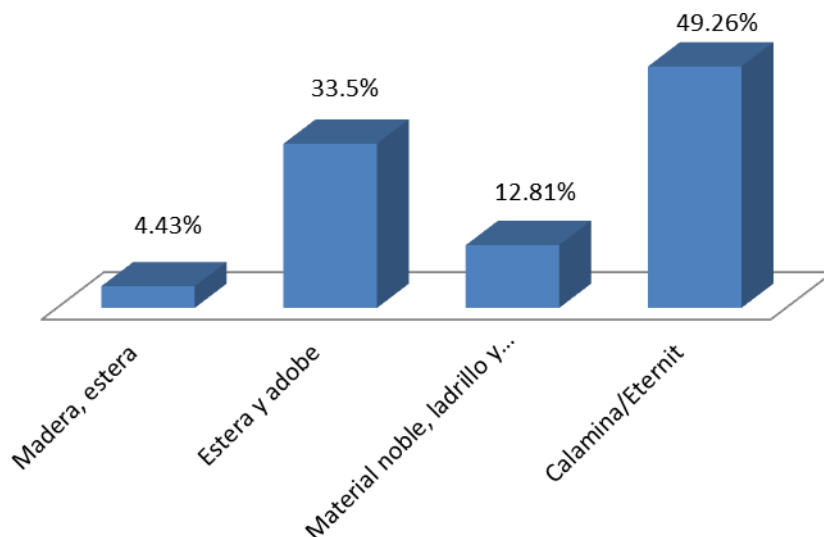
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 06.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



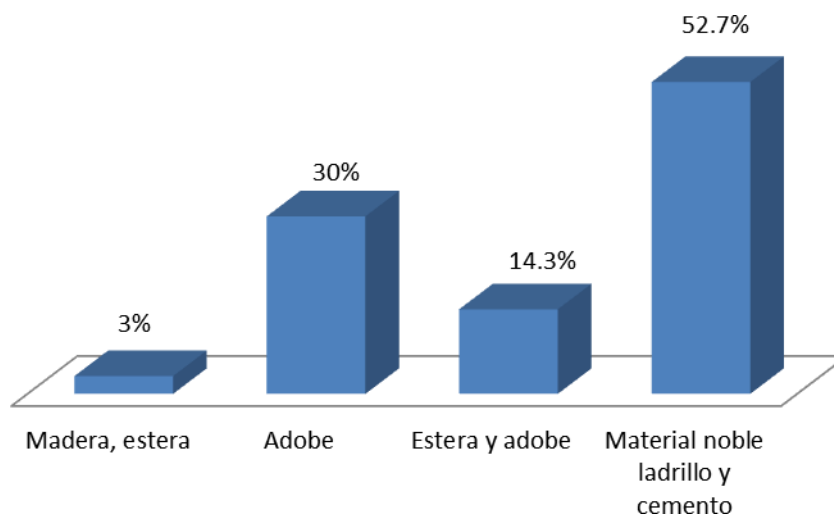
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



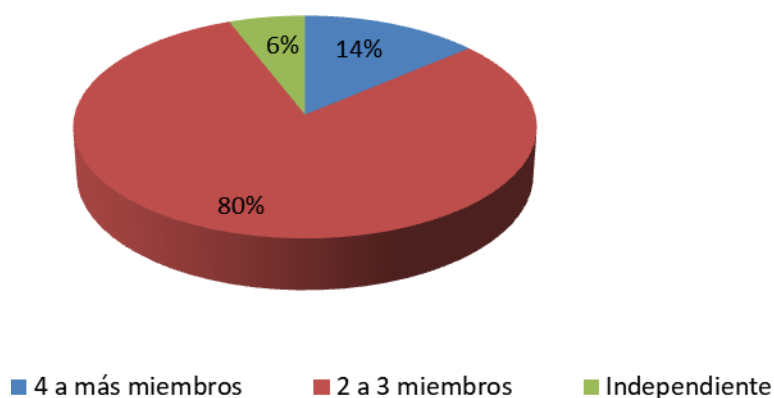
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 6.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 6.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



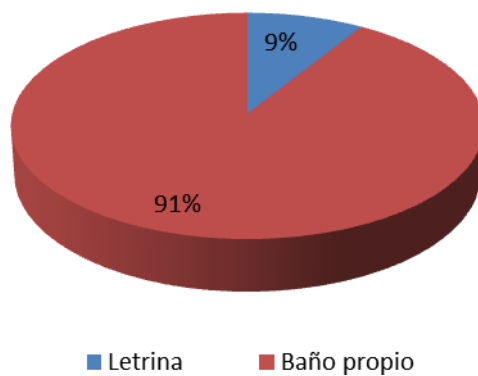
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



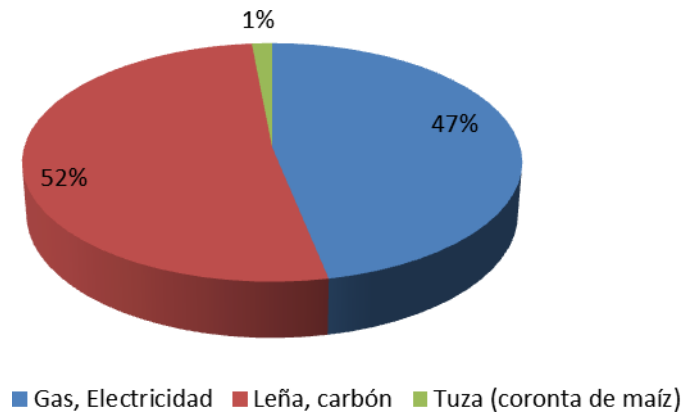
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



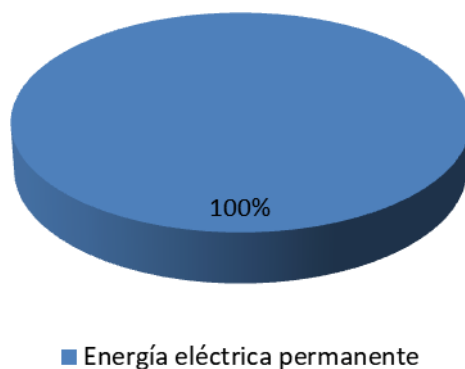
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



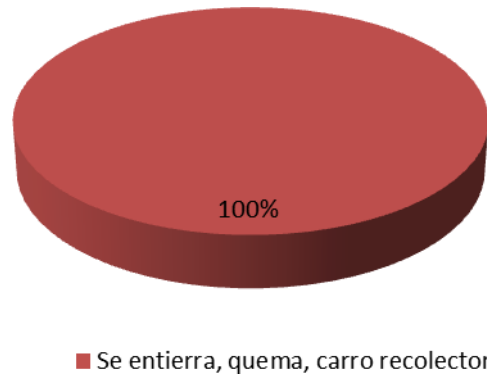
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



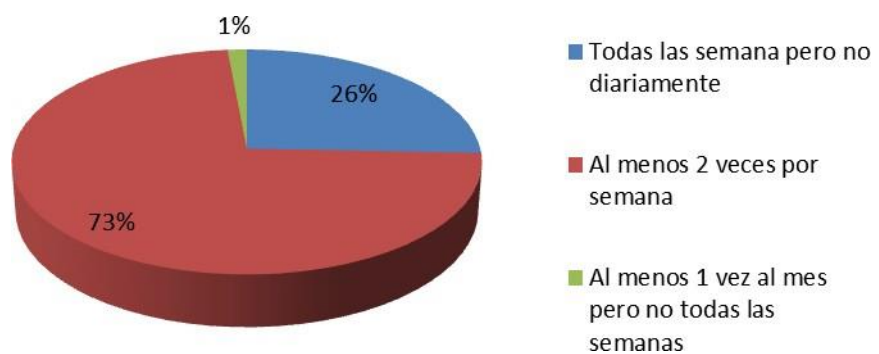
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EL CASERÍO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

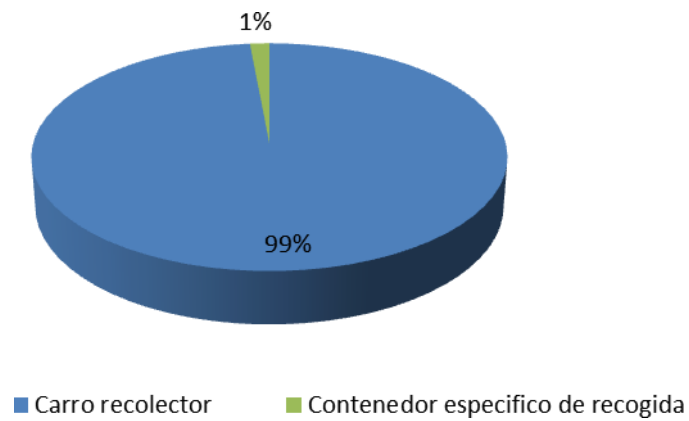
**GRÁFICO N° 12: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013



**GRÁFICO N° 13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**TABLA N° 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si fumo, pero no diariamente	5	2,5
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	37	18,2
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	161	79,3
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Una vez al mes	6	3,0
Ocasionalmente	66	32,5
No consumo	131	64,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	46	22,7
[08 a 10)	126	62,1
[10 a 12)	31	15,3
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	200	98,5
4 veces a la semana	3	1,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	93	45,8
No	110	54,2
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	68	33,5
Deporte	5	2,5
Gimnasia	3	1,5
No realizo	127	62,6
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	108	53,2
Deporte	5	2,5
Ninguna	90	44,3
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

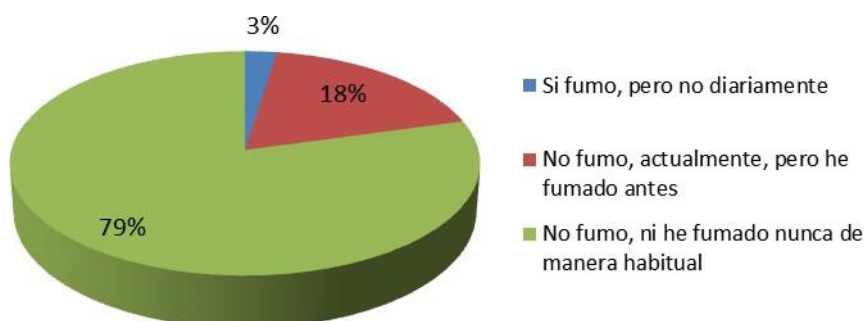
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**TABLA N° 03: ALIMENTACIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

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	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	25	12,3	58	28,6	114	56,2	6	3,0	0	0,0
Carne	25	12,3	120	59,1	55	27,1	3	1,5	0	0,0
Huevos	73	36,0	73	36,0	49	24,1	5	2,5	3	0,0
Pescado	70	34,5	115	56,7	18	8,9	0	0,0	0	0,0
Fideos, arroz, papas.	194	95,6	6	3,0	3	1,5	0	0,0	0	0,0
Pan, cereales	157	77,3	6	3,0	3	1,5	5	2,5	32	0,0
Verduras, hortalizas	69	34,0	68	33,5	58	28,6	8	3,9	0	0,0
Legumbres	49	24,1	52	25,6	102	50,2	0	0,0	0	0,0
Otros	67	33,0	59	29,1	11	5,4	28	13,8	38	18,7

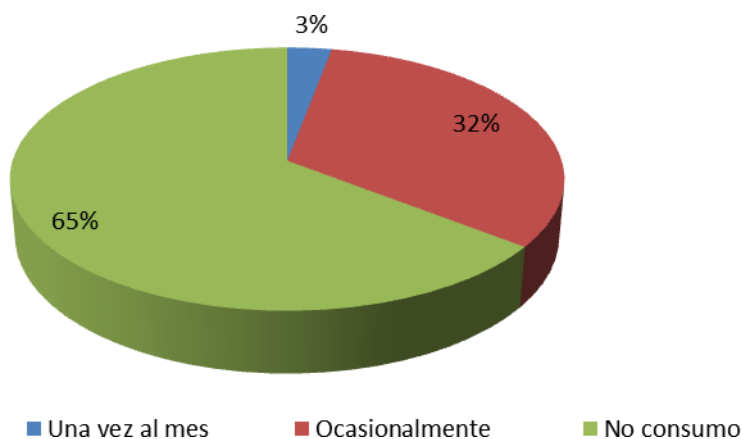
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En El Caserio Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 13: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



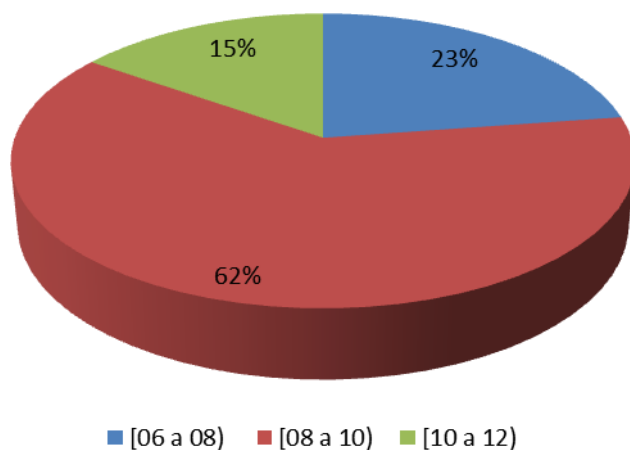
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 14: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



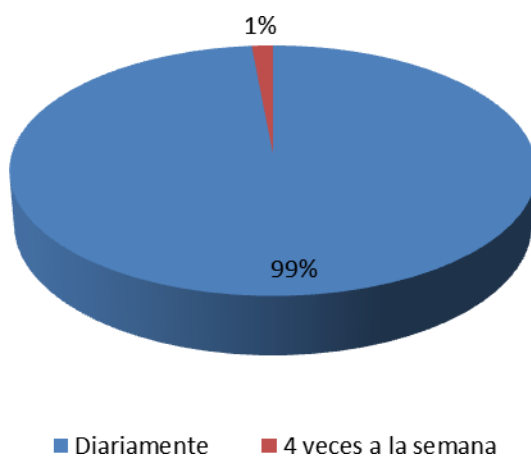
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura 2013

**GRÁFICO N° 15: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



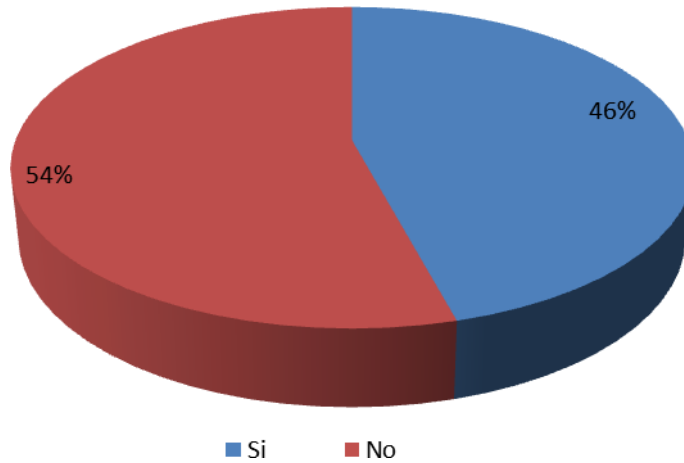
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 16: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



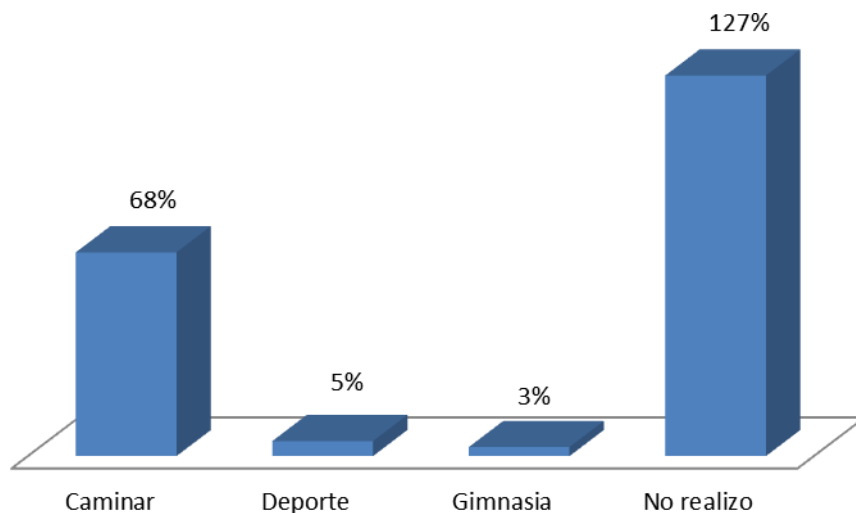
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 17: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



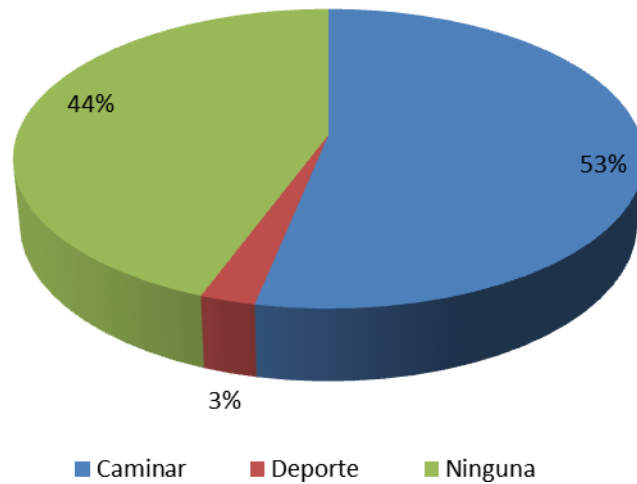
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 18: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



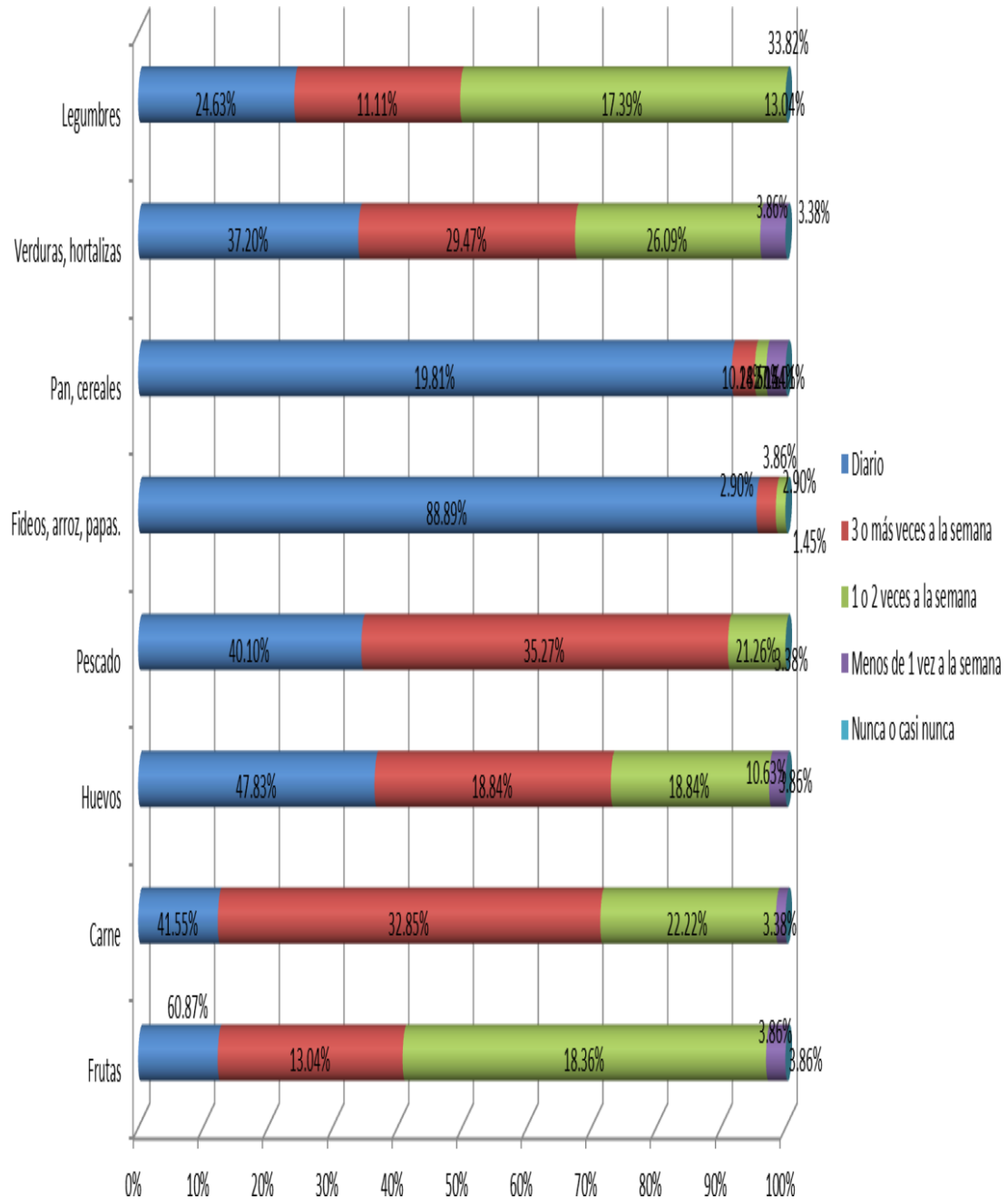
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 19: ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 20: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



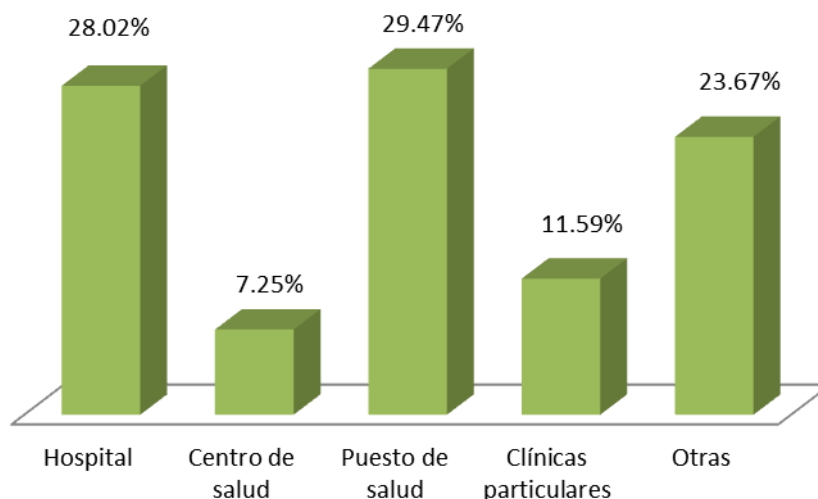
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013



**TABLA N° 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

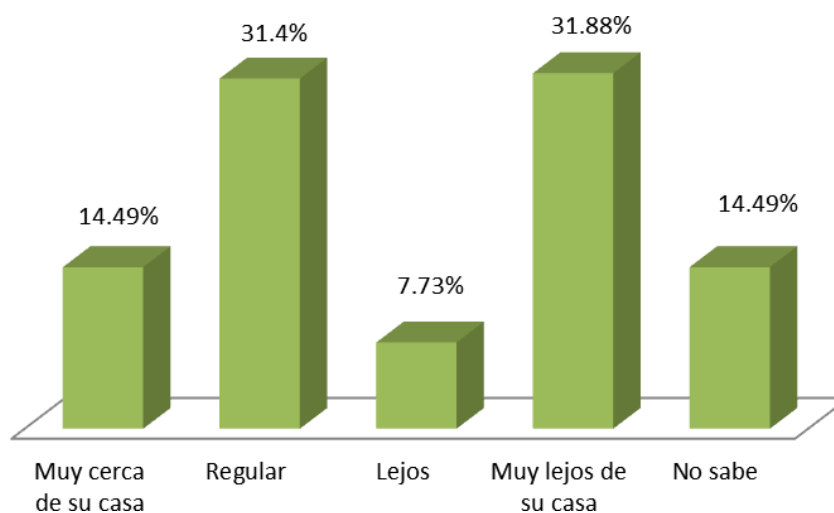
<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	58	28,02
Centro de salud	15	7,25
Puesto de salud	61	29,47
Clínicas particulares	24	11,59
Otras	49	23,67
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,00</b>
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	30	14,49
Regular	65	31,40
Lejos	16	7,73
Muy lejos de su casa	66	31,88
No sabe	30	14,49
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de seguro</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESSALUD	24	11,8
SIS – MINSA	99	48,8
Otros	80	39,4
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy largo	26	12,8
Largo	40	19,7
Regular	111	54,7
Corto	26	12,8
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Buena	84	41,1
Regular	86	42,4
Mala	22	10,8
Muy mala	11	5,4
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	116	57,1
No	87	42,9
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

**GRÁFICO N° 20: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



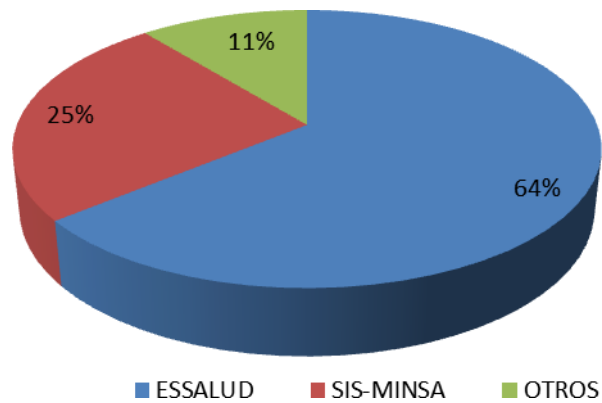
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 21: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



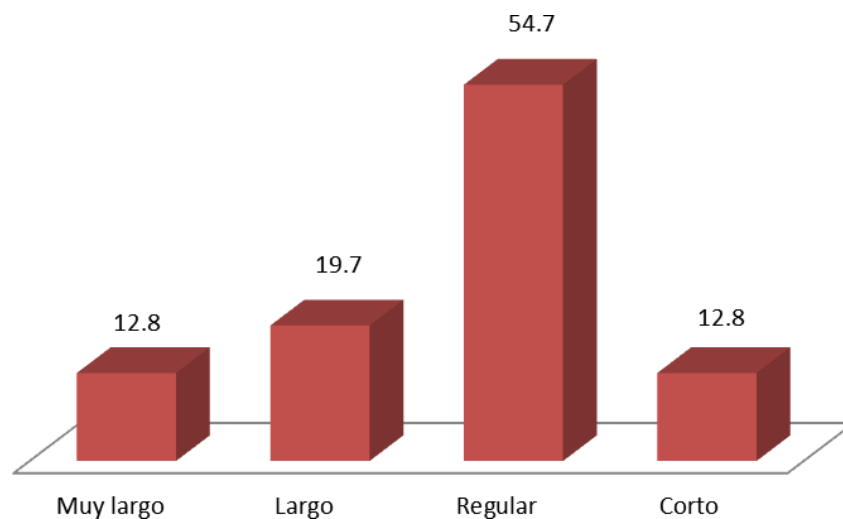
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 22: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



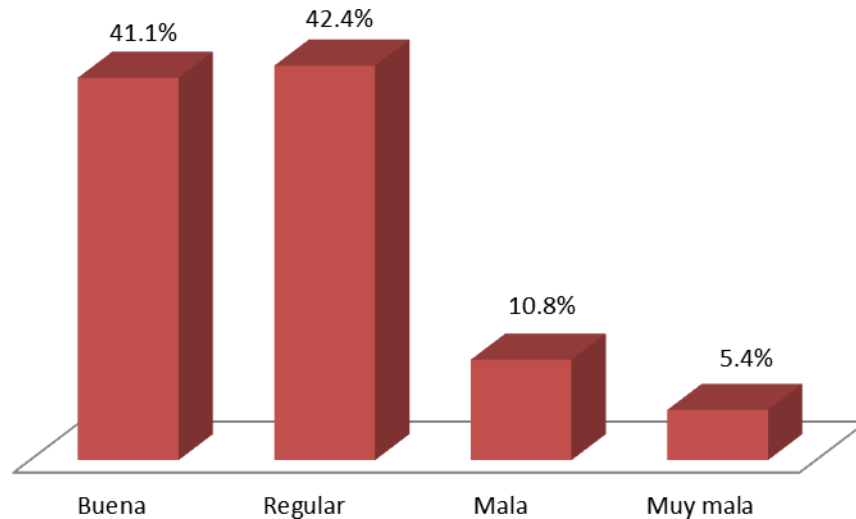
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 23: TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



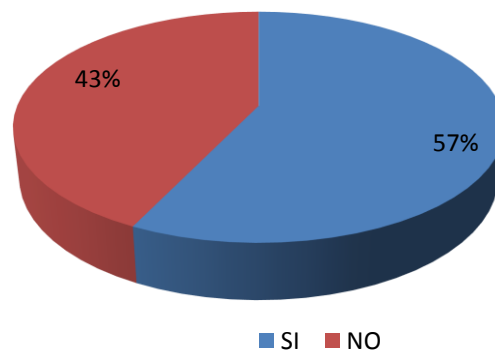
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 24: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 25: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

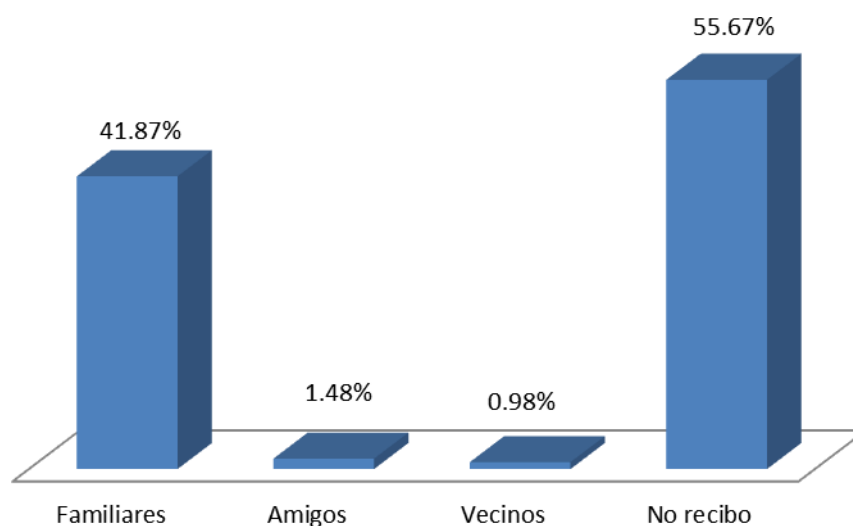
<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	85	41,87
Amigos	3	1,48
Vecinos	2	0,98
No recibo	113	55,67
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Seguridad social	6	2,90
Empresa para la que trabaja	21	10,14
No recibo	176	86,70
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 26: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 27: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



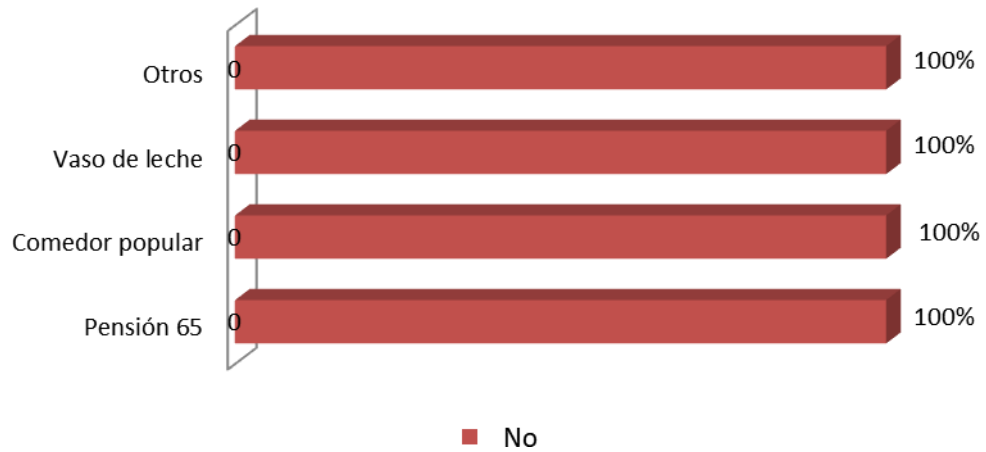
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

APOYO	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Pensión 65</b>	0	0,0	203	100,0	203	100,0
<b>Comedor popular</b>	0	0,0	203	100,0	203	100,0
<b>Vaso de leche</b>	0	0,0	203	100,0	203	100,0
<b>Otros</b>	0	0,0	203	100,0	203	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 28: RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta En el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013

## 4.2. Análisis de Resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud de la persona adulta en el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013.

**En la tabla N° 01:** Del 100% de las personas adultas encuestadas, se observa que el 68,5% de la población es de sexo masculino, el 61,1% son adultos maduros, el 58,6% tiene un grado de inicial/primaria, el 100,0% su ingreso económico familiar es menor de 750 soles y la ocupación del jefe de familia el 80,8% es trabajador eventual.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Castillo A. (49), Determinantes de Salud del Entorno Biosocioeconomicos de los Adultos de Acopampa – Sector A1, Carhuaz, Ancash, 2015, el 63,6% son de sexo masculino, 55% comprenden la edad del adulto maduro, 30,7% tienen un grado de instrucción inicial/primaria 40,9% realizan trabajos eventuales y el 54% tienen un ingreso menor a 750 soles mensuales.

Los resultados difiere por lo investigado por Gamarra, C (50). En la tesis titulada “Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita – Sullana, 2013”, se observa que el 74% es adulto maduro, el 74% tiene el grado de instrucción secundaria con inicial primaria del 69 %, el 23% es trabajador eventual, el 20% de la población es de sexo femenino y el 65% tiene un ingreso económico menor de s/750 soles mensuales.

El sexo es “constituyente” de la persona. Eres varón y mujer desde tu misma raíz, no sólo reflejado en tus órganos genitales, sino también en tu psicología y en tu alma. Como varón te realizas como varón, y como mujer te realizas como mujer. Es decir el varón debe aprender a ser realmente varón y la mujer debe aprender a ser realmente mujer (51).



Edad adulta hasta el siglo XX el concepto de desarrollo a lo largo de la vida fue ignorado por la mayoría de los científicos. Asimismo los psicólogos evolutivos estudian con atención el desarrollo de los adultos dividiendo la vida adulta en diversas etapas. Además pocos criterios científicos para señalar el cambio de un periodo a otro, los límites que señalan el inicio y final de cada etapa son más arbitrarios que en la infancia. Sin embargo su estudio se divide la edad adulta en tres partes: la temprana o juventud, la edad media o madurez y la edad tardía (52).

Se le llama grado de instrucción a un conjunto de enseñanzas o datos impartidos a una persona o entidad. La 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. Cuando la instrucción se corresponde con un ámbito educativo también 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 (53).

También se entiende por ingreso económico a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea política o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumula y que generan como consecuencia a un círculo de consumo de ganancia (57).

Asimismo el trabajo puede ser considerado como un hecho o construcción social reproducida por los individuos y condicionado por el armazón cultural de cada época histórica, de manera que el concepto de trabajo ha sido constantemente redefinido. El trabajo ha devenido en un concepto central en las sociedades occidentales. En torno al mismo se ordenan las diferentes

esferas tanto públicas como privadas de la sociedad y de los individuos. El trabajo es importante en la sociedad actual no sólo por su naturaleza económica sino también por su naturaleza integradora en los terrenos social, política y cultural; no en balde, el trabajo resulta ser la principal fuente de derechos, lo que lo convierte en origen de bienestar objetivo y subjetivo para los individuos (58).

En la investigación realizada en el determinantes de salud en la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013, respecto a la variable género se evidencio que la mayoría de ellos son de sexo masculino, en la etapa de recolección de datos, en su mayoría se le encontró a los hombres en sus casas ya que ellos tienen sus propios oficios como carpintería, soldadura y se dedican al comercia siendo sus puestos de trabajos su propio hogar.

Al analizar la variable edad se obtuvo que l mayoría son los adultos maduros de 40 a 64 años, en esta edad madura las personas se dan cuenta que los mejores años de su vida están pasando sin embargo ya son personas realizadas con todas su expectativas con sus logros y sueños alcanzados y que también habitan ya arraigadamente desde mucho tiempo en su comunidad. Además ellos en esta edad madura velan por sus hijos para que más adelante lleguen a ser grandes profesionales.

Al analizar la variable grado de instrucción inicial primaria porque en aquellos tiempos el que dominaba era el padre y en aquellas comunidades o zonas rurales sus costumbres eran que los hombres tenían que ir al campo en los cultivos y sembríos y en caso de las mujeres ellas salían a pastara a los animales y pues más se priorizaban la agricultura y la ganadería y un minoritario o poco solo estudiaban la primaria porque el resto más se dedicaba a la agricultura y a la ganadería.

Al analizar la variable el ingreso económico, todos los adultos del Caserío nuevo de Simbilá, tienen como sueldo menos de 750 soles, porque la mayoría se dedica a sus trabajos eventuales y se solventan solo la canasta familiar.

Finalmente al analizar la variable ocupación la mayoría cuenta con trabajos eventuales. En este caso son personas que tiene algún oficio como albañiles, soldadores, gasfiteros, etc. que buscan solventar sus gastos con aquellos trabajos que tan solo en ocasiones tienen. Además algunas mujeres solo se dedican a cuidar la casa y los hijos (ama de casa).

**En la tabla N° 02:** Sobre determinantes de la salud relacionadas con la vivienda de la persona adulta en el Caserío nuevo Simbilá-catacaos - Piura Sobre tipo de vivienda el 67,0% es de tipo unifamiliar, la tendencia de vivienda de 100,0% es propia, el 65,0% tiene material de piso de tierra, el 49,3% tiene material de techo es calamina y Eternit, el 52,7% tiene material de paredes de material noble ladrillo y cemento, el 80,3% personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros, el 100,0% tiene conexión domiciliaria , el 91,1% tienen baño propio, el 51,7% cocinan con leña y carbón , electricidad, el 100,0% cuentan con energía eléctrica permanente, el 100,0% depositan su basura en quema, entierra y carro colector, el 72,9% responden que la frecuencia de recoger su basura es de al menos 2 veces a la semana, el 98,5% suelen eliminar su basura en carro colector.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los encontrados por Chinchay, M. (55), “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. En lo referente a los determinantes de la salud relacionados con la vivienda 97,4% tienen vivienda unifamiliar 60,2% cuentan casa propia, 59,7% material de piso tierra, el 66,8% techo de eternit, el 62,2% material de pared de adobe, y 63,8% duermen en una cama de 2 a 3 miembros, en cuanto saneamiento ambiental 100% tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% tiene baño propio, en cuanto a los servicios básicos 61,2% cocinan con gas y electricidad, 98,5%

cuentan con alumbrado eléctrico permanente, 98,5% disponen su basura en carro recolector, 100% recogen la basura en carro recolector todas las semanas pero no diariamente y el 97,4% eliminan la basura en carro recolector.

Los estudios que difieren obtenido por Salas, M. (56), “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano esperanza Baja, Chimbote, 2013”. El 52% tienen vivienda alquilada; el 94% tienen su material de piso hecho de cemento; el 83% tienen su material de techo hecho de eternit, igualmente el 100% tienen su material de paredes de cemento y ladrillos; el 69% tienen dentro de sus viviendas 2 dormitorios, el 100% cuentan con red pública de la vivienda, el 100% cuenta con desagüe dentro de sus viviendas y tienen un tipo de alumbrado eléctrico; el 100% utilizan como combustible el gas para cocinar.

La vivienda unifamiliar es aquella vivienda en la que habita una familia por lo general de uno o más pisos esta también puede ser una residencia habitual permanente o temporal, para una sola familia; Estas se las puede encontrar en conjuntos residenciales o en barrios normales. Su espacio por lo general la planta baja de una vivienda unifamiliar de varias alturas es fundamental y es que muchas veces nos da pereza subir las escaleras, además estas entrañan cierto peligro para los niños y puede ocurrir que en un determinado momento en la casa haya alguien que por edad o enfermedad no pueda acceder a los pisos superiores, así pues, el diseño de la planta baja es crucial para un confort garantizado de forma perenne (57).

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

las viviendas colectivas, donde suele desarrollarse la propiedad horizontal (58).

Por tanto una vivienda unifamiliar aislada o exenta. Es aquella edificación en la que vive una familia que no tiene contacto físico alguno con otros edificios. Generalmente se encuentran rodeadas en todos sus alrededores por terrenos que pertenecen a la misma vivienda, los cuales se utilizan por ejemplo como jardines privados. En este caso puede haber diferencias ya que la vivienda puede tener uno, varios o todos sus lados de forma alineada a la vía pública (59).

Entonces se dice que la tenencia de tierra es una institución, es decir, un conjunto de normas inventadas por las sociedades para regular el comportamiento. Las reglas sobre la tenencia definen de qué manera pueden asignarse dentro de las sociedades los derechos de propiedad de la tierra. Definen cómo se otorga el acceso a los derechos de utilizar, controlar y transferir la tierra, así como las pertinentes responsabilidades y limitaciones. En otras palabras, los sistemas de tenencia de la tierra determinan quién puede utilizar qué recursos, durante cuánto tiempo y bajo qué circunstancias (60).

Cuando hablamos del número de personas que duermen en una habitación implican estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario, el dormir, el descanso, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para la atención que podamos prestarles a las cosas; obviamente, la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente. Lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada (61).

En cuanto al abastecimiento de agua del potable latino agua, el agua es una sustancia formada por dos átomos de hidrógeno y un átomo de oxígeno. Se trata de un elemento imprescindible para la vida y del componente presente con mayor extensión en la superficie de nuestro planeta. Lo potable, por su parte, es aquello que puede beberse sin riesgos para la salud. A pesar de que encontramos mucha agua en nuestro planeta, el agua destinada al consumo poblacional es poca, pues solo se usa el agua dulce que representa cuarenta y dos millones de los mil cuatrocientos millones de kilómetros cúbicos totales. De las aguas dulces, la mayor cantidad está en las zonas heladas, y solo una mínima parte, un 20 %, en ríos, lagos y aguas subterráneas. El agua para el consumo surge en su mayor parte de las cuencas hídricas (62).

En tanto la eliminación de excreta se localizará en terrenos secos y en zonas libres de inundaciones. En terrenos con pendiente, la letrina se localizará en las partes bajas. La distancia mínima horizontal entre la letrina y cualquier fuente de abastecimiento de agua será de 15 metros. La distancia mínima vertical entre el fondo del foso y el nivel máximo de aguas subterráneas será de 1.5 metros. Se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua (alcantarillado o pozos con o sin tratamiento); excluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas como las letrinas. Generalidades (63).

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 (64).

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 (65).

Al respecto sobre la frecuencia con que pasa el carro recolector por su casa la frecuencia sucesiva en horario establecido mantiene un ambiente menos contaminado, con mejor presencia gracias al reciclaje se previene el desuso de materiales potencialmente útiles, se reduce el consumo de nueva materia prima, además de reducir el uso de energía, la contaminación del aire (a través de la incineración) y del agua (a través de los vertederos), así como también disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero en comparación con la producción de plásticos (66)

Al analizar la variable tipo de vivienda en el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013, se evidencia que todos tienen vivienda propia, muchas de ellas por herencia de sus padres, la mayoría de los adultos el tipo de vivienda que encontré es unifamiliar donde solo es habitada por padres e hijos, la vivienda es el lugar donde no solo tendremos el refugio sino también el lugar donde descansar y desarrollarnos diariamente, un pilar fundamental de toda la familia.

Al analizar la variable piso en el Caserío Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013, se evidencia que la mayoría de los adultos el material de piso es de tierra y más de la mitad tienen material de paredes de ladrillo, la mayoría duermen de 2 a 3 miembros en una habitación; menos de la mitad techo de calamina y Eternit. Aun así se encontraron viviendas que no reúnen las condiciones adecuadas de habitabilidad, esto son viviendas de calamina y piso de tierra, resultado que nos estaría indicando que el determinante socioeconómico puede

repercutir en el acceso a vivienda digna y adecuada que permita elevar el bienestar y la calidad de vida.

En relación abastecimiento de agua se evidencia que la mayoría de los adultos tienen abastecimiento de agua red pública, tienen letrina, todos tienen energía eléctrica permanente, la mayoría tiene disposición de basura a campo abierto, todos eliminan su basura en montículo o campo limpio; más de la mitad cocinan en gas.

**En la tabla N° 03:** sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los Adultos En El Caserio Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013. El 79,3% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. Así como el 64,5% no consumen bebidas alcohólicas. El 62,1% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 99,03% se baña diariamente. Así también el 52,09% no se ha realizado ningún examen médico. El 62,6% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Así mismo el 53,2% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia se observa que 1 a 2 veces por semana el 56,2% consume frutas, 59,1% consume carne de 3 a más semanas, 59,1% consume huevos diariamente, 40,10% consumen pescado, 88,89% consume fideos. También se encontró el 28,50% consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana, el 37,20% consume verduras y hortalizas diariamente, y el 33,82 nunca o casi nunca consumen otros alimentos.

Los resultados obtenidos en el presente estudio se asemejan con Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (68), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín - Colombia 2011. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es severo en el 9,6%, moderado en el 7,6% y leve en el 8,3%. El 17,2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado



representan el 57,3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar. Conclusiones: fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida.

Los resultados se asemejan a los obtenidos por Gámez Z. (69), quien investigó: Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina - 2005. Aplico una encuesta en hogares en 5 grandes centros urbanos del país con el objetivo de conocer el perfil de tabaquismo de la población. Se encuestaron 1.200 personas de ambos sexos entre 13 y 64 años en Buenos Aires, el 32,7% de todos los encuestados era fumador. Si consideramos solo el grupo de los mayores de 18 años el 33,7% era fumador. La prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (38% vs 26,8%). El grupo que concentra más fumadores es el de varones de 19 a 24 años donde el 45,7% fuma. Se observó mayor prevalencia en niveles socioeconómicos bajo (32,80%) y medio (36,90%) comparado con el nivel alto (24%).

Los resultados encontrados son casi similares con Elizondo A, Guillén F, Aguinaga I. (70), en su estudio denominado Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona-2005. Encontrando que un 76,6% de las mujeres tienen un estilo de vida sedentario, mientras que en los varones este porcentaje se reduce hasta un 56,7%. El sedentarismo se incrementa con la edad, existiendo hasta un 80,3% de varones sedentarios en el grupo de mayor edad, y un 86,3% entre las mujeres. Conclusiones: Los factores sociodemográficos como sexo, edad, estudios, profesión y estado civil parecen ser determinantes del estilo de vida sedentario, mientras en consumo de tabaco y la existencia de sobrepeso y obesidad no lo son.

Los resultados son casi similares a los encontrados por Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F (71), quienes estudiaron sobre la Actividad física: Desafío para la promoción de la salud en Medellín-Colombia 2008. Se evalúan conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física y sus factores asociados. Encontrando que solo una de cada cinco personas que corresponde al 21,1% realiza suficiente actividad física para proteger la salud. La actividad física es mayor en los hombres, y aumenta con el nivel socioeconómico y con la educación. El sedentarismo se adopta tempranamente en la juventud y se mantiene a lo largo de la vida. Conclusión: La elevada proporción de sedentarismo en la población podría estar agravando la carga por las enfermedades crónicas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con el de Rojas, D. (72), quien investigó sobre el Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil - 2004. La muestra fue de 2909 mujeres entre 15 a 49 años. Más de 20% de mujeres presentan deficiencias en el consumo de energía y nutrientes. Conforme se incrementan las necesidades básicas insatisfechas las adecuaciones del consumo van disminuyendo, a excepción de carbohidratos y hierro. Conclusiones: Las condiciones de pobreza influyen sobre su consumo de energía y nutrientes disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de salud y nutrición.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno (73).

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (74).

Consumo de tabaco y alcohol. Los diferentes cambios sociales que se han presentado en las últimas décadas, se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las cuales han afectado la vida de las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud (75).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (76).

Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (77).

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

que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (78).

En la investigación realizada a la persona Adulta del Caserio nuevo Simbilá-Catacaos - Piura, 2013, en relación a los Determinantes de los estilos de vida se encontró que un mayor porcentaje no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasional, lo que puede ser atribuido a la difusión de publicidad que promocionan bebidas alcohólicas que incitan el consumo de alcohol es menor que en localidades urbanas, los medios de comunicación son menos accesibles como en el medio urbano, también estos hallazgos se deban a que el consumo de alcohol y tabaco esta relacionado con prácticas culturales y sociales.

Por otro lado este hallazgo se deba probablemente a factores culturales como presencia de fiestas patronales, eventos culturales y religiosos, en donde el consumo de bebidas alcohólicas aumenta y los adultos son vulnerables al consumo de tabaco que pueden llevar a riesgos la salud.

En cuanto al examen médico periódico, en un establecimiento de salud probablemente estos resultados se deban a que los adultos no cuentan con los medios económicos suficientes para el acceso a un examen preventivo, motivos de lejanía, limitada organización de tiempo o por creencias y costumbres. Su importancia del examen médico es efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera el chequeo médico se convierte en una herramienta esencial para la detección precoz de enfermedades en poblaciones aparentemente sanas. Su implementación podría reforzar la medicina preventiva principalmente en lo que se refiere a la prevención secundaria, lo que se puede traducir en una mejoría en la calidad de vida de la población.

En cuanto a la variable actividad física la mayoría de las personas adultas no realiza actividad física más de 20 minutos, estos resultados pueden deberse a la falta de tiempo, de interés, de habilidad, de energía, de dinero, o por falta de motivación, estos comentarios son muy válidos, pero no justificables, ya que el no realizarlo puede ser un riesgo en la salud de la población. La carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

Las conductas sedentarias pueden favorecer el hábito del tabaco, la inadecuada ingesta alimentaria, lo que conlleva a problemas de obesidad y sus consecuentes trastornos como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, entre otras.

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. También por factores culturales, sociales como la influencia de la publicidad, por falta de tiempo o porque les resulta más práctico, lo que se traducen en una alta ingesta de carbohidratos, grasas totales y saturadas, que en conjunto con el sedentarismo, pueden favorecer el exceso de peso y las enfermedades crónicas.

**En la tabla N°04:** Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que de la Persona Adulta del Caserío nuevo Simbilá-catacaos - Piura. El 29,47% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 31,88% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy lejos de su casa, el 43,96% está asegurado en el SIS-MINSA, el 46,38% espero regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 59,42% considera regular la calidad de atención. El 79,71% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Estos resultados son casi similares con el realizado Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. (79). En su investigación sobre Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008. Donde se observa que el 56,7% de los peruanos reportaron haber tenido alguna enfermedad o accidente, de estos solo el 32,1% acudió a un establecimiento de salud. Según ámbito geográfico los residentes de la sierra reportaron mayor enfermedad 61,8%; sin embargo acudieron en menor proporción a buscar atención en un establecimiento de salud 28,9%.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo obtenido por Morera M y Aparicio A (80), en su investigación sobre Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica - 2010. Los resultados revelan que los entrevistados con nivel de educación universitaria completa tienen una mayor probabilidad de acudir al médico. No se observaron diferencias en la proporción de población entre los quintiles de ingreso, y resulto que un 86% están asegurados. El 73% refiere buen estado de salud y el 33% indica que padece una o más enfermedades crónicas. Concluyendo que los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia.

Los resultados del estudio se asemejan con Solis R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, et al. (81), quienes estudiaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores, 48% de ellos no tenían seguro de salud, los participantes sin seguro o coberturados por el seguro público (SIS) tuvieron menor nivel educativo y de vida ( $p < 0,001$ ). El sistema público atiende al 62.1%, incluyendo encuestados con seguro social. La percepción de un estado de salud óptimo se asoció con la afiliación a un seguro privado y una edad menor de 35 años. Conclusiones: Los sistemas de seguro de salud cubren diferentes segmentos socio-económicos, los asegurados de sistemas privados presentan mejores condiciones de vida.

Los resultados se acercan con los de Rodríguez S. (82), en su estudio sobre Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia - 2010. Se Utilizó la encuesta de Calidad de Vida 2008. Encontrando entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21,38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87,2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14,4%), como para la población sin él, 50,24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud.

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Asimismo, han de estar en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc (83).

Desde la Salud Pública conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad (84).

El gasto en salud ha sido reconocido como un generador de pobreza, ya que los problemas de salud afectan a millones de personas que no pueden acceder a la asistencia médica, y los gastos generados por asistencia médica afectan significativamente a los hogares. Es por ello que la exclusión de la seguridad social tiene un importante impacto sobre la pobreza y el desarrollo del individuo y su familia (85).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (86).

En la investigación realizada a la Persona Adulta del Caserío Nuevo Simbilá, tiene acceso a los servicios de salud, ya que en la zona existe un Puesto de Salud, la mayoría considera que el lugar donde lo atendieron está lejos y cuenta con SIS, pero como no ofrece todos los servicios médicos las personas adultas se trasladan a Piura para atenderse y por ello también lo consideran lejano, la atención fue regular, esto puede ser por los tiempos de espera, deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico o el trato del personal y ello puede comprometer a que la población luego asista nuevamente a los servicios de salud.



Por otro lado en cuanto a la calidad de atención este hallazgo se deba probablemente a una menor calidad de atención que puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas en la salud y bienestar, así como un menor acceso a los servicios de salud de la población, por ello la importancia de brindar una atención que cumpla con todos los estándares de calidad.

Se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas refieren que no existe delincuencia en la zona, esto puede deberse a la educación implantada en el núcleo de la sociedad (familia) y también a que es un caserío pequeño y alejado de la ciudad de Piura.

**En la tabla N° 05:** Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los Adultos del Caserío Nuevo Simbilá . El 56,52% no recibió recibido apoyo social natural, el 86,96% no ha recibido apoyo social organizado.

El presente resultado se asemeja a los encontrados por Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. (87), quienes investigaron sobre Apoyo social y salud: un análisis de lugareños. La muestra estuvo formada por 2 169 personas adultas de la población general. Las correlaciones con las variables sociodemográficas son bajas y significativas sólo en las mujeres. El apoyo social, correlaciona con el nivel de estudios y en un sentido negativo con el número de hijos y la edad. No hay diferencias de género entre los casados, pero los solteros perciben menos apoyo social que las solteras. Tanto las mujeres como los hombres profesionales tienen más apoyo social que las personas que desempeñan un empleo manual [ $F(3.1821)=9.76$   $p=0.000$ ], y las amas de casa informan de menos apoyo social que aquellas que tienen un empleo no manual y las profesionales.

El resultado difiere a los encontrados por Rodríguez D (88), Redes Sociales: Relaciones Y Vínculos Conscientes en el centro cívico de alhóndiga. Madrid. España. 2009. Con una muestra de 22 personas donde se encontró lo siguiente:

El apoyo emocional (escucha y afecto) lo ofrecen fundamentalmente el esposo/a (100%). En cuanto a la frecuencia de contactos la ayuda es diaria en el 68% de los casos. El apoyo material (apoyo para gestiones, apoyo económico y ayuda con tareas) lo ofrecen esposo/a (100%). La frecuencia de recibir dicha ayuda es diaria en el 27 %de los casos. El apoyo informativo (consejo y refuerzo positivo) lo ofrecen fundamentalmente hijo/a (45%). En lo relativo a la frecuencia es diaria en el 36 % de los casos.

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío Nuevo Simbilá sobre Determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que la mayoría refiere que no recibió apoyo social. Resultado que nos estaría indicando que el apoyo social en la población no se da de manera frecuente probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud porque ayudarían a las personas 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.

Esa referencia nos ilustra como las redes sociales son importantes ya que su ausencia probablemente pueda afectar la salud psicológica, la salud física, la percepción de salud y la manera como se manejan las enfermedades en las personas. Por ello el apoyo de familiares, amigos y comunidades puede estar asociado a una mejor salud.

**En la tabla N° 06:** En los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, podemos observar que en los Adultos del Caserío Caserío Nuevo Simbilá, En lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 83,09% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 94,69% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 71,98% no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 98,55% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado.

El presente estudio difiere a los encontrados por Zibeche, R (89). En su estudio denominado Comedores Populares de Perú: Contra el Hambre y Soledad. - 2007. Es interesante observar a quiénes van dirigidas las raciones: el 60% a las socias y sus familias; un 12% a las socias que cocinan como compensación por su trabajo (no hay pago en efectivo); un 8% son donados a personas pobres del barrio. Sólo se venden el 18% de las raciones producidas por el comedor.

Los resultados difieren a lo encontrado por Zapata, M (90). En su estudio denominado el programa vaso de leche en el Perú. 2011. Quien encontró que de acuerdo a la información registrada en los propios padrones se encontró que (sin considerar el departamento de Lima) el 69% de los beneficiarios del programa eran efectivamente población considerada como prioritaria por el programa (niños entre 0 y 6 años y madres lactantes y gestantes), mientras que el 17% de los beneficiarios eran población considerada como de segunda prioridad y el 14% restante la constituían personas no contempladas como beneficiarios en el diseño del programa.

El Programa del Vaso de Leche es un programa social alimentario que implementa el estado a través de las municipalidades y el cual está dirigido a grupos más vulnerables de la población, su objetivo principal es mejorar la nutrición de los beneficiarios, ayudar a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra (91).

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío Caserío Nuevo Simbilá, en relación a los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se encontró que la mayoría refiere no recibir apoyo del Programa Pensión 65, del comedor popular, del programa vaso de leche, ni de otra institución. Esto puede deberse a que la población es adulta madura, se encuentra en una zona alejada de la ciudad de Piura , y en su mayoría son analfabetos.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación se detalla las siguientes conclusiones:

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que más de la mitad de personas adulta son adultos maduros, sexo femenino, la mayoría no tiene ningún nivel de educación, un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y más de la mitad tienen un trabajo estable.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, tiene su piso de concreto, casi en su totalidad tiene techo de calamina o Eternit, más de la mitad tiene sus paredes de adobe y en una habitación duermen de 2 a tres miembros. La mayoría se abastece de agua de acequia, con letrinas para la eliminación de excretas. Más de la mitad utiliza el gas para cocinar sus alimentos, casi en su totalidad tienen energía eléctrica permanente. Menos de la mitad entierra o quema su basura y la mayoría elimina su basura en montículos o campo limpio.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida, la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, más de la mitad consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, casi en su totalidad se bañan diariamente, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico. Menos de la mitad no realizan ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume fideos diariamente, menos de la mitad consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana, verduras y hortalizas diariamente.

- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses y consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy lejos de su casa, así mismo tiene seguro del SIS-MINSA, considero el tiempo de espera regular, también más de la mitad consideran regular la de calidad atención que recibieron, la mayoría refiere que no existe delincuencia o pandillaje en la zona. Más de la mitad no recibió apoyo social natural, así también la mayoría no recibió apoyo social organizado, no recibe apoyo del Programa Pensión 65, no reciben apoyo del Comedor Popular, no recibe apoyo del Programa Vaso De Leche y casi en su totalidad no reciben apoyo de ninguna otra organización.

## 5.2. Recomendaciones

- Hacer de conocimiento a las autoridades del Caserío Caserío Nuevo Simbilá, Dirección Regional de Salud, Municipalidades de Catacaos y Piura con la finalidad de que trabajen mancomunadamente para mejorar la calidad de vida de la población.
- Informar de estos resultados al establecimiento de salud de la localidad de tal manera que en coordinación con del Ministerio de Educación se fomente conductas saludables desde temprana edad a través, talleres, campañas, etc. Para corregir los malos hábitos alimenticios.
- El personal de salud debe focalizar a las familias de alto riesgo vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.
- Promover y realizar investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niño V. Metodología de la Investigación: diseño y ejecución [Internet]. Bogotá: Ediciones de la U; 2011. [Citado 2018 Ago. 1]. Disponible en <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198784>
2. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Colombia: 2006. [Serie Internet] [2017 setiembre 18]. URL: [http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
3. Lemus, J, Oroz V. Salud pública y atención primaria de la salud [Internet]. Buenos Aires: Editorial; 2013. [Citado el 2018 agosto 7]. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocaulachsp/detail.action?docID=4822683>
4. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres: Routledge. 71-93, 1996.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
6. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16.
7. 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.

8. Colomer C, Álvarez C. Promoción de la Salud y Cambio Social. 1 ed. Barcelona, España. Elsevier MASSON. 2016.
9. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.
11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
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. Puesto de Salud Nuevo Simbilá-Catacaos - Piura. Oficina de estadística. Censo realizado en el mes de julio del 2012.
14. Ciro M. Los determinantes sociales de la salud en México. México, D.F., 2013.[Citado el 12 Marzo del 2017] Disponible en:<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11224627&ppg=149#ppg=550>
15. Cáceres A. Tesis sobre la situación social de pobladores de Nicaragua – 2008.
16. Cano S. Factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato en el adulto mayor según región del departamento de Antioquia, 2012. Medellín 2013. [Citado 19 mar 2018]. Disponible en URL: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3633/1/7.pdf>



17. Carrillo G Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013.
18. Polanco K, Ramos L. Eliminación de Residuos sólidos en Huancané” Puno, 2008.
19. Cárdenas H, Roldan L. investigación "Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Peru
20. Sobrevilla V. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el caserío Nuevo Simbilá- Catacaos - Piura, 2013
21. Farfán F, Flores C. Diagnostico Socioeconómico Del Distrito De Castilla Periodo 2007-2010 [Tesis para optar el título de licenciado en economía]. Piura-Castilla; 2011 Disponible en: [https://joseordinolaboyer.files.wordpress.com/2011/11/flores\\_farfán\\_rev\\_job.pdf](https://joseordinolaboyer.files.wordpress.com/2011/11/flores_farfán_rev_job.pdf)
22. Dalhigren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
23. 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.
24. Sarría A, Villar F. Biosocioeconomicos sobre la Promoción de la salud en la comunidad. Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2014. ProQuest ebrary. Web. 8 August 2017.

25. Sanabria P, et al. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio, Red Revista Med, 2009. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3180334>
26. Spione, M. Mujer, redes sociales y nutrición infantil doméstica. En: Mujer, trabajo y ciudadanía. En: Mujer, trabajo y ciudadanía. p. 147-192, CLACSO, 2010. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4435089> Created from bibliocauladechsp on 2018-01-17 07:25:49
27. Solano D. Trabajo, raza, ciudadanía y estilos de vida en Colombia durante el siglo XIX. Revista de Ciencias Sociales. 17(2), 2011. Zulia, VE: Red Universidad del Zulia, 2011.
28. Educacion. Washington D. C., US: Organización Panamericana de la Salud, 2001. ProQuest ebrary. Web. 8 August 2017. <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10268737>
29. Clases de educación México. Informe sobre los tipos de educación que existen. 2013. [Serie Internet]. 2013 [Citado el 2017 Marzo 22]. Disponible en <https://sites.google.com/site/formalnoformalinformal/tipos-de-educacion>
30. Uribe G, Rodríguez G, Servicios de salud en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del seguro popular en el municipio de León-Guanajuato. Buenos Aires, ARGENTINA: CLACSO, 2015.
31. Frenk, J. El territorio de la población: hacia una nueva salud pública sobre el territorio México, D.F., MÉXICO: FCE - Fondo de Cultura Económica, 2016. ProQuest ebrary. Web. 8 August

2017.<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11295631>

32. Caserio. Concepto y clases de caserio[Serie Internet]. 2010[Citado el 2017 Marzo 22]. Disponible en <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=17&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJrren2efYAhUB0IMKHdRCes>
33. Uribe G, Rodríguez G, Servicios de salud en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del seguro popular en el municipio de León-Guanajuato. Buenos Aires, ARGENTINA: CLACSO, 2015.
34. Seivewright S. Diseño e investigación (2a. ed.) [Internet]. Barcelona: Editorial Gustavo Gili; 2013. [Citado 2018 Ago. 1].Disponible en <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3227044>.
35. Alesso M. Revista de Investigación Científica. Circe. 15, 2011 [Internet]. La Pampa: Red Universidad Nacional de La Pampa; 2011. [Citado 2018 Ago. 1]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3210428>.
36. Hernández R, Coello S . El proceso de investigación científica (2a. ed.) [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2012. [Citado 2018 Ago. 1]. Disponible en URL: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198455>.
37. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas.

- CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
38. OPS, OMS, 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%20sexualidad%20conceptos.htm>
39. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)
40. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. Fundación latinoamericana de innovación social. México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
41. Moran A. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en url: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf)
43. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

44. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)
45. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
46. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en url: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
47. 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.shtml>
48. Hernández et al. 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>
49. Castillo A. Determinantes de Salud del Entorno Biosocioeconomicos de los Adultos de Acopampa – Sector A1, Carhuaz, Ancash, 2015
50. Gamarra, C. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita – Sullana, 2013 [fecha de acceso 18 de abril] (tesis en línea)URL disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

51. Girondella L. género: definiciones. [Catálogo en internet] 2012. [Citado 2016 Diciembre 15]. [Alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
52. Homburger E. La etapa del adulto maduro. [Portada en internet]. España 2009. [Citado 2016 Diciembre 15]. Disponible en URL: <http://www.slideshare.net/wenceslao/etapas-del-desarrollo-humano>
53. Secretaría de Educación Pública – Grado de instrucción Dirección General del Bachillerato, Estructura del Sistema Educativo en Perú. Revisado el 1 de mayo de 2013. [Citado 2016 Set 16]. Disponible en URL: [https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_educativo\\_del\\_Per%C3%BA](https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_educativo_del_Per%C3%BA)
54. Girón S. Diferencia entre trabajo, empleo y ocupación [artículo en internet]. 2011. [Citado 2016 Diciembre 15]. Disponible: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Diferencia-Entre-Trabajo-Empleo-y-Ocupaci%C3%B3n/1573453.html>
55. Chinchay, M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013 [Citado 2017 Set. 04]. Disponible en URL: [http://www.wikilearning.com/articulo/cay\\_puesto\\_de\\_trabajo/16441-3](http://www.wikilearning.com/articulo/cay_puesto_de_trabajo/16441-3)
56. Salas, M. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano esperanza Baja, Chimbote, 2013 [fecha de acceso 18 de abril] (tesis en línea) URL disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
57. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. 2008; 25(4): 419-30.
58. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.

59. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
  
60. Tenencia de Vivienda. Material de construcción[artículo en internet]. [Páginamodificada Enero.29]. [1 pantalla]. 2011. Disponible en [URL:es.pedia.org/wiki/ tenencia de vivienda](http://es.pedia.org/wiki/tenencia_de_vivienda)
  
61. Luarte E. Definición de habitación. Conceptos. [Documentos de internet],[Citado 2017abril 20]. Disponible en URL: <http://Concepto de habitación.com>
  
62. Estrada A. Red de abastecimiento de agua potable. Revista ARQHYS. 2012.p. 12. [Citado 2017abril 13]. Disponible enURL:<http://www.arqhys.com/contenidos/red-agua.html>
  
63. Ministerio de Salud. Saneamiento ambiental. [Serie Internet] [Citado el 2014setiembre 25] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el [URL:http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/44.pdf](http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/44.pdf)
  
64. Zatan G. Tipos de combustibles -10ejemplos.Nota completa. [Documento eninternet]. [Citado 2017abril 8].Disponible en [URL:http://10ejemplos.com/tipos-de-combustibles](http://10ejemplos.com/tipos-de-combustibles)
  
65. Leslieph Disposición del recojo de basura. [Artículo Arquitectura Arquys] ,2014 [citado 2016 sept 22] disponible en [URL:https://es.scribd.com/doc/53617183/Abastecimiento](https://es.scribd.com/doc/53617183/Abastecimiento)
  
66. Palacios M. los Servicios de salud, limpieza de piso. [Reporte en internet]. [Citado 2017 Diciembre 15]. [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/peligranlosserviciosdesaludenlaisla-2193022/>

67. Ordinola Disposición de excretas. [artículo en internet]. 2015. [Extraído marzo -pág. 3]. [pantalla 1]. Disponible en URL: <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>
68. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín - Colombia 2011
69. Gámez Z. Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina - 2005.
70. Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona-2005
71. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F . Actividad física: Desafío para la promoción de la salud en Medellín-Colombia 2008
72. Rojas, D. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil - 2004.
73. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2010 Ago. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en: URL <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
74. Martínez L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. Redalyc 2011; 29(2): 163-169.
75. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013. 89



76. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Serie Internet]. [Citado 2016Diciembre 15]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011
77. Días S. Exámen físico médico: Medline Plus en español. [Revista en internet].[Citado 2017abril 16]. Disponible en [URL:http://www.medlineplus.gov/spanish/healthscreening.html](http://www.medlineplus.gov/spanish/healthscreening.html)
78. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F. Actividad física desafío para la promoción de la salud en Medellín Colombia. Redalyc 2008; 26(2): 117-123.
79. Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008.
80. Morera M y Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica – 2010
81. Solis R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodriguez R, Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009.
82. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia -2010. Se Utilizó la encuesta de Calidad de Vida 2008
83. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en url: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
84. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.

85. Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J.. Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Biblioteca nacional. Lima. Perú, 2010. Primera edición. Imprenta Jose Antonio Lujan. Rev. Min. Salud. 2010; 4: 110.
86. Gonzales A. Heredero A. Calidad de seguro, 2ed. ediciones Díaz de Santos,1994, Madrid ,N.º 136 páginas, disponible en:[https://books.google.com.pe/books?id=tSDtxOzvO&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_g e](https://books.google.com.pe/books?id=tSDtxOzvO&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_g e)
87. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. investigaron sobre Apoyo social y salud: un análisis de lugareños.
88. Rodríguez D. Redes Sociales: Relaciones Y Vínculos Conscientes en el centro cívico de alhóndiga. Madrid. España. 2009.
89. Zibechi, R. En su estudio denominado Comedores Populares de Perú: Contra el Hambre y Soledad. -2007.
90. Zapata, M. En su estudio denominado el programa vaso de leche en el Perú. 2011.
91. Zapata, M. Programa vaso de leche en el Perú. 2011[artículo en internet] citada Marzo 2014. Disponible en url: [http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/ene/revges\\_1160.pdf](http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/ene/revges_1160.pdf)

## ANEXOS



### ANEXO N° 01

#### CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) + e^2 (N-1)}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 430)

$z_{1-\alpha/2}^2$ : Abscisa de la distribución normal a un 95% de nivel de confianza

$$(z_{1-\alpha/2}^2 = 0,975 = 1.96)$$

P: Proporción de la característica en estudio (P = 0.50)

E: Margen de error (E = 0.05)

**Calculo del Tamaño de Muestra:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (430)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (430-1)}$$

n= 230 Personas adultas



**ANEXO 02**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA  
PERSONA ADULTA EN EL CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS -  
PIURA, 2013

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

...

Dirección.....

**INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente y marque su respuesta con absoluta veracidad ya que los resultados no serán divulgados y solo se utilizarán para fines de la investigación.

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO:**

- Sexo: Masculino ( ) 1 Femenino ( ) 2
  
- Edad:
  - Adulta joven de 18 – 29 años ( )1
  - Adulta Madura de 30 – 59 años ( )2
  - Adulta mayor ( )3

- Grado de instrucción:
  - Sin nivel ( )1
  - Inicial/Primaria ( )2
  - Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )3
  - Superior no universitaria ( )4
  - Superior universitaria ( )5
  
- Ingreso económico familiar en nuevos soles
  - Menor de 750 ( )1
  - De 751 a 1000 ( )2
  - De 1001 a 1400 ( )3
  - De 1401 a 1800 ( )4
  - De 1801 a más ( )5
  
- Ocupación del jefe de familia
  - Trabajador estable ( )1
  - Eventual ( )2
  - Sin ocupación ( )3
  - Jubilado ( )4
  - Estudiante ( )5
  
- Vivienda
  - 6.1. Tipo:
    - Vivienda Unifamiliar ( )1
    - Vivienda multifamiliar ( )2
    - Vecindada, quinta choza, cabaña ( )3
    - Local no destinada para habitación humana ( )4
    - Otros ( )5
  
  - 6.2. Tenencia
    - Alquiler ( )1
    - Cuidado / alojado ( )2

- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Plan social (dan casa para vivir) | ( )3 |
| Alquiler venta                    | ( )4 |
| Propia                            | ( )5 |
- 6.3. Material del piso:
- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Tierra                            | ( )1 |
| Entablado                         | ( )2 |
| Loseta, Venilicos o sin vinílicos | ( )3 |
| Laminas asfálticas                | ( )4 |
| Parquet                           | ( )5 |
- 6.4. Material del techo:
- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Madera, estera                    | ( )1 |
| Adobe                             | ( )2 |
| Estera y adobe                    | ( )3 |
| Material noble ladrillo y cemento | ( )4 |
| Eternit                           | ( )5 |
- 6.5. Material de las paredes:
- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Madera, estera                    | ( )1 |
| Adobe                             | ( )2 |
| Estera y adobe                    | ( )3 |
| Material noble ladrillo y cemento | ( )4 |
- 6.6. Cuantas personas duermen en una habitación
- |                  |      |
|------------------|------|
| 4 a más miembros | ( )1 |
| 2 a 3 miembros   | ( )2 |
| Independiente    | ( )3 |
7. Abastecimiento de agua:
- |          |      |
|----------|------|
| Acequia  | ( )1 |
| Cisterna | ( )2 |
| Pozo     | ( )3 |

Red pública ( )4

Conexión domiciliaria ( )5

8. Eliminación de excretas:

Acequia ( )1

Acequia, canal ( )2

Letrina ( )3

Baño público ( )4

Baño propio ( )5

Otros ( )6

9. Combustible para cocinar:

Gas, electricidad ( )1

Leña, carbón ( )2

Bosta ( )3

Tuza (coronta de maíz) ( )4

Carca de vaca ( )5

10. Energía eléctrica:

Sin energía ( )1

Lámpara (no eléctrica) ( )2

Grupo electrógeno ( )3

Energía eléctrica temporal ( )4

Energía eléctrica permanente ( )5

Vela ( )6

11. Disposición de basura:

A campo abierto ( )1

Al río ( )2

En un pozo ( )3

Se entierra, quema, carro colector ( )4

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

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

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

- Carro colector ( )1
- Montículo o campo limpio ( )2
- Contenedor específicos de recogida ( )3
- Vertido por el fregadero o desagüe ( )4
- Otro ( )5

## II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ( )1
- Si fumo, pero no diariamente ( )2
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ( )3
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ( )4

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ( )1
- Dos a tres veces por semana ( )2
- Una vez a la semana ( )3
- Una vez al mes ( )4
- Ocasionalmente ( )5
- No consumo ( )6

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

- 6 a 8 horas ( )1
- 8 a 10 horas ( )2
- 10 a 12 horas ( )3



17. ¿Con qué frecuencia se baña?

Diariamente ( )1

4 veces a la semana ( )2

No se baña ( )3

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

SI ( )1

NO ( )2

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

Camina ( )1

Deporte ( )2

Gimnasia ( )3

No realizo ( )4

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

Caminar ( )1

Gimnasia suave ( )2

Juegos con poco esfuerzo ( )3

Correr ( )4

Deporte ( )5

Ninguna ( )6

**21. DIETA:**

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

	Diario	3 o más veces a la semana	1 o dos veces a la Semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
1. Fruta					
2. Carne:(pollo Res, cerdo, etc)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz Papas					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y Hortalizas					
8. Otros					

**III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

Familiares ( )1

Amigos ( )2

Vecinos ( )3

Compañeros espirituales ( )4

Compañeros de trabajo ( )5

No recibo ( )6

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ( )1
- Seguro social ( )2
- Empresa para la que trabaja ( )3
- Instituciones de acogida ( )4
- Organizaciones de voluntariado ( )5
- No recibo ( )6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 ( )1
- Comedor popular ( )2
- Vaso de leche ( )3
- Otros ( )4

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

- Hospital ( )1
- Centro de salud ( )2
- Puesto de salud ( )3
- Clínicas particulares ( )4

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

- Muy cerca de su casa ( )1
- Regular ( )2
- Lejos ( )3
- Muy lejos de su casa ( )4
- No sabe ( )5

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

- ESSALUD        ()1
- SIS-MINSA     ()2
- Sanidad        ()3
- Otros           ()4

28. El tiempo que espero ara que la atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?

- Muy largo      ()1
- Largo           ()2
- Regular         ()3
- Corto           ()4
- Muy corto      ()5
- No sabe         ()6
- No se atendió  ()7

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

- Muy buena     ()1
- Buena          ()2
- Regular        ()3
- Mala            ()4
- Muy mala      ()5
- No sabe         ()6
- No se atendió  ()7

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

SI        ( )1

NO        ( )2

Muchas gracias por su colaboración

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:  
EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

La evaluación cuantitativa 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 la persona adulta en 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.

**EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Dónde:

$\bar{x}$  : 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.

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

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
  - esencial?
  - útil pero no esencial?
  - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

**Tabla**

**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú.**

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
<b>Coficiente V de Aiken total</b>			0,998

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 en las regiones del Perú.

**EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:**

**Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador.





### ANEXOS N°3

#### REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
<b>Coficiente de validez del instrumento</b>														0,998



**ANEXOS N°4**

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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL PERÚ**

**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.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
<b>DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO</b>								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								

P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									

Comentario:								
P12								
Comentario:								
P13								
Comentario:								
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								

Comentario								
P21								
Comentario								
DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								

P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

*Gracias por su colaboración.*



**ANEXO N°05**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA DEL  
CASERIO NUEVO SIMBILÁ-CATACAOS - PIURA, 2013**

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.

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

**FIRMA**

.....



**ANEXO N°06**  
**CRONOGRAMA**

N°	Actividades	AÑO 2013			AÑO 2014				AÑO 2015				AÑO 2018				
		Set 1	Oct 2	Nov 3	Abr 4	May 5	Jun 6	Ago. 7	Set 8	Oct 9	Nov 10	Mar 1	abr 2	May	Jun	Jul	Ago.
1	Elaboración del proyecto de investigación	■	■	■													
2	Presentación y aprobación del proyecto.				■	■											
3	Recolección de datos a partir de la metodología propuesta.						■	■									
4	Procesamiento de los datos.							■	■								
5	Análisis estadístico.									■							
6	Interpretación de los resultados									■							
7	Análisis y discusión de los resultados.										■						
8	Redacción del informe final de investigación										■						
9	Presentación del informe final de investigación											■					
10	Elaboración de artículo científico											■					
11	Revisión del proyecto (taller de tesis)												■				
12	Pasar el proyecto al programa antiplagio turniting												■				
13	Revisión del informe de tesis (taller de tesis)													■			
14	Prebanca															■	
15	Sustentación de tesis para obtener el título de Lic.															■	
16	Artículo científico																■





ANEXO N°07

CUADRO DE PRESUPUESTO - BIENES Y SERVICIO

Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
<b>Papelería</b>	2 millares	25.00	50.00
<b>Lapiceros</b>	2 unidades	2.00	4.00
<b>USB</b>	1 unidad	30.00	30.00
<b>Folder y faster</b>	5 unidades	1.00	5.00
<b>cuaderno</b>	1 unidad	5.00	5.00
<b>computadora</b>	1 unidad	2,000.00	2,000.00
<b>otros</b>		40.00	40.00
<b>Total bienes</b>			<b>2,134.00</b>
<b>Servicios</b>			
<b>Pasajes</b>	30	3.00	90.00
<b>impresiones</b>	200 unidades	0.30	60.00
<b>Copias</b>	120 unidades	0.1	12.00
<b>Internet</b>		150.00	150.00
<b>Anillados</b>	3 unidades	15	45.00
<b>Telefonía móvil y fija</b>		100.00	100.00
<b>Internet</b>	8 horas diarias	5.00	80.00
<b>Gastos Adicionales del estudiante</b>		675.00	7,300.00
<b>Total de servicio</b>			<b>10,001.00</b>



## ANEXO N°08

### HISTÓRICA DE SIMBILÁ

Arribando a Catacaos a medio camino, hacia la izquierda de "la pista A sólo 5 km. de Piura, camino a Sechura, se encuentra Simbilá, tradicional pueblo de alfareros. Sus pobladores son gente muy sencilla y de trato amable. Los "olleros de Simbilá" dominan la ancestral técnica del "paleteado" heredada de sus antepasados Tallanes decorativas. Tampoco nos fijaremos en sus casas, simples, modestas, de adobes la mayoría, algunas muy pocas de material noble, ¡claro! "solo la fronterita es de ladrillo"; nos llamara la atención; "de seguro" nos fijaremos frente a sus casas en los montones y filas, "rumas" de grandes tinajones.

Simbilá formada desde el año 1800 con la llegada de los primeros comuneros, era un campo comunal independiente los comuneros tenían libertad de tener las tierras para trabajarla en agricultura y alfarería porque se conocía de que había partes donde se encontraba este barro ya que se encontraban huacos y tenían que buscar de donde procedía este materia y de donde podría ser extraído.

Los primeros fundadores fueron las familias como la familia Martínez, Sosa, Lachira, Pantaleon, Yamunaque todas las familias que llegaron a este ámbito comunal no trabajaban en el mismo pueblo sino en el campo, en los altos hacían sus casas porque cuando llegaba invierno se salía el río y se inundaba, hacían su propios pozos o Norias tenían para ellos sus animales y para otros servicios

En el año 1860 los hacendados españoles querían desalojar a los pobladores querían de Simbilá del pueblo ya habiendo 300 familias que ya habían formado una sociedad, la Santísima Cruz

En el año 1863 la primera iglesia fue fundada, estando en ese entonces la sociedad San Pedro. El 19 de mayo de 1886 es el reconocimiento del pueblo de Simbilá, Los Socios comuneros se fueron a Catacaos a conversar con el alcalde, comunidad y parroquia San Juan de Catacaos a pedir una defensa para que los primeros hacendados españoles que llegaron no los despojen de su tierras , documento fue entregado el 19 de mayo de 1886

el documento está en la comunidad San Juan de Catacaos, después de esto la gente se fue distribuyendo a Motupe Sullana Tambogrande La Huaca hay familia de Simbilá con los apellidos de Simbilá en otras ciudades

En el año 1941 se formó la Sociedad San Martín, posteriormente, Sociedad señor de los milagros, Sociedad señor cautivo, Sociedad Virgen del Socorro y otras sociedades el pueblo de Simbilá es considerado es religioso. El año 1963-64 ya estaba la primaria hasta entonces solo había 3 de primaria luego paso a primaria completa.

En el año 1989 los hacendados que llegaron usaron las tierras para dedicarlas al cultivo , las familias hacendadas colindantes en el caserío Simbilá tenemos: por el Norte la familia Espinoza Basi con la hacienda Puyuntala, por el este la familia Hilbique con la hacienda Simbilá, y por el sur la familia Altasar con hacienda Mundaca , al oeste el río Piura con la lengua

El año 1969- 70 en la cooperativa ahora estaba a cargo gente de Simbilá, con la Ley 17716 de reforma agraria, siendo Juan Velasco Alvarado presidente constitucional del Perú quedo al cubierto este abuso y los hacendados se fueron yendo quedando las tierras en manos de cooperativas

Entre el año 1960-70 llegó un doctor el primer doctor llamado Juan Redondo , cuando no había médicos se curaban con hierbas naturales los comuneros utilizaban la verdulaguia para el paludismo el ñapique del monte para curar las llagas granos suelda con suelda para los golpeaban y fracturas .

El nombre de Simbilá se dio por una señora vendedora de chicha de jora, había hombres que no contaban con dinero para consumir y ellas les decía: venga, con bala o sin bala, de allí en adelante los consumidores decían: vamos a tomar chicha donde la sin bala, con el tiempo se modificó el nombre quedando hasta la actualidad como Simbilá

La fiesta más grande que se celebra en Simbilá de San Martín se celebra en Noviembre fiestas antiguas el 3 de mayo se celebraba la Cruz, en Junio San Pedro, Las ánimas noviembre, Señor Cautivo en Octubre.



ANEXO N°09

**AUTORIZACION**

**“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”**

**SOLICITO : AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION EN EL CASERIO NUEVO SIMBILA - CATACAOS, PIURA.**

**SEÑOR: ANDRES YANUMAQUE MARINEZ**

**TENIENTE GOBERNADOR DEL CASERIO NUEVO SIMBILA - CATACAOS, PIURA.**

La que suscribe, ROMEL CHUMACERO SILVA, peruano, identificada con DNI Nro. 43150102; estudiante de la escuela Profesional de enfermería ULADECH Católica filial Piura, con código 0802120177 y domiciliado en Urb. Ignacio Merino Mz. D1 - Lt. 37 , ante Ud., con el debido respeto me presento y Expongo:

Que, cursando el V ciclo de la Carrera Profesional de enfermería en la Universidad católica los Ángeles de Chimbote, solicito a usted permiso para realizar trabajo de investigación en dicha comunidad sobre **“DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERIO NUEVO SIMBILA - CATACAOS, PIURA”**, del Proyecto de tesis para titulación.

**POR LO EXPUESTO:**

A Ud., solicito providenciar favorablemente a lo peticionado por ser de justicia

Piura, Mayo del 2014.

  
**ROMEL CHUMACERO SILVA**  
DNI Nro. 43150102

