



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD EN LOS ADULTOS DEL  
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN  
BAUTISTA – HUARAL, 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**SONIA ESTHER MORALES SALAS**

**ASESORA:**

**DRA. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES**

**HUACHO – PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

DRA. MARÍA ELENA URQUIAGA ALVA  
**PRESIDENTE**

MGTR. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR  
**MIEMBRO**

MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a Dios por la por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para poder lograr mis objetivos.

Dedicado también para mi madre por el apoyo brindado en los momentos más difíciles para la culminación de mi estudio

## **AGRADECIMIENTO**

A mi prestigiosa Universidad  
ULADECH, por haberme  
abierto sus puertas para poder  
estudiar mi carrera profesional

A Mi madre, por darme su  
comprensión y confianza, por  
estar siempre a mi lado y  
apoyarnos para que así seamos  
unos grandes profesionales.

## RESUMEN

Trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015. Muestra estuvo conformada por 179 adultos; en la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre los determinantes de salud. Análisis y procesamiento de datos se hizo con el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Entre el resultado y la conclusión menos de lamitad son de sexo masculino y comprenden la edad del adulto mayor, menos de lamitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, tienen trabajos estables y un ingreso económico de S/. 1001.00 a S/. 1400.00, más de lamitad son de sexo masculino; menos de lamitad tienen viviendas multifamiliar, piso cemento, paredes de ladrillo, comparten 4 más miembros; la mayoría tienen casa propia; todos tienen agua de conexión domiciliaria, tienen baño propio, cocinan con gas electricidad, tienen energía eléctrica permanente; menos de lamitad hicieron actividad física las 2 últimas semanas; más de lamitad si se realizan exámenes médicos periódicos; la mayoría refieren no fumo actualmente, pero he fumado antes, ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios; menos de lamitad refieren consumir pan, fruta, fideos verduras y hortalizas diario, reciben pensión 65, se atienden en un hospital, tienen SIS-MINNSA, refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el todos comunican que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

**Palabras claves:** Adultos, Determinantes de Salud.

## **ABSTRACT**

Research work of a quantitative, descriptive type, single-box design. Its objective was to describe the health determinants of the adults of the diabetes program of the hospital San Juan Bautista - Huaral, 2015. Sample consisted of 179 adults; A questionnaire on health determinants was used in the data collection. Analysis and data processing was done with PASW Statistics software version 18.0, for its respective processing. Between the result and the conclusion less than half are male and include the age of the older adult, less than half of them have a complete / incomplete secondary education degree, have stable jobs and an income of S /. 1001.00 to S /. 1400.00, more than half are male; less than half of them have multi-family dwellings, cement floor, brick walls, share 4 more members; most have their own house; all have water for home connection, have their own bathroom, cook with gas electricity, have permanent electric power; less than half did physical activity the last 2 weeks; more than half if periodic medical examinations are carried out; most of them report that I do not currently smoke, but I have smoked before, drink alcoholic drinks occasionally, usually sleep an average of 6 to 8 hours a day; less than half eat bread, fruit, vegetable and vegetable noodles daily, receive 65 pension, they are treated in a hospital, they have SIS-MINNSA, they refer that the quality of health care is regular, finally everyone communicates that there is no gang and crime near homes.

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

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESÚMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes.....	17
2.2. Bases Teóricas.....	20
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>28</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	28
3.2 Diseño de investigación.....	28
3.3 Población y Muestra.....	28
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	29
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	33
3.6 Procesamiento y Análisis de datos.....	37
3.7 Matriz de consistencia.....	41
3.8 Principios éticas.....	42
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1 Resultados.....	43
4.2 Análisis de Resultados.....	48
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>87</b>
5.1 Conclusiones.....	87
5.2 Recomendaciones.....	88
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

### **TABLA 1**

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....43

### **TABLA 2**

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....44

### **TABLA 3**

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....47

### **TABLA 4, 5, 6**

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....39

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

### **GRÁFICOS DE LA TABLA 1**

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....132

### **GRÁFICOS DE LA TABLA 2**

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....33

### **GRÁFICOS DE LA TABLA 3**

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....38

### **GRÁFICOS DE LA TABLA 4, 5, 6**

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.....39

## I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de muerte. En estados Unidos entre 2013-2014 la prevalencia de diabetes, mellitus tipo II en un adulto incrementó de 8.9% a 12.3% de forma similar unos índices de prevalencia de glicemia basal anómala se incrementaron de 6.5% a 9.7% en el mismo período. A demás los nuevos datos proyectan que la cifra de personas con diabetes aumentará hasta los 553 millones para el 2030; esto significa que, cada 10 segundos aproximadamente, 3 personas más serán diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo (1).

Por otro lado, otras fuentes es que según la organización mundial de la salud (OMS) la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de los años anteriores, la diabetes ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (2). (1).

Asimismo, según la (OMS) del año pasado 2017, los cálculos predicen un aumento del 65% de casos nuevos de DM2, que pasarán de los 240 millones actuales a 380 millones en los próximos 29 años, aproximadamente. Tres cuartas partes de este aumento tendrán lugar en países en desarrollo, hoy en día en México, muestran que las complicaciones diabéticas se pueden retrasar o prevenir en la mayoría de los casos cuando las personas con diabetes reciben el tratamiento y la atención recomendados (3).

Otras fuentes estadísticas nos proporcionan más datos donde aproximadamente 285 millones de personas en todo el mundo o el 6.6% dentro del grupo de edad de 20 a 79 años tienen DM2, de estos el 70% de las mismas vive en países de ingresos medios y bajos, se cree que esta cifra aumentará en

más de un 50% en los próximos 20 años si no se ponen en marcha programas de

prevención). Para el año 2030 se estima que alrededor de 439 millones de personas, o el 7.8% de la población adulta, tendrá DM2 (4).

Es decir que en los siguientes 20 años el número de personas con DM2 aumentará en más del 60% hasta acercarse a los 30 millones, en América Latina que está sufriendo una transición epidemiológica al adquirir estilos de vida urbano-industriales típicamente asociados con un aumento de la frecuencia de DM2 y enfermedades cardiovasculares (4).

Estudios muestran como en Calcuta de 230 casos de DM2 se seleccionaron caso - control aplicando pruebas sistemáticas en el período de enero - junio 2013 para encontrar asociación y riesgo de algunos factores socioeconómicos y demográficos actividad física, estatus socioeconómico, estatus residencial, historia familiar y obesidad han demostrado significancia estadística asociados a diabetes (Sedentarismo 9.4%, población urbana 6.2%, historia familia de DM 2,5%, personas de clase media 2.4%). En personas con historia familiar de DM2 y obesidad se demostró que son los factores de riesgos más importantes (5).

Otro estudio con relación lo mencionado anteriormente es el de Arabia Saudita existe una frecuencia alta de diabetes mellitus, relacionada con hipertensión (HT) la cual ocurre frecuentemente en obesos. Se realizó un estudio para determinar el predominio de HT en pacientes diabéticos sauditas; 13519 no diabéticos y 1286 diabético, cuyo diagnóstico fue basado en criterios de la OMS. El predominio de HT en los varones no diabéticos, y mujeres fue de 4.8% y 2.8% respectivamente, mientras que el 11.44% y 15.98% en los varones diabéticos y mujeres concluyendo que el predominio de HT aumenta significativamente en diabéticos (6).

No es ajeno los países como en Centroamérica la diabetes tipo II presentó una disminución paralela a la tasa de mortalidad para hombres y

mujeres entre 45-64 años. En el Salvador los Pacientes de 65 años y más representan el 40.04% de los motivos de consulta y en Costa Rica presentó una prevalencia del 4.2% en pacientes de 60 años y más (7).

Por lo tanto, alrededor del 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y descenso del colesterol ligado a las lipoproteínas de elevada densidad, lo que se conoce como síndrome metabólico X. La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular renal de sodio que presenta el paciente obeso y por este mecanismo se puede explicar la alta prevalencia de HTA. Otros factores pueden estar implicados en la aparición de HTA en el individuo obeso, ya que los pacientes con un insulinoma mantienen cifras de presión arterial normales (8).

Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años (9).

Esta enfermedad crónica forma alarmante en América Latina y el Caribe. Las tasas más elevadas en Belice con el 12,4% y en México con el 10,7%, Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá se mantienen entre el 8 y el 10%, mientras que en Estados Unidos es de alrededor del 9,3% (10).

Asimismo, en América Latina, la prevalencia más elevada de obesidad se presenta en México (30%) y en niños, principalmente en niñas en Uruguay (15%). La tendencia todavía no se ha revertido y se espera que para 2050, el sobrepeso y la obesidad afecten al 50% de los hombres y el 60% de las mujeres (10). (2).

Otras fuentes indican que México, se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9%, en el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes

prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años, las complicaciones prevenibles se pueden evitar o disminuir el porcentaje si el paciente es capaz de realizar todas las medidas de prevención al poner en práctica su conocimiento sobre el mismo (11).

Cabe mencionar que en estudios indican que mientras la alfabetización sanitaria baja se asocia significativamente con peor control glucémico y peor conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes tipo, en este estudio no hubo una relación significativa con la disposición a tomar medidas en el manejo de la enfermedad, ya que la mayoría de las lagunas en el conocimiento prevalece en el tratamiento farmacológico de la diabetes (12).

En el Perú el INEI. Informó que, a nivel nacional, en el año 2015, el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reporta tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, según el documento “Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015” (13).

En el Perú el INEI destacó estos resultados con motivo de celebrarse este 07 de abril el Día Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), este año prestará particular atención a la diabetes, principalmente porque esta enfermedad ha ido aumentando sobre todo en países de bajos recursos; los principales objetivos de esta fecha en el presente año es concientizar a la población en general respecto del aumento de la diabetes, así como impulsar una serie de medidas para la prevención, diagnóstico y tratamiento (13).

Las personas de escasos recursos son más vulnerables a la diabetes y a sus complicaciones y esto se da principalmente porque tienen menores ingresos. Además, los alimentos saludables son más costosos, el precio de acceder a controles de salud es mayor y mantener un estilo de vida saludable, como realizar ejercicio físico regularmente, es más difícil. El menor nivel escolar y el menor acceso a educación en salud también influyen en la comprensión cabal del problema (14). (2).

Diabetes son mayores en mujeres que en varones, *de* la población de la provincia se ha detectado que el 7.3% de mujeres posee la enfermedad, y estas son mujeres. Esto es diferente al caso de los varones, quienes registran la enfermedad en al menos un 2.7% (15).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los determinantes de la salud, definiendo la OMS a los determinantes sociales de la salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (16). (4).

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 (16).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (17). (16).

No escapa a esta problemática los adultos que acuden al programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral. El Hospital San Juan Bautista, se encuentra ubicado en la Provincia de Huaral (llamado también Capital de la

Agricultura) es uno de las 9 provincias del departamento de Lima. El distrito posee gran cantidad de movimiento comercial y cuenta con agencias bancarias, Institutos, centros de abastos, etc. Está conformada por 12 distritos y tiene una extensión territorial aproximada de 3,655.70 Km<sup>2</sup>, equivalente al 11.43 % de la extensión territorial departamental y al 0.29 % del territorio nacional. Es una de las provincias jóvenes creado hace 29 años y es la tercera provincia más extensa (18).

El distrito de Huaral tiene como principal vía la tradicional Calle Derecha, siendo las calles Cahuas y 28 de Julio también de gran movimiento comercial. Su principal templo católico está dedicado a San Juan Bautista y se encuentra ubicado en el perímetro de la Plaza de Armas, al igual que la Municipalidad Provincial de Huaral. Cuenta con 5 cementerios, siendo los más importantes los de La Huaquilla y de la Colonia China, ubicados ambos en la calle 28 de Julio, otros como el de los Naturales y el Jardines de la Paz Huando (18). El Hospital San Juan Bautista de Huaral se encuentra ubicado en Calle Tacna N° 120 Urb. San Juan I.

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos que acuden al programa de diabetes del hospital San Juan Bautista de Huaral?

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

Describir los determinantes de salud en los Pacientes adultos que acuden al programa de diabetes del hospital San Juan Bautista de Huaral

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

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (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.

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

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo, así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además, es conveniente para: Las autoridades regionales de la

Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## II. REVISIÓN LITERARIA:

### 2.1. Antecedentes:

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

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

**Lizárraga, Eseberre A. y Cols (19)**, en un estudio sobre: El nivel de conocimiento como factor de riesgo para el ingreso hospitalario de personas con diabetes tipo 2. 2013. Tuvo como objetivo describir los casos y controles en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital General Regional 1 de Culiacán, Sinaloa en agosto y setiembre de 2013: descriptivo transversal concluye que los casos (n=80); controles (n=80), respecto al nivel de conocimiento como factor de riesgo para el ingreso hospitalario de personas con diabetes tipo 2, se encontró que 77.5 % tuvieron nivel bajo y 22.5 % nivel alto de conocimiento para la salud; en los controles 51.2 % tuvieron un nivel alto y 48.8 % nivel bajo encontrando asociación estadísticamente significativa con una alfa de 0.05 y RM 3.6 IC 95 % 2.1 a 5.4, por lo que se concluye que el bajo nivel de conocimiento para la salud en pacientes diabéticos es un factor de riesgo para el ingreso hospitalario.

**Pace, Ana y Cols (20)** en su investigación sobre. Conocimiento de las personas con diabetes Mellitus en relación con la enfermedad, causas y complicaciones subsecuentes, destacando su importancia en el auto cuidado, Brasil 2014. Estudio descriptivo transversal realizado en São Paulo, con el objeto de verificar el conocimiento de las personas con diabetes Mellitus en relación con la enfermedad, causas y complicaciones subsecuentes, destacando su importancia en el auto cuidado, 2014. Concluye que el 28,6% respondieron correctamente sobre “qué es

diabetes” y “cuáles sus causas”; 71% fueron diagnosticados sin la presencia de los síntomas clásicos y 64% ya habían sido internados por alguna complicación aguda o crónica. el proceso de aprendizaje, poco conocimiento en relación con la enfermedad. Se resaltan la interferencia de los factores biopsicosociales en el proceso de auto cuidado.

**Domínguez y Cols** (21), en un estudio sobre. Control Metabólico en Pacientes Diabéticos tipo 2, España, 2015. Objetivo: Conocer el grado de control y nivel de conocimiento del control metabólico de los diabéticos tipo 2 España, 2015. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, resultados: La prevalencia de diabetes mellitus es de 8,48% (IC 95%: 8,03-8,94]. El 98% de las mujeres son "sin estudios" ( $p < 0,0001$ ) o con "estudios primarios" ( $p = 0,01$ ). El 18,5% (IC 95%: 14,3-24,5), y además más jóvenes, pertenecen a asociaciones de diabéticos. El tabaquismo y la artropatía periférica son más frecuentes en varones. Aproximadamente el 50% tienen controlada la glucemia y la HbA<sub>1C</sub>, y el 42% la PAS. Sólo el 7,07% cumplen todos. Concluyen que el conocimiento por los pacientes está relacionado con el nivel educativo, lo que posiblemente influya en un mejor control metabólico.

#### **A nivel Nacional**

**Gamboa C. (22)** su tesis titulada. Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida: programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013. tuvo como objetivo determinar la Percepción del paciente con diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes, Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla, concluye que: un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable.

**Ulloa, M. (23)**, En su investigación: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche – Trujillo, 2014. Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir determinantes de la Salud en la Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche –

Trujillo, 2014. El 58% (102) son de sexo femenino, 45%(79) tienen secundaria c/ secundaria incompleta, 39% (69) tienen ingresos de 751 a 1000 nuevos soles; 50% (89) tienen ocupación eventual. El 72% (128) las viviendas son de tipo unifamiliar, 91% (161) son de tenencia propia, 46% (82) se atendieron en puesto de salud, 68% (120) considera que el lugar donde se atendieron es regular a su casa, 59% (104) tiene SIS- MINSa, 32% (57) considera que el tiempo que esperó para que lo atendieron es regular, 53% (94) considera que el tipo de calidad que recibió al ser atendida es regular, 20% (35) afirma que si hay pandillaje por su casa.

**Estrada Y.** (24). Nos habla en sus fundamentos de investigación de: Los determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas – Piura, 2013. Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas – Piura, 2013. Concluye, la mayoría tienen una edad entre 15 a 17 años 11 meses y 29 días; los jefes de familia son trabajadores estables; todos tienen secundaria completa/Incompleta; menos de la mitad de las madres tienen Secundaria Completa/Incompleta; tienen un ingreso económico familiar entre 751 a 1000 nuevos soles, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, cuentan con energía eléctrica permanente; suelen eliminar su basura en el carro recolector; más de la mitad del material del piso es de tierra.

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

**Valverde, L.** (25), en su estudio sobre: determinantes de Salud de los 12 adultos del Sector “A” Huaraz – 2013. Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir determinantes de Salud de los 12 adultos del Sector “A” Huaraz – 2013. El 47,4% tienen secundaria completa/incompleta, el 48,9% un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% agua intradomiciliaria y energía permanente, el 100% baño propio, el 92,1% dispone eliminar su basura en carro recolector. Respecto al estilo de vida 48,9% no fuma, el 44,7% realiza actividad física, 52,6% consume pescado 1 vez por semana, el 60,5% consume frutas diariamente, el 91,6 % consume verduras diariamente, el 78,9% cuenta con el SIS.

**Vergaray, R (26).** Referente a su investigación titulada: determinantes de salud de los adultos del sector de “A” – distrito – Huaraz, 2013. Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir determinantes de salud de los adultos del sector de “A” – distrito – Huaraz, 2013 el 52,6% (100) son de sexo femenino, 52,6% (134) tienen una edad comprendida entre 18 a 29 años, el 47,4% (90) tienen secundaria completa / incompleta, 48,9% (93) tienen ingresos económicos menor a 750 nuevos soles y el 52,1% tienen trabajo eventual. El 55,3% (105) tienen un tipo de vivienda unifamiliar, 90,5% (172) tienen casa propia, 92,6% (176) piso loseta, 89,5% (170) material de techo cemento, el 89,5% (170) paredes de material noble, 78,9% (150) tienen SIS-MINSA, 54,2% (103) tiempo de espera es regular, 40% (76) recibieron una atención buena y 86,8% (165) respondieron que si existe pandillaje cerca de su casa.

**León, K (27).** Nos habla en su estudio de: “determinantes de Salud de los Adultos el Sector “San Miguel” Monterrey Huaraz 2013”. Tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir determinantes de Salud de los Adultos el Sector “San Miguel” Monterrey Huaraz 2013. Menos de la mitad son adultos jóvenes, la mitad tienen trabajo eventual, más de la mitad son de sexo femenino, con secundaria completa/incompleta y la mayoría perciben un ingreso menor a 750 soles, menos de la mitad tiene casa con techo de madera, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, casa propia, conexión de agua domiciliaria, letrinas, más de la mitad no fuman ni han fumado de manera habitual, alcohol ocasionalmente, no se realizan examen médico periódico. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: menos de la mitad reciben otros apoyos sociales organizado del estado tiene SIS —Minsa, se atiende en el centro de salud.

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

Este proyecto 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 (28)

Ya en 1974, Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, identificaba como determinantes de la salud los siguientes: estilos de vida, ambiente, biología humana y los servicios de salud, señalando que el esfuerzo por mejorar la salud de las personas no debiera concentrarse solo en los servicios de salud, sino que era perentorio intervenir en los estilos de vida. Posteriormente Acheson, adaptando el modelo de Dahlgren y Whitehead, diagrama a los determinantes de la salud como capas de influencia, lo que grafica en la siguiente figura (28).

Estilo de vida: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria. Biología humana: Este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible. Sistema sanitario: Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados. Medio ambiente: Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza (29)

Desde luego, según el modelo en que se base el estudio de la salud pública, variaran la clasificación de los factores, dicho esto, cabe mencionar que según fuentes alternas, dentro del medio ambiente hay subdivisiones substituyes, como la biología, exclusión social, condiciones de trabajo, medio ambiente de trabajo, etc. Al igual que en el anterior concepto contempla factores físicos, propios del medio ambiente, que pueden desembocar en cáncer de piel, por mencionar alguna patología (29)

## Determinantes para la salud



Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud, han presentado el proceso causal del estado de salud de las poblaciones. En el origen está el contexto socioeconómico y político, que incluye el régimen de gobierno, los valores de la sociedad y las políticas públicas. Este contexto se relaciona directamente con la estructura socioeconómica, cuyas dimensiones principales son: educación, ocupación, ingresos, género y etnia. Esta estructura, en conjunto con el contexto político, y con las condiciones generales de vida y trabajo de la población, constituye lo que se denomina “Determinantes Sociales de la Equidad / Inequidad en Salud (30).

Es importante precisar que la dimensión de la equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de los servicios según necesidad sanitaria. Este énfasis en la distribución equitativa de los recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad. No obstante, la relevancia de este enfoque, existe otra mirada que sostiene que el objetivo de un sistema de salud equitativo es, además, asegurar la equidad en los niveles de salud alcanzados por los diferentes grupos sociales; una nueva dimensión que tiene implicancias distintas en lo valórico y en lo operativo (31).

De modo que la igualdad en la salud es un valor importante en cuanto respectan los derechos humanos y la justicia social. Se puede definir como, "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente". La categoría inequidad social expresa, en última instancia, las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad (31).

Por lo tanto, las contradicciones que determinan tres procesos interdependientes, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre, así mismo, en tres dominios de distinta generalidad y peso determinante que son: las relaciones sociales (de clase) dadas por la ubicación de propiedad en la estructura productiva; las relaciones étnonacionales que existen y las relaciones de género.

La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder, que tuvo tres formas originales históricamente situados en ventaja estratégica (31).

En los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como "las características sociales en que la vida se desarrolla", de manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (32).

Las influencias sociales y de la comunidad 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 (33).

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 (34).



**Fuente:** Determinantes sociales de la salud. Modelo de dahlgren y whitehead

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos en los determinantes estructurales, intermediarios, y proximales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. En el diagrama debajo, el proceso de asignar a los individuos las posiciones sociales se ve en. Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo, el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas, se refieren al impacto que un cierto evento de salud puede tener en las circunstancias socio-económicas de un individuo o una familia. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política (35).

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Determinantes estructurales, determinantes intermediarios, y determinantes proximales, nos explica que las formas de vida pueden promover o dañar la salud, los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad, los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar” (36).

**a) Determinantes estructurales**

Determinan el estado de salud y de desarrollo de una población viene determinada en gran parte por el contexto social, económico y político. El poder político y el tipo de políticas macroeconómicas y Sociales, así como la extensión y el modelo del estado del bienestar, contribuyen a la salud y las desigualdades en salud incidiendo en el bienestar de la ciudadanía (37).

Los determinantes estructurales son muy importantes, ya que son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género). Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos o intermedios (37).

**b) Determinantes intermediarios.**

Determinantes intermedios como las condiciones de trabajo y de vivienda, disponibilidad alimentaria, factores conductuales (“estilos de vida”) y psicosociales, o los propios sistemas de salud. Un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar (38).

El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar”. Elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales (38).

**c) Determinantes proximales.**

Asociados a variables de nivel individual, guardan relación con las acciones de los individuos, con los comportamientos y estilos de vida

saludables. La conducta de los individuos, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos (microdeterminantes) de vida están condicionados por los contextos sociales (macrodeterminantes) que los moldean y restringen (39).

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones. La definición de salud como «un completo (40).

**Mi salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (41).

**Comunidad:** La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria, por eso es muy importante clarificar qué se entiende por comunidad. Siendo una comunidad un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define, entenderemos que, según el significado que le demos al término «comunidad», ésta será una u otra e incluirá a unos u otros sujetos. Así, una misma persona pertenece a varias comunidades (42).

**Servicios de salud:** es el acto y el efecto de servir. El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad. Por lo general, los servicios implican brindar algo

que no es material, a diferencia de los productos que son bienes materiales (43).

**Educación:** se definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que produce (43).

**Trabajo:** es importante que previamente a determinar su significado realicemos la exposición de su origen etimológico. En concreto este se halla en el latín, y más exactamente en la palabra *tripalium*. La definición teórica del concepto de trabajo puede ser analizada desde perspectivas distintas (43).

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables (44).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y Nivel de investigación

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

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

#### Diseño de investigación

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

#### 3.2. Población y muestra

El universo está constituido por 80 adultos en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral,

#### Unidad de análisis

Los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

#### Criterios de Inclusión.

- Los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, y vive más de 3 a años
- Los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, aceptan participar en el estudio.

los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, tienen la disponibilidad de participar en la encuesta como Informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de

escolarización.

**Criterios de Exclusión:**

Los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, que tenga algún trastorno mental.

**3.4 Definición y operacionalización de variables**

**DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO**

**Edad**

- **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 (48).

**Definición Operacional**

**Escala de razón:**

Escala nominal

Adultos Maduros

- **Sexo**

**Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (49).

**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 (50).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

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

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (Monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (51).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (52).

#### **Definición Operacional**

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

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

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (53).

#### **Definición operacional**

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

#### **Tenencia de vivienda**

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

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

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

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

- Madera, estera
- Adobe

- Estera adobe
- Material Noble, Ladrillo, Cemento
- Eternit/ teja

**Material de las paredes:**

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

**Nº de personas en un dormitorio**

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

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliario

**Eliminación de excretas**

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

**Combustible para cocinar**

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

**Tipo de alumbrado de la vivienda**

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

#### **Disposición de basura**

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

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

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

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

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

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

#### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (54).

#### **Definición operacional**

Escala nominal

**Hábito de fumar**

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

**Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica**

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

**Nº de horas que duerme**

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

**Frecuencia con que se bañan**

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

**Realiza algún examen medico**

Escala Nominal

(Si) (No)

**Realiza actividad física**

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

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

## **ALIMENTACIÓN**

### **Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (55).

### **Definición Operacional**

Escala ordinal

### **Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos**

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

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

### **Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (56)

### **Apoyo social natural**

- Familiares
- Amigos
- Compañeros Espirituales
- Compañeros de trabajo

- No recibo

#### **Apoyo social organizado**

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

#### **Apoyo de algunas organizaciones**

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

### **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y roedores (oferta disponible de servicios) (57).

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

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

#### **Lugar de atención atendido:**

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

- No sabe

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Espero en la atención:**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje cerca de su casa**

**Escala nominal**

(Si) (No)

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

**Técnicas**

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

**Instrumento**

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

### **Instrumento 1**

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes de salud biosocioeconómicos: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, energía eléctrica). de los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral.
- Los determinantes relacionados con la vivienda: (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales, (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, de en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015

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

#### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las

cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 01)

### **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:**

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 (58).

#### **Confiabilidad interevaluador**

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

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

la confiabilidad interevaluador (59). (Ver anexo N° 02)

### **3.6. Procesamiento y análisis de datos:**

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

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

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

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

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18.0 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

### 3.5. Matriz de consistencia

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA
Determinantes de salud en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015	¿Cuáles son los determinantes de salud en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015?	Describir los determinantes de salud en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015	<p>Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral.</p> <p>Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral.</p> <p>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 en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral.</p>	<p><b>Tipo:</b> Cuantitativo, descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> De una sola casilla</p> <p><b>Técnicas:</b> Entrevista y observación</p>

### 3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido

como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (60).

### **Anonimato**

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

### **Privacidad**

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, siendo útil solo para fines de la investigación. (61)

### **Honestidad**

Se informó a los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015 Los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio. (62)

### **Consentimiento**

Solo se trabajó con los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

## I. RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**TABLA 1.**

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.*

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	49	61,2
Femenino	31	38,7
Total	80	100,00
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adulto joven (20 a 40 años)	8	10,0
Adulto maduro (40 a 64 años)	35	43,7
Adulto mayor (65 en adelante)	37	46,2
Total	80	100,00
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
sin nivel e instrucción	8	10,0
Inicial/primaria	10	12,5
Secundaria completa	17	21,2
Secundaria: incompleta	34	42,5
Universidad universitaria/no universitaria	11	13,7
Total	80	100,00
<b>Ingreso económico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de S/. 750.00	5	6,50
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	10	12,5
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	36	45,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	29	36,2
Total	80	100,00
<b>Ocupación del jefe de familia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	31	38,7
Trabajador estable	10	12,5
Sin ocupación	9	11,2
Jubilado	19	23,7
estudiante	11	13,7
Total	80	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud de los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vílchez Reyes, directora de la línea de investigación.

**TABLA 2**

*DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.*

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	32	40,0
Vivienda multifamiliar	33	41,2
Vecindad, quinta, choza, cabaña	15	18,7
otros	0	0,00
Total	80	100,00
<b>Tenencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	12	15,0
Cuidador/alojado	0	0,00
Plan social	0	0,00
Alquiler venta	0	0,00
Propia	68	85,0
total	80	100,00
<b>Material del Piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tierra	6	7,50
Cemento	35	43,7
Cerámica	12	15,0
Madera	12	15,0
Otros	15	18,7
Total	80	100,00
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cartón, hule, tela	11	13,7
Madera	13	16,2
Carrizo	4	5,00
Material noble	40	50,0
Adobe	12	15,0
Total	80	100,0
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cemento	20	25,0
Ladrillo	20	25,0
Piedra	0	0,00
Madera	9	11,2
Ladrillo de barro	19	23,7
Pajas y similares	12	15,0
Lamina de plástico	0	0,00
Hoja de metal	0	0,00
Otros	0	0,00

Continua...

Total	80	100,00
<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	36	45,0
2 a 3 miembros	27	33,7
Independiente	17	21,2
Total	80	100,00
<b>Abastecimiento de Agua</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Acequia	0	00,0
cisterna	0	00,0
Pozo	0	0,00
Red publica	0	0,00
Conexión domiciliar	80	100
Total	80	100,00
<b>Eliminación de excretas</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Al aire libre	0	0,00
Acequia, Canal	0	0,00
Letrina	0	0,00
Baño publico	0	0,00
Baño propio	80	100
Otros	80	100,00
total		
<b>Combustible para cocinar</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	100	100,00
Leña carbón	0	0,00
Bosta	0	00,0
Madera	0	0,00
Hierbas	0	0,00
Estiércol animal	0	0,00
Total	80	100,00
<b>Tipo de alumbrado</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	0	0,00
Energía eléctrica permanente	80	100
Total	80	100,00
<b>Disposición de la basura</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>

A campo abierto	24	30,0
Al río	22	27,5
En un pozo	23	28,7
Se entierra, quema, carro recolector	11	13,7
Total	80	100,00
<b>¿Cómo que frecuencia pasan recogiendo la Basura por su casa?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	24	30,0
Todas las semanas pero no diariamente	22	27,5
Al menos una vez al mes pero no todas las semanas	23	28,7
No pasa	11	13,7
Total	80	100,00
<b>¿Suelen eliminar la basura en alguno de los siguientes lugares?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Carro recolector de basura	25	31,2
Al aire libre	6	7,50
Contenedores específicos de recogida	45	56,2
Vertido por el fregadero, desagüe, pozo	4	5,00
Se tira al fondo de una pendiente	0	0,00
Total	80	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vélchez Reyes, directora de la línea de investigación.

**TABLA 3***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015*

<b>Fuma actualmente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	0	0,00
Si fumo, pero no diariamente	21	26,3
No fumo actualmente, pero he fumado antes	59	73,7
No fumo	00	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia que consumo bebida alcohólica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,00
Dos o tres veces por semana	8	10,0
Una vez a la semana	2	2,50
Una vez al mes	6	7,50
Ocasionalmente	64	80,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
(06 a 08)	66	82,5
(08 a 10)	14	17,0
(10 a 12)	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	58	72,5
4 veces a la semana	22	27,5
No se baña	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	49	60,0
No	31	20,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Actividad Física que realiza</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	62	77,5
Deporte	10	12,5
Gimnasia	8	10,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Una vez	9	11,2
Dos veces	25	31,2
Más de dos veces	46	57,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Continúa...

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL  
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL,  
2015**

Alimentos que consume	Diario (1)		3 o más veces a la semana (2)		1 o 2 veces a la semana (3)		Menos de 1 vez a la semana (4)		Nunca o casi nunca (5)		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Frutas</b>	19	21,9	17	19,8	10	18,6	17	19,77	18	21	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Carne</b>	15	17,4	19	22,0	22	32,3	15	17,5	10	12	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Huevos</b>	14	16,2	18	20,9	21	25,6	18	20,9	14	16	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Pescado</b>	13	15,1	16	18,6	17	24,2	17	19,7	20	23	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Fideos, papa, arroz</b>	23	22,6	16	18,6	12	20,9	18	20,9	12	14	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Pan, cereales</b>	25	27,4	18	20,9	16	18,6	6	13,9	13	15	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Verduras, hortalizas</b>	21	22,5	15	17,4	17	19,8	13	21,0	16	18	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Otras</b>	12	13,7	16	18,6	22	25,6	16	25,0	14	16	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vílchez Reyes, directora de la línea de investigación.

Conclusión.

**TABLA 4**

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS  
DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA –  
HUARAL, 2015.*

<b>¿En qué Institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses?</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	39	48,5
Centro de salud	37	46,5
Otros	4	5,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>tipo de seguro</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	31	38,7
SIS-MINSA	39	48,7
Sanidad	7	8,7
Otros	3	3,7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>calidad de Atención que recibió</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Buena	37	46,2
Regular	8	10,0
Mala	35	43,7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	100	100
No	0	0,00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vílchez Reyes, directora de la línea de investigación.

**TABLA 5**

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015*

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familiares	10	12,5
Amigos	6	7,5
Vecinos	4	5,00
Compañeros espirituales	4	5,00
Compañeros de trabajo	11	13,7
No recibo	45	56,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>
<b>Recibe algún apoyo social Organizado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	4	5,00
Seguridad social	10	12,5
Empresa para la que trabaja	10	12,5
Institución de acogida	10	12,5
Organización de voluntariado	22	27,5
No recibo	24	30,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vílchez Reyes, directora de la línea de investigación.

**TABLA 6**

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015.*

<b>Apoyo social de las organizaciones</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pensión 65	38	47,5
Comedor popular	36	45,0
Vaso de Leche	6	7,50
Otros	0	0,00
Total	80	100,00

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015, elaborado por la Dr.(a) Adriana Vílchez Reyes, directora de la línea de investigación.

## 4.2 Análisis de Resultados:

### TABLA N° 01

En cuanto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015. el 61,2% (49) son de sexo masculino, 46,2% (37) comprenden la edad del adulto mayor, 42,5% (34) tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta 45,0% (36) tienen un ingreso económico de S/. 1001.00 a S/. 1400.00, 38,0% (31) realizan trabajos estables.

Los resultados de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Álvarez, R. (63). En su investigación Titulada “Determinantes de Salud en Preescolares con Riesgos Nutricionales. C.E.I Rayitos de Luz Nicolás Garatea Nvo. Chimbote -2012”. se muestra del 100% de niños preescolares el 50.4% (62) es de sexo femenino y el 49,6% (61) son masculino; el 72,4% (89) son de edades de 1 a 4 años, un 27,6% (34) (83) el grado de instrucción de las madres es secundaria completa e incompleta, un 17,9% (22) tiene grado superior, el 13% (16) solo estudio hasta primaria y el 1,6% (2) sin nivel e instrucción; el ingreso económico de los padres de los niños preescolares un 56,9% (70) tienen un ingreso de 751 a 1000 soles , el 39,8% (49) tiene como ingreso económico menor de 750.00 nuevos soles y un 3,3% (4) el ingreso económico es mayor de 1000 a 1400; los padres de los niños preescolares el 56,1% (69) tiene como ocupación trabajos eventuales, mientras que el 43,9% (54) son trabajadores estables.

Los resultados del presente estudio coinciden al resultado encontrado por, Uchazara, M. (64), Se muestra la distribución porcentual de los “Determinantes de Salud de las Personas Adultas que Residen en el Centro Poblado Menor Los Palos. Tacna, 2013”. En los determinantes Socioeconómicos se observa que el 56,7% de la población encuestada son del sexo femenino, el 49,8% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), el 6,4% tiene grado de instrucción de Secundaria completa/Secundaria incompleta, el 55,5% tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, el 98,8% tiene la ocupación eventual.

Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Romero, Z. (51), en su estudio” “Determinantes de Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano La Victoria del Distrito del Tambo- Huancayo, 2014. “Donde su muestreo estuvo conformado por 348 adultos jóvenes; se destacó que el 49% de la población son adultos jóvenes, un 70% son de sexo masculino el 41% tienen instrucción inicial/primaria, 18 % cuentan con un ingreso menor a 750 soles, 25 % cuenta con un trabajo eventual

Así también el resultado difiere con el estudio obtenido por Cachaca, S. (55), en su investigación titulada” “Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos en la Persona Adulta de la Comunidad Cerro de Pasco, 2016”. “Donde el 45% son adultos maduros, 48,6% son de sexo femenino, 21 % tienen grado de instrucción superior no universitaria, 83,2% cuentan con un nivel asequible, actualmente entre un aproximado sueldo básico de 751 a 1000 soles y el 51,2% hacen mención tener trabajo seguro.

Así mismo estos resultados también difieren encontrados por Domínguez, H. (67), en su estudio denominado “Determinantes de la Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012” donde concluye que el 83% son del sexo masculino, el 67% son adultos mayores, el 80% tienen un ingreso económico entre 751 a 1400 soles, el 40% son jubilados; pero se asemejan en el grado de instrucción donde el 37% tienen secundaria completa/ incompleta

Los resultados de la siguiente investigación difieren al estudio obtenido por Sobrevilla, V. (68), “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013”. Donde concluyó que en los factores biológicos, el 50,1% adulto joven y el 67,4% son del sexo masculino, en los factores culturales el 38,8% tienen un grado de instrucción de inicial/primaria, en los factores sociales el 39,5% son obreros y un 39,5% tienen un ingreso económico de 1001 a 1400 nuevos soles.

El Sexo está determinado por características genéticas, hormonales, fisiológicas y funcionales que a los seres humanos nos diferencian biológicamente, la palabra sexo descende del latín: cortar, dividir originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en 2 grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, a uno de los dos sexos (69).

La persona es de sexo femenino o masculino en algunos casos puede ser extremadamente difícil determinar si un individuo particular es mujer u hombre. Por lo tanto, el descubrimiento de la diferencia conceptual entre sexo y género cuestiona el papel de la biología en los contenidos del ser mujer y el ser hombre (69).

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 (70).

En el presente estudio realizado sobre los determinantes biosocioeconómicos de la persona madura se muestra que el mayor porcentaje son de sexo masculino, ya que las enfermedades de la diabetes, tiende a ser una enfermedad crónica, donde requiere de una serie de disciplina en la alimentación y en la vida cotidiana, se puede concluir entonces que hay más varones interesados en saber más sobre su salud según los resultados ya que acuden al programa a diferencia de mujeres ya que la diabetes es frecuente en ambos sexos.

Según edad biológica, es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En el caso de un ser humano, generalmente se expresa como un número entero de años o como un número entero de años y meses. El adulto joven es la etapa de madurez física, corporal y el funcionamiento óptimo de todo el organismo de acorde con los cambios sexuales y las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan que va desde los 18 hasta los 35 años (71).

Según la adultez es una de las etapas de la vida en que se desarrollan más profundamente las capacidades para establecer y mantener los vínculos familiares y las relaciones sociales. Simbólicamente en esta etapa se marca el medio siglo de existencia o la mitad de la vida, momento éste en el que tanto hombres como mujeres tienen con frecuencia crisis existenciales; es un tiempo de búsqueda dentro del alma, de cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados; acaban de vivir la mitad de su vida y es fundamental comenzar a vivir la otra mitad (72).

La edad adulta es la etapa donde las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresan en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. Se consolidan los roles sociales y profesionales (73).

Se denomina adulto en una etapa más extensa de la vida de la persona, comprende, por lo tanto, un largo periodo de tiempo en el cual intervendrán muchas variables sociales, culturales y psicológicas que condicionan el desarrollo de la persona adulta durante su juventud y madurez. Con el fin de reflejar la forma de como la sociedad ordena y estructura los diversos grupos de edad y da a cada uno de ellos funciones específicas, desarrollando profundamente las capacidades para establecer y mantener los vínculos familiares y las relaciones sociales (73).

El grado de instrucción se considera como el último año escolar cursado por la persona, siendo la educación un derecho humano y un elemento indispensable para el progreso económico y social. Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales, económicos, como colectivos. Debe reconocerse que es un instrumento fundamental para que las personas adquieran conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud (74).

En relación al grado de instrucción, es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbito individual y colectivo. Podemos decir que el grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (75).

En relación al grado de instrucción, es la capacidad o el grado más elevado de estudios realizados en el transcurso de la vida a través de cursos donde se va adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos En

el Perú el sistema educativo se divide en: Educación básica o inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior. La educación secundaria en el Perú se organiza en dos ciclos: el primero general para todos los alumnos, dura dos años y el segundo, de tres años que es obligatorio (76).

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingreso económico, sueldos, salarios, dividendos, ingresos por intereses, pagos de transferencias, alquileres, etc. Entonces se podría llamar ingreso económico a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. Se ha establecido que la enfermedad genera una carga desproporcionada en países menos desarrollados y entre las familias como menos recursos (77).

Entendemos por ingreso económico a todas las ganancias que ingresan al conjunto total de presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que general como consecuencia un círculo de consumo ganancia (78).

Factor económico la pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya que ella puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permite adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente, la pobreza existe donde quiera que haya personas extremadamente pobres o gravemente desfavorecidas; tanto en los países pobres como en los ricos. El problema de muchos hogares pobres es que la mayor parte o la totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir sus necesidades en circunstancias normales (78).

La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo que puede estar relacionada o no con su profesión (nivel de educación), oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo como también el

individuo recibe un ingreso de dinero (78).

la ocupación se define como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos (79).

La ocupación es la tarea o función que desempeña en un puesto de trabajo que puede estar relacionada o no con su profesión y por la cual recibe un incentivo económico o en especies. También es definida como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo (79).

En relación a la ocupación de los adultos los resultados encontrados muestran que más de la mitad de los adultos tienen trabajos eventuales, esto se relaciona con el grado de instrucción que tienen, ya que no han podido lograr estudiar una carrera profesional por esta razón solo se dedican a trabajar en diversas actividades como comerciantes, peones, albañiles y algunos se dedican a crear su propio negocio, de esta manera generar mejores ingresos para superar sus condiciones de vida y solventar sus gastos diariamente.

El trabajo eventual es una modalidad contractual que engloba aquellas formas laborales en las cuales está ausente por completo la idea de permanencia o estabilidad del trabajador. Precizando más el concepto, podría decirse que este tipo de contrato se caracteriza por establecer, entre las partes (empleador y trabajador), una relación laboral de carácter transitorio, accidental, u ocasional, que se realiza para obtener un resultado concreto, a través de la prestación de algún servicio o la realización de alguna obra de parte del dependiente (79).

Como se puede observar en algunos lugares de nuestro país reflejadas en algunos estudios realizados como la de Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde el 52% de los migrantes peruanos son mujeres en relación a los varones que es de 46%, así mismo ahora hay 76 mil hombres más que mujeres (80).

En relación a la edad de la población en estudio se ha podido evidenciar más de la mitad son adultos mayores, se entiende por varias razones las cuales la edad juega un papel fundamental dentro de la salud, en cuanto más edad tenga la persona está más propenso a adquirir muchas enfermedades – crónicas de los cuales tenemos la diabetes de tipo 2 enfermedad degenerativa que afecta la salud, ser parte del programa permite estas informados y poder mantener los cuidados necesarios en la alimentación y entro otras.

Estos resultados coinciden con los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el 30 de junio de 2013, muestra que la población joven de Lima, de 20 a 35 años de edad, alcanzaría 2 millones 383 mil 30 habitantes y representarían el 48,2%.es decir Lima como capital del Perú es una ciudad donde los jóvenes migran de diferentes lugares con la finalidad de buscar nuevas oportunidades de vida como sucede en Huaraz capital de departamento (81).

Al analizar la variable grado de instrucción se encontró que más de la mitad presenta secundaria completa e incompleta, esto puede deberse a que el adulto no tuvo la oportunidad de concluir sus estudios secundarios y emprender una carrera profesional por motivos de índole económico, ya que muchos de ellos al migrar en el proceso de adaptación han dejado de estudiar para asumir responsabilidades de índole familiar.

Datos estadísticos reflejan esta realidad de acuerdo al INEI sobre los datos estadísticos del Ministerio de Educación se observa que la tasa de conclusión de la educación básica regular el 48% de los adolescentes entre (17 a 19 años) a diferencia de los demás si culminan el nivel secundario y prosiguen estudiando otras carreras profesionales (82).

Analizando referente al ingreso económico se tiene como resultado, la mayoría de los adultos tienen un ingreso económico superior al sueldo básico, esto se debe principalmente a que muchos de ellos es generador de sus propios ingresos y desarrolla actividades concentradas en el comercio, venta en mercado, tiendas de abarrotes, trabajadores del agro, y por priorizar sus obligaciones y responsabilidades familiares a

ellos indicando que no existe estabilidad laboral con la consiguiente desigualdad económica lo que predispone a la carencia de beneficios laborales y accesibilidad financiera, aspectos que pueden repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona.

Estos resultados obtenidos tienen relación con los estudios realizados por el INEI en el año 2011 – a nivel nacional donde un 62,5% de los jóvenes no tiene un ingreso económico estable ganan un sueldo mínimo de 700 nuevos soles a más Así mismo estos resultados coincide con algunos datos estadístico encontrados por el INEI a nivel nacional en el año 2011 donde muestran que un 56,7 % de los jóvenes no cuentan con un trabajo estable, solo cuentan con trabajos eventuales (82).

De lo expuesto se puede concluir que de los determinantes biosocioeconómicos observados en la población de estudio, los vuelve vulnerables para poder adquirir algún tipo de enfermedad, sea de índole físico o emocional pues los estudios demuestran que estos determinantes influyen en el estilo de vida y salud de las personas.

## **TABLA 2**

En cuanto a los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015. El 41,2 % (33) tienen viviendas multifamiliar, 85% (68) tienen casa propia, 43,7% (35) piso cemento, 50,0% (40) techo de material noble, 25 % (20) paredes de ladrillo, cemento, 45,0 % (36) comparten 4 más miembros, 100% (80) tiene agua de conexión domiciliaria, 100 % (80) tienen baño propio, 100 % (80) cocinan con gas electricidad, 100 % (80) tienen energía eléctrica permanente, 30% (24) eliminan la basura a campo abierto y el 30% (24) refieren que el carro recolector pasa diariamente, finalmente el 56,2 % (45) suelen eliminar la basura en contenedor específico de recogedor.

Estos resultados se asemejan por Garay, N. (83), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de la Persona Adulta de la Asociación el Moro II. Tacna, 2014”. “Donde su muestra estuvo conformada por 148 adultas, donde se destacó que el 70,3% tiene vivienda unifamiliar; 89,4 % cuenta con casa propia; 95,2% tienen piso de

tierra; 72,4% tienen techo de eternit; 66,2% cuenta con material de las paredes de adobe, 96,4% utilizan leña para cocinar; 62,3% manifestaron que duermen en habitaciones de 4 a más miembros; 100% tienen conexión domiciliaria de agua; 100% tienen energía eléctrica permanente; 100% tienen baño propio; 68,4% disponen la basura enterrándola, la queman o en el carro recolector; 76,2% recogen la basura al menos 2 veces por semana; 85,4% desechan la basura a través de un carro recolector.

Estos resultados se asemejan a la investigación de Colchado, A. (84), en su estudio titulado "Determinantes de la Salud de los Adultos del Distrito de Santa-Huancayo, 2015". "Donde reporta que el 81,2% tienen vivienda unifamiliar; 93,7 % tienen casa propia; 77,5 % material de piso es de tierra; 83,7% tienen techo de eternit; 60,4 % tienen paredes de adobe; 58,7% duermen de 4 a más miembros en una habitación; 95,4% tienen conexión domiciliaria de agua; 81,2% tienen baño propio; 71,2% usan leña , carbón para cocinar; 93,7% entierran la basura, lo queman, o en el carro recolector; 98,4% recogen la basura al menos 2 veces por semana y el 79,2 % suelen eliminar la basura en el carro recolector.

Otro estudio que se asemeja al estudio es realizado por Malca, L. (85), en su estudio denominado "Determinantes Sociales de la Salud de los Adultos del Distrito de San Ignacio Departamento de Cajamarca, 2015". "Quien reportó que el 58,6% tienen vivienda unifamiliar, 100% cuentan con casa propia o particular; 73,3% material del piso tierra; 56,6% paredes de adobe; 56,6% manifiestan que duermen de 4 a más miembros; 76,6% cuentan con conexión domiciliaria de agua; 96,6% usan leña para preparar sus alimentos; 80% cuentan con energía permanente; 56,3% disponen la basura enterrándola, la queman o en el carro recolector; 100% tienen baño propio; 90,2% indicaron que recogen la basura al menos 2 veces por semana; 68,8% eliminan la basura en el carro recolector.

El presente estudio difiere con lo obtenido por Regalado, R. (86), en su estudio denominado "Determinantes de la salud en los adultos asentamiento Humano Juan Bautista Vera Nuevo Chimbote, 2014". Donde el 100% tienen vivienda multifamiliar; 100 %, tienen material de piso de loseta; 100% tienen paredes de cemento; 87,7% tienen techo de ladrillo, cemento; 100 % de personas duermen en una habitación de 2 a

más miembros; 100% se abastece de agua por medio de cisternas; 100 % elimina sus excretas por medio de letrinas; 67,4% indicaron que recogen la basura todas las semanas pero no diariamente; 100 % utiliza gas para cocinar sus alimentos energía eléctrica; no difiere con la investigación con respecto al 100% energía eléctrica permanente; 85,2% entierran la basura, lo queman o en el carro recolector; 96,2 % eliminan la basura en el carro recolector.

Así también los resultados difieren con el resultado obtenido por Hadad, N. (87). en su estudio titulado “Relacionados con Determinantes Sociales de la Salud de la Madre y la Experiencia de Caries Dental en los Escolares de 12 años de edad del Distrito de Canta -Lima, 2015”. Quien concluye que el 100% tienen una vivienda multifamiliar; 46,6% tienen una vivienda particular y casa alquilada; 56,6% tienen material de piso de loseta; 56,4% las viviendas tienen como material predominante de las paredes de cemento, 64,2% tienen material de ladrillo, cemento; 96,6% las viviendas tuvieron abastecimiento de agua proveniente de fuente natural; 87,4% cocinan sus alimentos con gas; 100% realizan la eliminación de excretas a través del pozo ciego; 56,8% indicaron que recogen la basura todas las semanas pero no diariamente; 43,3% duermen de 2 a más miembros por habitación y no difieren con la investigación con respecto al 96,6% tienen alumbrado eléctrico permanente; 67,3% eliminan la basura carro recolector.

Así también los resultados difieren con el resultado obtenido por Barrios, A. (88), en su investigación titulada” “Determinantes Sociales de la Salud Relacionado con la Vivienda del Adulto Asentamiento Humano Golfo pérsico Viejo Chimbote -2014”. “Donde concluye que el 78% tienen vivienda multifamiliar, 90% material de techo material noble, ladrillo, 65 % material de las paredes de cemento; 76% tienen piso de loseta; 89% ocupan una habitación entre 2 a más personas; 58% tienen como abastecimiento de agua red pública, 65 % usan letrinas como baño; 50 % cocinan con gas; 46 % tienen energía eléctrica temporal; 72 % queman la basura y no difieren con la investigación con respecto al 68% de las familias disponen la basura al menos 2 veces por semana; 89% eliminan la basura por medio del carro recolector.

La vivienda unifamiliar son aquellas viviendas que están conformados con padres e hijos quienes comparten un espacio cubierto y cerrado que sirve como para quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad. Hay varios tipos de viviendas: viviendas colectivas o multifamiliares es una vivienda destinada a ser habitada por una o varias personas, general pero no necesariamente unidas por parentesco, y que no constituyen un colectivo, también se consideran viviendas familiares los alojamientos, con otros tipos de definiciones. 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 (89).

La vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas (90).

La vivienda unifamiliar es aquella vivienda que comparte la familia compuesta por papa, mama e hijos que habitan diariamente compartiendo habitaciones. La obtención del financiamiento para una vivienda unifamiliar depende principalmente del inversionista o de la calificación del crédito del comprador. Para conseguir el financiamiento para una vivienda multifamiliar, sin embargo, el edificio debe ser visto como capaz de generar ingresos. Si tiene pocas posibilidades de ser rentable, los bancos no estarán dispuestos a correr el riesgo de proporcionarte un préstamo para comprarlo se considera propiedad comercial. Debido a esto, se manejan y ven de manera diferente en el mercado de bienes raíces. Si deseas invertir en una vivienda multifamiliar, debes trabajar con un agente de bienes raíces comercial. Este tipo de agente se especializa en propiedades comerciales, y estará en mejores condiciones para ayudarte que un agente residencial (91).

La tenencia de una vivienda viene a ser un bien o pertenencia de una propiedad privada además incluye todos los inmobiliarios dentro del hogar asimismo se puede decir que la tenencia viene a ser la vivienda; propietarios de la vivienda y el terreno y/o

inquilinos) asimismo también se puede decir tenencia en residentes en vivienda prestada por su dueño en forma gratuita (92).

Tenencia de vivienda a demás es considerada como as diferentes formas de relación con los bienes económicos, desde la mera tenencia hasta la propiedad; dentro de las hay dos situaciones: (a) aquella en la que los hogares tienen formalizada de manera legal la disponibilidad de la vivienda es decir ser propietarios de la vivienda y el terreno y aquella en la que los hogares residen con una tenencia informal (93).

Así mismo la tenencia de vivienda es el sinónimo de pertenencia que es un elemento natural o artificial, que sin embargo las personas sirve de posada, de descanso, un lugar sea cual sea las condiciones viene a ser una vivienda, un lugar donde te brinda comodidad, abrigo y refugio, además de ello seguridad hoy en día está considerada a una vivienda como el lugar más seguro y armonioso ya q dentro de ella viven personas, una familia , con el pasar de los años las propias necesidades y usos a partir de los modelos había tenido en cuenta la edad se observa que predomina los adultos jóvenes comprendido desde los 20 a 40 años debido a que anteriormente no contaban con su entorno; por el contrario, en las ciudades, era más habitual que las viviendas fueran construidas, creativo e ingenieros, y arquitecto además de otras construcciones (94).

Con respecto al materias de piso o llamado superficie plana de un hogar o vivienda, se denomina según su estructura e ingenio de poner enchapados de con maderas, vinilos, mayólicas entre otras de esta manera dando una presentación mejor y diferente. Además en España se denomina piso a las viviendas. En ocasiones se utiliza, erróneamente, piso en vez de forjado, que es el elemento estructural horizontal de una planta (95).

El material de piso duro y bien acabado permite que éste se mantenga limpio con facilidad y reduzca la presencia de algunos bichos y olores. Mejorar el piso de la casa, es una opción que transforma el espacio en un lugar agradable y puede mejorar en varios aspectos el bienestar de quienes lo habitan (96).

El material de piso de madera puede tomar acabados elegantes y clásicos, o bien rústicos y hasta modernos. Pueden trabajarse en tonos naturales, con vetas a la vista, o pintarse y barnizarse en diversos acabados. El uso de tablas largas aporta el piso de madera una rusticidad inigualable, mientras que las combinaciones de colocación de losetas y tablas cortas logran parques de belleza y elegancia inimitables. También puede usarse en interiores (con acabados mate y brillante, laqueado, barnizado y otros) o en exteriores (ideal para decks en torno a la piscina y balcones) (97).

El material de techo es la estructura superior de las viviendas que cubre y protege hay muchos materiales con los que se pueden hacer un techo lo más común en la zona sierra es el de calamina va ser adaptada de acuerdo a la realidad de la zona donde es construida la vivienda tomando en cuenta la posición económica y el clima por ejemplo en la zona sierra los materiales de techo de las viviendas tienden a ser de calaminas, tejas, eternit, para que facilite el deslizamiento de la lluvia para evitar inundaciones, a comparación de la costa las viviendas están diseñadas a la realidad climática solo tienen un acabado con cemento y ladrillos debido a que es menos frecuentes o casi ausentes la presencia de lluvias (98).

El material de techo es el material sólido que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, tales como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan numerosos materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. La instalación apropiada proporciona un techo seguro que soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos (99).

El techo de la casa cumple una función importante para las viviendas ya que nos protege de las alteraciones ambientales calor, frío, lluvia, Sin embargo, los aspectos técnicos no son los únicos determinantes del diseño del techo. Muchas culturas tradicionales dan mayor importancia a otros criterios, tales como la creencia religiosa, estilos de vida local y estatus social, y estos deben ser respetados en el diseño de esquemas para viviendas, especialmente para evitar la monotonía deprimente de las zonas residenciales de hoy en día que son muy parecidos en todas las partes del mundo (100).

Material de la pared es una obra de albañilería vertical que limita un espacio arquitectónico. Su forma suele ser prismática y sus dimensiones horizontales (largo) y vertical (alto) son sensiblemente mayores que su espesor (ancho). En la construcción se denominan tabiques o muros (si tienen función estructural) y se utilizan como elementos para delimitar o dividir espacios y/o sustentar los elementos estructurales superiores muros (101).

Por lo tanto, cuando nos referimos de pared hacemos mención a un bloque de cualquier material o paredes de construcción artesanal dentro de un espacio esto permite dividir o delimitar un espacio, también conocida como muro es una construcción que presenta una superficie vertical y sirve para cerrar un espacio. Se define como muro: Toda estructura continua que de forma activa o pasiva produce un efecto estabilizador sobre una masa de terreno. El carácter fundamental de los muros es el de fijar y soportar como un cimiento estable y seguro (102).

Material de la pared también llamada o catalogada según como únalos define es decir que es Una pared es una obra de albañilería vertical que limita un espacio arquitectónico. Su forma suele ser prismática y sus dimensiones horizontales (largo) y vertical (alto) son sensiblemente mayores que su espeso, por tanto, se fabrican o construyen de diversos tipos y calidades de paredes.

También es definida como Conjunto de los miembros de una familia, especialmente los que viven en el mismo domicilio o los parientes más directos, existen diferentes materiales para su construcción: La tapia Pisada: es de uso tradicional y emplea la tierra como material para los muros. El adobe de tierra: es una forma económica usada en muchas culturas para la construcción de muros. El ladrillo o los bloques de cemento, son materiales con buena resistencia (103).

Número de miembros que duermen en una habitación es la cantidad de personas ya sea miembros de la familia que comparten una sola habitación este suele presentarse en familias de las comunidades de bajos recursos económicos donde las parejas de esposos comparten la misma habitación, la cantidad va depender de cuantos números de familia son y que con mayor frecuencia los integrantes de la familia que comparten la misma habitación es 5 o 6 personas (104).

El, **dormitorio**; así se denomina al ambiente de una vivienda que se utiliza principalmente para dormir sobre todo, para el sueño, actos sexuales y el descanso del residente u ocupantes a demás conocida como definido como el espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñada para el descanso de uno o más de sus habitantes a causa de ello cada individuo decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales (105).

El dormitorio es una unidad de vivienda que forma parte de una casa o departamento, que dispone de un solo espacio para zona social y dormitorio; tiene acceso desde el exterior por pasillos, patios, zaguanes u otros espacios de circulación común, en general, carecen de servicios sanitarios y cocina en su interior, máximo dispone de uno de estos dos servicios (106).

por otra parte el Sustancia líquida sin olor, color ni sabor que se encuentra en la naturaleza en estado más o menos puro formando ríos, lagos y mares, ocupa las tres cuartas partes del planeta tierra y forma parte de los seres vivos; está constituida por hidrógeno y de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable (107).

Un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para el consumo humano, conexión domiciliar es uno de los sistemas utilizadas para el consumo doméstico, industrial y otros; el agua suministrada debe ser en cantidad suficiente y de buena calidad física, química y bacteriológica; es decir, apta para el consumo humano (108).

El abastecimiento agua tiene muchos sistemas y mecanismos de ser suministrada lo más común utilizado en nuestro país es la conexión domiciliar que debe cumplir con las exigencias y necesidades de la población esta debe ser en cantidad suficiente y de buena calidad física, química y bacteriológica es decir apta para el consumo humano, para construir un sistema de abastecimiento se deben elaborar estudios que definan los estudios que definan las unidades operacionales requeridas, las unidades deben tener capacidad hidráulica para las condiciones actuales y futuras de la calidad. El abastecimiento de agua potable es una cuestión de supervivencia. Todos necesitamos

acceso a una cantidad suficiente de agua pura para mantener la buena salud y la vida (109).

La eliminación de excretas es el lugar donde se depositan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. La falta de sistemas de saneamiento básico favorece la proliferación de vectores, así como de agentes infecciosos (110).

La eliminación de excrementos humanos en letrina es una forma improvisada de eliminar que es necesario tener ciertos cuidados y dar mantenimiento para garantizar y asegurar un ambiente saludable y proteger a la población de enfermedades crónicas. Las condiciones de vivienda y de saneamiento ambiental definen, en gran medida, la forma de vida de la población; la vivienda inadecuada y la falta de saneamiento básico son manifestaciones visibles de la pobreza (111).

La eliminación de excretas es la materia fecal y la orina, son el resultado de la transformación de los alimentos consumidos por las personas y los animales. En ellas hay microbios, parásitos y huevos de parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte. Corremos el riesgo de contraer enfermedades, cuando el agua o los alimentos que consumimos están contaminados con excrementos y cuando no nos lavamos las manos después de ir al sanitario (112).

El combustible para preparar los alimentos como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón, leña, madera, libera parte de su energía en forma de calor cuando arde, al mismo tiempo que cambia su estructura química, debido al proceso de combustión. Los combustibles se clasifican dependiendo de su estado en sólidos, líquidos y gaseosos. Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón, leña, madera. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad (113).

Combustible para cocinar con mayor frecuencia utilizado en la zona sierra es leña puede ser con una mezcla de leña y carbón o solo con carbón. La leña tiene la ventaja de que arde mejor que el carbón, esto significa que el calor y la temperatura para cocinar es

mucho mayor ya que las comidas son más agradables. No solo eso, el sabor que toma la carne o la comida es muy rico y esto depende del tipo de madera que escojas para cocinar (114).

La combustión es un proceso químico de oxidación rápida que va acompañado de desprendimiento de energía bajo en forma de calor y luz. Para que éste proceso se dé, es necesario la presencia de un combustible, un comburente y calor. El material que es capaz de arder y se combina con el oxígeno, se conoce como combustible. En las combustiones ordinarias el combustible es una sustancia compuesta, como hidrocarburos gas de petróleo, gasolina, kerosene, parafina, etc (115).

Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético. La energía de carácter eléctrico es la modalidad de energía respaldada en esta propiedad que surge por la diferencia de potencial entre un par de puntos. Esta diferencia permite que se establezca una corriente eléctrica (116).

Conexión domiciliaria de energía eléctrica es la capacidad para iniciar un movimiento o hacer que algo se transforme se conoce como energía. El concepto también se emplea para referirse a los recursos de origen natural que pueden tener una finalidad industrial por medio del uso de ciertas tecnologías asociadas. La energía de carácter eléctrico es la modalidad de energía respaldada en esta propiedad que surge por la diferencia de potencial entre un par de puntos. Esta diferencia permite que se establezca una corriente eléctrica (es decir, un flujo de carga que atraviesa toda la estructura de un material) entre ambos (117).

El alumbrado público es un servicio que brindan las empresas energéticas en una ciudad, localidad, ruta y que tiene el objetivo de iluminar las calles, las rutas, los parques, los monumentos, los edificios públicos, entre otros espacios de circulación general, y que entonces como tales no se encuentran a cargo de ningún individuo. El cumplimiento, así como el control del alumbrado público está a cargo del gobierno nacional, municipal o provincial, según a quien corresponda la jurisdicción en la zona (118).

Lugar de eliminación de la basura es definida como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, asimismo la recolección de los residuos es el primer paso en la eliminación de la basura. Los municipios deben organizarse para garantizar a los ciudadanos que los residuos sean recogidos con una frecuencia que responda a sus necesidades (119).

La basura es todo el material y producto no deseado considerado como desecho y que se necesita eliminar porque carece de valor económico. Normalmente se deposita en lugares previstos para la recolección para ser canalizada a tiraderos o vertederos, rellenos sanitarios u otro lugar. Actualmente, se usa ese término para denominar aquella fracción de residuos que no son aprovechables y que por lo tanto debería ser tratada y dispuesta para evitar problemas sanitarios o ambientales, por eso el reciclaje consiste en recuperar a los residuos para transformarlos en un objeto con nueva vida útil (120).

Por otro lado, los desechos cumplen funciones específicas según su uso. Uno de los aspectos negativos de este método es la cantidad de energía que se disipa, aunque las modernas plantas incineradoras tienen mecanismos de recuperación o aprovechamiento del calor generado. En nuestro país es frecuente la quema de basura domiciliar realizada rústicamente, en las casas y no en plantas incineradoras pueden ser utilizados con otro objetivo, los elementos que constituyen la basura al descomponerse contaminan el suelo, aire y agua, estos elementos una vez recolectados, presentan un grave problema (121).

Frecuencia con que recogen la basura eliminación de los desechos sólidos en un botadero abierto. Aunque varios proyectos de desechos sólidos han contemplado el cerrado de botaderos abiertos e implementación de prácticas alternativas de eliminación sanitaria, pocos proyectos han tenido éxito en implementar este componente del proyecto debido a problemas en la adquisición de tierras y financiación local, así como presiones para la recirculación por parte del sector informal (122)

Frecuencia con que recoge la basura es definida como el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (123).

Frecuencia con que recogen la basura es una actividad que contribuye de manera positiva a nuestro medio ambiente. Las responsabilidades de un recolector de basura (o quizás para ser más correctos, un trabajador sanitario) no se limitan a recolectar la basura que se deja en las entradas. En todo caso, el recolector actual tiene muchas tareas que pueden cambiar de un día a otro, dependiendo de múltiples elementos, como el clima, la época del año y las necesidades de la ciudad. Al igual que con la mayoría de los trabajos, el recolector de basura moderno requiere de un determinado conjunto de habilidades que deben adquirirse si se quiere alcanzar el éxito (124).

Eliminación de basura, es un lugar destinado a la disposición final de desechos o basura, en el cual se pretenden tomar múltiples medidas para reducir los problemas generados por otro método de tratamiento de la basura como son los tiraderos, dichas medidas son, por ejemplo, el estudio meticuloso de impacto ambiental, económico y social desde la planeación y elección del lugar hasta la vigilancia. Impacto ambiental potencial de la recolección y eliminación de basura: Los objetivos globales de los proyectos de recolección y eliminación de basura es. Proporcionar a la comunidad, un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional, proporcionar una recolección apropiada y eficiente de los desechos sólidos en el medio urbano, brindar un transporte efectivo y económico de los mismos hasta las instalaciones de descarga, proporcionar una eliminación ecológicamente segura, técnicamente práctica y de bajo costo (125).

Eliminación de basura a campo abierto facilita el acceso a los desechos por parte de animales domésticos y, subsecuentemente, la potencial diseminación de enfermedades y contaminantes químicos a través de la cadena alimenticia. El polvo llevado desde un botadero abierto por el viento, puede portar agentes patógenos y materiales peligrosos. Los gases generados durante la biodegradación en un botadero abierto pueden incluir gases orgánicos volátiles, tóxicos y potencialmente cancerígenos, así como subproductos típicos de la biodegradación. El humo generado de la quema de basura en botaderos abiertos constituye un importante irritante respiratorio y puede hacer que las poblaciones afectadas tengan mucha más susceptibilidad a las enfermedades respiratorias (126).

Eliminación de basura es la acción de eliminar o desechar en algún lugar que pueden ocasionar repercusiones en las mismas personas, una de las formas de eliminar es mediante la incineración origina gases tóxicos que contaminan la atmósfera. Aunque la basura domiciliaria también produce contaminantes, los más peligrosos son los generados por los desechos industriales, otro de los aspectos negativos de este método es la cantidad de energía que se disipa, aunque las modernas plantas incineradoras tienen mecanismos de recuperación o aprovechamiento del calor generado (127).

En los resultados obtenidos sobre los determinantes del entorno físico se puede evidenciar que más de la mitad de los adultos, cuentan con una vivienda unifamiliar eso se debe a que algunas personas forman una nueva familia y asumen su responsabilidad conyugal y deciden construir sus viviendas propias para mayor comodidad, privacidad y para una mejor crianza de sus hijos. Otro motivo es la herencia de los terrenos por parte de sus padres.

Así lo demuestra el (INEI), en una encuesta realizada en los departamentos del país realizada en 18 de marzo del 2016 donde resalta que en Ancash el 54,9% de las viviendas son unifamiliares, Apurímac 45,8% viviendas unifamiliares, Loreto 65,9%, Ucayali 49,9%, Tumbes 63,8%, Lima Metropolitana 65,9%, Cajamarca 59,5% (128).

En cuanto a la tenencia de la vivienda se observa, que la mayoría de las familias cuentan con casa propia, ya que algunos de los adultos a lo largo de su vida lograron comprar sus terrenos para que puedan construir sus casas, como también algunos lo recibieron como herencia de sus padres.

Otro motivo por el cual lo pobladores cuentan con una vivienda propia es que ellos acceden al programa social del estado como techo propio (PTP) es un programa del Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento orientado a facilitar el financiamiento de vivienda a las familias peruanas con menores recursos. Es permitir el acceso a una Vivienda de Interés Social que cuente con servicios de electricidad, agua potable y desagüe, así como con las condiciones adecuadas de habitabilidad permitiéndoles tener un lugar adecuado para vivir.

Por otro lado, también existen pobladores provenientes de distintos pueblos alejados que al formar su familia han migrado a la comunidad comprando pequeños terrenos donde sin requerir mayor presupuesto pueden construir sus viviendas, ya que los materiales que se utilizan son naturales tales como tierra, madera, calaminas; y ellos mismos pueden construirlas, actualmente todos cuentan con título de propiedad otorgados por la Municipalidad de Independencia.

Así lo demuestra el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016 indicó que según el régimen de propiedad de las viviendas, el 69,3% son propias, el 16,2% ha sido cedida por otro hogar o institución, y el 14,3% es alquilada. Del total de las viviendas propias, el 51,2% cuentan con título de propiedad, el 15,5% no tiene y el 2,6% lo están tramitando (129).

En cuanto al tipo de material de la vivienda la mayoría tiene piso de tierra, esto se debe que la población no cuenta con un ingreso económico suficiente para poder hacer el piso de otro material como: cemento, loseta, porque es más costoso los materiales, la población refiere que la construcción con tierra cruda es sencilla y con poco gasto energético, no requiere un gran transporte de materiales o una cocción a alta temperatura. Es por ello que se considera un material de muy baja energía incorporada. También manifiestan que la tierra tiene una gran capacidad de almacenar el calor en la casa pues sabemos que el clima en esta zona es frío. Son pocos los adultos que cuentan con piso de entablado, porque ellos manifiestan que en su comunidad existen eucaliptos que son adecuados para el tallado de madera y así poder entablar el piso de sus viviendas.

Según el Instituto Nacional de estadística e informática (INEI)- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el año 2016, se encontró un menor porcentaje de hogares que tienen piso de tierra/arena respecto con lo observado en el año 2010 (30,5% y 38,1%, respectivamente), incrementándose en pisos de losetas, terrazos o similares y cemento/ladrillo (130).

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa con relación a lo observado en 2016, los materiales predominantes en el piso que más se han

incrementado son: otro material, que comprende mármol, piedra y similares 7,3%, tierra en 103,1%. Las viviendas con piso de cemento aumentaron en el período interesal en 55,9%, en Lima el mayor número de viviendas con techo de calamina se encuentran en el distrito de Villa María del Triunfo (50,1%), seguido de Lurigancho (33,1%), Villa el Salvador (32,6%), Cieneguilla (28,0%), San Juan de Miraflores (27,8%), Pucusana (26,7%) y Chaclacayo (26,0%) (131).

Al analizar el tipo de material de las paredes de las viviendas casi todos son de ladrillo cemento, ya por esta en la zona costa, tener una casa de material nombre es muy relevante en el buen sentido de la palabra ya que mantiene alejado de microorganismos patógeno y evitar dañar o infectarnos.

Otro motivo es que los materiales como el cemento y ladrillo es más costoso en la ciudad de Lima, en esta última ciudad mencionada la bolsa de cemento cuesta 19 soles la unidad, el ladrillo se comercializa por millares variando el precio desde 750 soles, debido a estos precios altos y al bajo ingreso económico de los pobladores de dicha comunidad no pueden hacer una mejora en la construcción de sus viviendas.

Así lo demuestra el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016, informa que en el área urbana y rural, el material predominante en las paredes de las viviendas del área urbana es el abobe que representa el 61,1%; seguido del adobe o tapia que representa el 23,5%, se observa que 130,199 unidades de vivienda (65,5%) tienen como material predominante en sus paredes el adobe o tapia, 47,383 viviendas (23,8%) tienen paredes de ladrillo o bloque de cemento y 9,648 viviendas (4,9%) tienen paredes de estera (132).

De acuerdo a lo obtenido en la presente investigación más de la mitad duermen de 4 a más miembros en una habitación, debido a que los integrantes de la familia no son muy numerosos, así las viviendas son construidas con un modelo único para toda la población, habitualmente las viviendas son de un solo piso y pocas veces de dos pisos, repartidas en ambientes como cocina, dos dormitorios que lo separan con cortinas de plásticos aislando de esa manera una de la otra y un ambiente como depósito de sus

herramientas y agriculturas como: papas, maíz, habas, trigo y cebada. En muchas ocasiones la cocina les sirve como crianza de sus animales como: cuyes, conejos.

Así lo demuestra el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016, las peores condiciones de hacinamiento se observan en la Selva, Sierra Norte y Sierra Sur más de una cuarta parte de las viviendas existentes en esos dominios cuentan con tan sólo una habitación, en una encuesta aplicada a 130 familias de cuatro asentamientos humanos de “El Agustino”, se supo que el 42% vive en hacinamiento y que en el 70% de casos las camas son compartidas por adultos, adolescentes, niños y niñas (134).

En cuanto al abastecimiento de agua, eliminación de excreta, se puede observar que todas las familias cuentan con conexión domiciliaria de agua y baño propio, este resultado se debe a que, gracias a los proyectos presentados por parte de los dirigentes vecinales, para la administración, operan y mantienen eficientemente los servicios de saneamiento y así se contribuye a mejorar la calidad de vida en la comunidad. Por el servicio recibido se paga un monto específico de acuerdo al consumo de cada familia para su respectivo mantenimiento y supervisión de los servicios.

El abastecimiento de agua y desagüe de la comunidad tiene muchos años de antigüedad de funcionamiento los cuales han permitido una mejor calidad de vida para los pobladores de dicho lugar evita diferentes tipos de enfermedades e infecciones que dañarían la salud de los pobladores.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los Censos Nacionales de Población y Vivienda, el abastecimiento de agua potable y la disponibilidad de los servicios higiénicos a nivel nacional se perfilan de la siguiente manera: En las dos últimas décadas se han logrado importantes avances en el sector de agua potable y saneamiento en el Perú, especialmente en el área rural, como el aumento en el acceso al agua potable del 30 % al 62 % y el incremento en el acceso a saneamiento del 9 % al 30 % entre 2010 y 2016 (135).

En la población en estudio se observa que la mayoría de las familias utilizan gas, electricidad debido a que su accesibilidad es más fácil, el uso de gas previene

enfermedades pulmonares entre otros, además que el gas, debido a que en estos últimos años el gas tiene un costo bajo, es más a las personas necesitadas las empadronan y les dan el gas mensualmente con un descuento de 16 nuevos soles por un programa del gobierno llamado el Fondo de Inclusión Social Energético (FISE).

En la actualidad esta población cuenta con energía eléctrica permanente, se debe a que los pobladores tuvieron que realizar gestiones con las autoridades correspondientes para poder elaborar un proyecto de electrificación donde se contó con el apoyo de las comunidades, de esta manera puedan obtener un servicio básico importante. Este servicio lo administrada por Hidrandina, es una empresa peruana que a través de instalaciones de medidores casa por casa controlan el consumo de lo utilizado.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, el 42% de las zonas rurales de la selva peruana no cuentan con energía eléctrica, frente a las zonas rurales de la costa y sierra, que cuenta con el servicio en un 78,5% y 72,4%, respectivamente. Dada la existencia de esta problemática y a fin de continuar contribuyendo con soluciones reales a problemas reales, la Universidad de Ingeniería y Tecnología (UTEC) dio a conocer que se encuentra trabajando en la investigación y desarrollo de una alternativa de solución innovadora que enfrente el bajo acceso a la energía eléctrica en la selva. En este proyecto, denominado Ilumina la Selva, la universidad dirigirá principalmente sus esfuerzos a las zonas remotas de la selva peruana y en la comunidad Nuevo Saposoa en Ucayali (137).

Respecto al determinante de salud del entorno físico de los adultos, se ha podido evidenciar que muchos de los adultos cuentan con casa de pocas habitaciones, y así no existe la privacidad para cada familia, no hay intimidad para esposos o entre hermanos y se invade la intimidad de los otros lo cual favorece que las conductas sexuales se inicien a edades tempranas. El aprendizaje en los niños también se ve obstaculizado además de que la calidad de vida de la familia resulta dañada porque no hay un espacio donde cada integrante pueda tener un momento para sí mismo.

### TABLA 3

En los determinantes de los estilos de vida en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015. El 73,7% (59) refieren no fumo actualmente, pero he fumado antes, 80,0% (64) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 82% (66) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, 72,5% (58) refieren bañarse diariamente, 60,% (49) si se realizan exámenes médicos periódicos, 77,5% (62) realizan actividad física caminar y 57,5% (46) hicieron actividad física las 2 últimas semanas, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 21,9% (19) refieren consumir fruta diario, el 32,3% (22) consume carne 1 o 2 veces/semana, 25,6% (21) huevos carne 1 o 2 veces/semana, 24,2% (17) pescado carne 1 o 2 veces/semana, 22,6% (23) fideos diario, 27,4% (25) pan diario y el 22,5% (21) verduras y hortalizas diario finalmente el 22% (25,6) otro tipo de alimentos 1 a 2 veces/semanal menos 1 vez a la semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Pajuelo, A. (138), “Determinantes de la salud de los adultos del sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. El 69%(151) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 6%(147)ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 96%(216) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, 88%(197) refieren bañarse 4 veces a la semana, 82% (184)no realizan exámenes médicos periódicos, 53%(118) realizan actividad 62 física el caminar y 53%(119) lo hacen por más de 20 minutos, en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos, el 34%(77) refieren consumir frutas diariamente, el 46%(104) carne de 3 o más veces a la semana, 40%(89) huevos de 1 o 2 veces a la semana, 33%(75) pescado al menos 1 vez a la semana, 82%(184)fideos diariamente, 81%(182) pan y cereales diariamente y el 61%(135) verduras y hortalizas diariamente finalmente el 33%(74) otro tipo de alimentos al menos 1 vez a la semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Ayala, J (139), “Determinantes de la salud de los adultos del caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. El 89,4% (143) refieren que no han fumado nunca de manera habitual, 46,3% (74) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 84,4% (135) duermen de 06 a 08 horas, 69,4% (112) se bañan 4 veces a la semana, 77,5% (124) no se han realizado algún examen médico, 60% (96) realizan actividad física como caminar, 55% (88) caminan

por más de 20 minutos. Referente a la alimentación 50,6% (81) consumen frutas diariamente, 46,9% (75) carne 3 ó más veces a la semana, 48,8% (78) huevos 1 o 2 veces a la semana, un 48,1% (77) pescado menos de una vez a la semana, 84,4% (135) consumen fideos diariamente, 80,6% (129) consumen pan cereal diariamente, 50,6% (81) verduras hortalizas diariamente, 42,5% (68) consumen otros alimentos como refresco, lácteos embutidos, y otros.

Así mismo, se asemeja con los resultados encontrado por Solís, B. (140), “Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015”. “Concluye que el 85,5% (171) indicaron que no han fumado, 50,5% (101) toman bebidas alcohólicas de manera ocasional, 96% (192) duermen entre 6 a 8 horas diarias, 74,5% 8 (149) se bañan cuatro veces a la semana, 66,5% (133) no se realizan controles médicos periódicos en un centro de salud, el 91,5% (183) la actividad física que realizan en su tiempo libre es la caminata, el 76,5% (153) en las últimas dos semanas realizaron caminatas como actividad física durante más de 20 minutos. En cuanto a la alimentación cabe destacar que el 44,5% (89) consumen fruta tres o más veces a la semana, el 34% (68) consumen carne una a dos veces por semana, el 92,5% (185) consumen pan y cereales diariamente, el 60,5% (121) consumen verduras y hortalizas diariamente”.

Los estudios que difieren obtenido por Katicsa, P. (141), “Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arevalo 3ªEtapa – la Esperanza, 2013”. Se observa un (39,88%) fuma, pero no diariamente,(35,12%)consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, (98,81%) duerme de 6 a 8 horas, (98,21%)se baña diariamente, (99,40%) no realiza algún examen médico periódicamente ,( 53,27%) no realizan actividad física en su tiempo libre, (82,74%) tampoco en las 2 últimas semanas por más de 20 minutos, (45,24%) consumen frutas, (46,43%), consumen fideos, (100%) consumen pan y (65,18%) consumen verduras hortalizas diariamente, (45,24%) consume carne nunca o casi nunca, (36,31%) consume huevos 3 o más veces a la semana,(49,70%)consume pescado menos de 1 vez a la semana.

Otro estudio que difiere es el de Gonzales, T. (142), “Determinantes de la salud de

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

Así mismo difieren los estudios de Villacorta, D. (143), “Determinantes de la salud en las personas adultas jóvenes del A.H “Alto Perú”. Sausal- Trujillo, 2012”. El 62% de la población no fuman actualmente, pero ha fumado antes, el 32% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 77% de la población duerme entre 6 a 8 horas, el 84% se baña diariamente, el 79% se realiza examen periódico en un establecimiento de salud, el 51% realiza actividad física como realizar deporte en su tiempo libre, el 49% realiza actividad física como caminar durante más de 20 minutos, el 33% consume frutas a diario, el 65 % consumen carnes de 3 o más veces por semana, el 35% consume huevos 3 o más veces a la semana, el 29% consume pescado, el 11% consume fideos, el 16% consume pan y cereales y el 11% consume verduras y hortalizas de manera diaria.

El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador. Fumar es un hábito difícil de dejar, porque la nicotina contenida en el tabaco es un adictivo químico, pero hoy en día existen varios métodos para dejarlo como: terapia psicológica, emocional y física. (144).

Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, también puede ser marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones (145).

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

El fumar es una conducta humana, entendiendo por conducta todas las actividades que desarrollamos los seres humanos, como: trabajar, comer, leer, etc. y toda conducta se mantiene por sus consecuencias, si determinada conducta nos otorga beneficios, la mantenemos; si nos genera inconvenientes, la discontinuamos, es decir, las conductas se mantienen por reforzamientos, los cuales pueden ser de dos tipos: positivos, cuando aporta una recompensa o gratificación, y negativos, cuando evita un evento o suceso desagradable. Si una persona continúa fumando, es porque dicha conducta está siendo reforzada, tanto con reforzadores positivos (gratificación del fumar), como negativos (fumando se evitan las molestias que genera el estar sin fumar); es decir que el fumador encuentra en su conducta de fumar más beneficios que inconvenientes, lo que se debe definir es si los beneficios “percibidos” por fumar son reales o imaginarios (146).

Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, generalmente también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas (147).

Bebidas alcohólicas toda bebida que contenga alguna cantidad de etanol es considerada bebida alcohólica. Las bebidas que abarca este grupo son muchas, e intentando agruparlas, algunas de ellas son: los vinos, cervezas, licores, aguardientes, whiskies, etc, con el paso del tiempo muchas de estas técnicas se han mejorado y modernizado. En otros casos, los procesos de elaboración y producción siguen siendo bastante parecidos a los de antaño (148).

La ingestión de una pequeña cantidad diaria de alcohol no perjudica a las personas, sin embargo, no se aconseja iniciarse en la costumbre de ingerir tales bebidas. A nivel calórico, el alcohol produce 7 kilocalorías por gramo sin aportar otros nutrientes, como pueden ser las vitaminas, minerales, etc. Dada esta característica de ausencia de aporte

nutricional, a la caloría alcohólica se la denomina caloría vacía, por esta misma razón, si se está realizando algún tipo de régimen o dieta baja en calorías, se restringe el consumo de alcohol. Las contras que presenta el consumo de alcohol son muchas y van desde depresión y descoordinación, la mala absorción de nutrientes hasta la cirrosis, problemas cardíacos y con otros órganos del cuerpo humano (149).

Dormir implica estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para la atención que podamos prestarles a las cosas; obviamente, la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente. Lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada (150).

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

El sueño ha sido y sigue siendo uno de los enigmas de la investigación científica, y aun a día de hoy, tenemos grandes dudas sobre él, de ser considerado un fenómeno pasivo en el que parecía no ocurrir aparentemente nada, se ha pasado a considerar a partir de la aparición de técnicas de medición de la actividad eléctrica cerebral, un estado de conciencia dinámico en que podemos llegar a tener una actividad cerebral tan activa como en la vigilia y en el que ocurren grandes modificaciones del funcionamiento del organismo; cambios en la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura corporal, la secreción hormonal, entre otros (151).

El vocablo sueño (del latín *somnus*, raíz original que se conserva en los cultismos *somnífero*, *somnoliento* y *sonámbulo*) designa tanto el acto de dormir como el deseo de hacerlo (tener sueño). Para el acto de soñar existe la palabra específica *ensueño*, aunque suele utilizarse también la genérica (tener un sueño = soñar). El adjetivo correspondiente a *ensueño-sueño* es *onírico* (del griego *ónar*, "ensueño"). Por analogía

con el ensueño que cumple a menudo fantasías del durmiente se llama también sueño a cualquier anhelo o ilusión que moviliza a una persona. Metafóricamente, se afirma que una parte del cuerpo se le ha dormido a uno, cuando se pierde o reduce pasajeramente la sensibilidad en la misma (parestesia) (152).

El baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria, la piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida, como también sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior, además de todas las ventajas de salud que reporta como una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea (153).

Se definir la higiene corporal como el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad (con las implicaciones sociales y por tanto la relatividad cultural que la misma posee). Es una práctica básica que permite reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos. Sin embargo, no es correcto pensar que todos los virus, bacterias y hongos son microorganismos agresivos e invasores del cuerpo humano. Por lo tanto, la higiene corporal debe ser una higiene equilibrada: debe reducir las contaminaciones de organismos patógenos entre individuos y respetar al mismo tiempo las floras microbiológicas que nos rodean, así como aquellas que alojamos en nuestro interior (154).

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

enfermedades como los resfrió, otros.

Que el acto de bañarse es uno de los considerados hábitos de higiene, es decir, una costumbre que, vinculada al aseo personal, que tiene por objetivo principal la limpieza del propio cuerpo. Así como lavarse los dientes resulta fundamental para el cuidado de los mismos, remover la suciedad de nuestro cuerpo también es parte de nuestro cuidado (155).

El examen médico periódico son pruebas médicas que realizan las empresas al seleccionar a sus empleados y también para procurar la salud en los mismos. Cómo su nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente (156).

Los chequeos médicos y exámenes pueden detectar problemas antes de que ocurran. También pueden encontrar problemas a tiempo, cuando las posibilidades de cura son mayores. Los chequeos y exámenes que usted necesita, dependerán de su edad, salud, historia familiar y estilo de vida, como, por ejemplo, qué come, cuán activo se mantiene y si fuma (157).

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

Este examen permite detectar los efectos de la exposición a un agente de riesgo en forma temprana y de esta manera poder establecer estrategias preventivas y otorgar un tratamiento médico oportuno a fin de evitar el desarrollo de enfermedades y traer consigo daños incurables o secuelas que afecta a la persona (158).

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

de los riesgos a los que está expuesto el trabajador (159).

La actividad física produce efectos positivos en muchas partes del cuerpo, este artículo se concentra en los beneficios que la actividad física representa para el corazón y los pulmones. También contiene consejos para iniciar y mantener un programa de actividad física, y habla de la actividad física como parte de un estilo de vida saludable para el corazón, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (160).

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

Según las recomendaciones sobre actividad física que el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS). Publicó en 2008 para los estadounidenses ("2008 Physical Activity Guidelines for Americans"), por lo general el término "actividad física" se refiere a los movimientos que benefician la salud, el ejercicio es un tipo de actividad física que es planificado y estructurado. Levantar pesas, tomar una clase de aeróbicos y practicar un deporte de equipo son ejemplos de ejercicio (161).

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% a 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica, un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos (162).

El término "actividad física" se refiere a una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, de jardinería y otras, además de los ejercicios planificados. El sedentarismo se vincula, entre otras cosas, al desarrollo de Obesidad, Diabetes, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo. La práctica regular de actividad física no solo previene su desarrollo, sino que contribuye al buen control de la enfermedad cuando la misma ya se encuentra instalada (163).

Se denomina alimento a cualquier sustancia sólida o líquida que ingieren los seres vivos con el objetivo de regular su metabolismo y mantener sus funciones fisiológicas como ser la de la temperatura corporal, es decir, los seres humanos necesitamos sí o sí alimentos para reponer la materia viva que gastamos como consecuencia de la actividad del organismo y porque necesitamos producir nuevas sustancias que contribuyan al desarrollo de nuevos tejidos que ayuden directamente a nuestro crecimiento (164).

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

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana, una alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente, estos nutrientes incluyen las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales (165).

La nutrición es importante para todos. Combinada con la actividad física y un peso saludable, la buena alimentación es una forma excelente de ayudar a tu cuerpo a

mantenerse fuerte y saludable. Si tienes antecedentes de cáncer de mama o estás en tratamiento, la buena alimentación es especialmente importante para ti. Lo que comes puede influir en tu sistema inmunitario, tu estado de ánimo y tu nivel de energía (166).

La alimentación balanceada es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo que se hace necesaria una dieta en la que estén presentes todos los grupos básicos de alimentos que proporcionen, minerales, vitaminas y antioxidantes necesarios (167).

De esta manera y dadas las características individuales y condiciones biológicas de cada persona como el peso, la estatura, el sexo y la edad. Indicarán directamente los componentes de su alimentación. Para la Lc. Mari Luz Rolón nutricionista del Centro Clínico San Cristóbal, "una buena alimentación debe distribuirse a lo largo del día en cinco comidas: desayuno, almuerzo, dos meriendas y cena. Tratando de hacer un equilibrio en donde se combinen tanto las proteínas, carbohidratos (muchas frutas y verduras) y pocas grasas, y por lo menos ocho vasos de agua diarios (168).

Así mismo es importante resaltar que el consumo de proteínas como las carnes blancas (pollo, pescado, conejos, mariscos), las carnes rojas (vaca y el chivo), el huevo y los lácteos, otorgan, el hierro y los aminoácidos esenciales que el organismo no puede producir por sí mismo y que son indispensables (169).

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

#### TABLA 4

En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias en los adultos del programa de diabetes del hospital San Juan Bautista – Huaral, 2015. El 45% (56) no recibe algún apoyo social natural, el 30 % (24) no reciben ningún apoyo social organizado, 47,5% (35) reciben pensión 65, 48,5% (39) se atienden en un hospital, 48,7% (39) refieren que la distancia cerca de su casa, 48,7% (39) tienen SIS-MINNSA, 46,2% (37) manifiestan que fue regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 46,2% (37) ) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 100% (86) comunican que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

Estos resultados se asemejan a la investigación de García, P. (170), en su investigación titulada” “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas Asentamientos Humano Señor de Los Milagros Chimbote-2014”. “Donde reporta que el 97% reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% no reciben apoyo social organizado, 100 % reciben vaso de leche, 75% fueron atendió en un puesto de salud, 71 % la distancia del lugar de atención es regular, 76% la calidad de atención es buena, 91 % tienen SIS-MINSA, 85% no se asemejan con la investigación con respecto al pandillaje y la delincuencia que si existe cerca de la vivienda.

Estos resultados se asemejan por Quispe, Ch. (171), en su estudio titulado” “Determinantes Sociales de la Salud en los Adultos Asentamiento Humano San Juan Chimbote, 2015”. “Donde el 66 cuentan con apoyo social natural de sus familias, 56% no reciben apoyo social organizado, 34% si pertenece a vaso de leche, 65% se atendieron en un puesto salud, 56% la distancia de salud es regular, 76% cuenta con tipo de seguro SIS-MINSA, 47% el tiempo que espero es regular, 49% la calidad de atención es buena, 42% no existe pandillaje o delincuencia.”

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Huiza, G. (172), en su estudio titulado” “Determinantes Sociales de la Salud en los Adultos, Satisfacción del Usuario Externo Sobre la Calidad de Atención de Salud en el Hospital de la Base Naval Del Callao-2014”. “La muestra estuvo compuesta por 260 personas adultos, se destacó que el 76,2% cuentan con apoyo social natural de sus familias, 56,4% cuentan con tipo de seguro SIS-MINSA, 45,8% tampoco no reciben apoyo social organizado, 56,7% distancia de atención es regular de la casa, 54,8% la espera de atención es regular, 62,4% la calidad de atención que recibió fue buena,

56,2% no se asemejan con la investigación con respecto a la institución que se atendieron es el hospital, 43,5% reciben otros tipo de apoyo social organizado y 76,4% si existe pandillaje o delincuencia cerca de sus viviendas.

El presente estudio difiere con lo obtenido por Valencia, F. (173). en su estudio titulado” “determinantes sociales de la salud en los adultos nivel de satisfacción y seguro de los Pacientes Atendidos por el Personal de Salud en el Hospital San Gabriel Ecuador -2014”. Que el 56,8% no recibió algún apoyo social natural, 46,5% reciben apoyo social organizado de otros, 45,8% cuentan con tipo de seguro otros, 56,4% la institución de atención es en el hospital, 65,2% reciben apoyo social organizado de seguridad social, 48,1% la calidad de atención es regular, 56,8% distancia de la atención es lejos de la casa, 58,2% la espera de atención es largo, 56,5% si existe pandillaje cerca de la casa.

Así también los resultados difieren con el resultado obtenido por Martina, M. (174), en su estudio titulado” “Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015”. “Reporta que el 48,3% no recibió algún apoyo social natural, 45,6% recibe apoyo de la empresa que trabaja, 56,3% recibe apoyo social organizado de otros, 56,8% se atendieron en ESSALUD, 55,1% mencionan estar cerca de su casa, 50,1% el tiempo de espera es corto, 45,6% la calidad de atención es regular, 87,9% refieren que si existe pandillaje o delincuencia.

El presente estudio difiere con lo obtenido por Remusgo, A. (175), en su estudio titulado” “Determinantes Sociales de la Salud quien estudio Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2014”. “Donde el 66% se atiende en el hospital, 76% consideran el lugar de atención muy cerca de su casa, 53% espero corto tiempo para ser atendida, 55% presentó un nivel de atención muy buena, 45% recibió apoyo social natural de mis espirituales, 65% recibió apoyo organizado de una institución de acogida, 56% si recibió apoyo social organizado de otros, 97% si existe pandillaje cerca de la casa.

Apoyo social natural es definido como el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social (176).

Así mismo es definida como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, económica de la red social en la que se encuentra (177).

Se entiende por apoyo social natural la relación en la que se ofrece o intercambia ayuda, esta ayuda puede ser material, emocional o instrumental, está demostrado que el apoyo social es fundamental para el bienestar de la persona y muy recomendable en situaciones de estrés. El sistema formal debe fortalecer y apoyar los sistemas de apoyo natural y articular estrategias de coordinación entre los apoyos formales y entre éstos y los apoyos naturales. la intervención que desde los servicios sociales comunitarios se realiza con familias como primera fuente de cuidados hacia sus miembros, va desde el sistema más pequeño, el individuo, hasta el sistema mayor, la comunidad (178).

“El apoyo social organizado se define como las transacciones en las que se intercambian recursos que permiten cumplir con algunas funciones. El apoyo social puede operativizarse de múltiples formas, donde las intervenciones basadas en apoyo social, independientemente de la estrategia que se adopte para prestar ayuda. A través de los grupos de autoayuda se ofrecen e intercambian diversos recursos, que permiten cumplir las funciones (179).

“El apoyo social organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (180).

El apoyo social organizado se puede definir como un promotor de la salud, y la recuperación de la salud que se asocia con un descenso en el riesgo de mortalidad. El vínculo entre apoyo social y resultados de salud, tanto física como psicológica. Surgen como una alternativa al sistema de cuidados tradicionales, basados en el modelo profesional de la salud, en el que cuando las personas sufren un problema esperan que la solución al mismo esté a cargo de un agente externo, un profesional que posee los conocimientos adecuados y las estrategias para resolverlo (181).

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. Un comedor social es una organización pública de beneficencia para dar de comer gratis o con una pequeña contribución a personas de escasos recursos necesitadas y funcionan en coordinación, generalmente, con los bancos de alimentos. La pensión 65 es un programa que ayuda a la persona adulta mayor que tiene como finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia (182).

Así mismo es definida como un programa social creado para proveer apoyo en la alimentación, a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. La pensión 65 reciben los adultos mayores extremos pobres eran marginales para la sociedad, invisibles para el Estado. Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 soles bimensuales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales (183).

El Programa del Vaso de Leche (PVL) es un programa social creado para proveer el crecimiento y desarrollo saludable de la población infantil y las capacidades de las madres y coordinadoras de la Organización del Vaso de Leche en sus diferentes niveles, mejorar el consumo alimentario nutricional de la población beneficiaria a través de la entrega de una ración nutricional adecuada y de calidad, Contribuir al desarrollo y crecimiento para prevenir y enfrentar la desnutrición crónica, anemia y otros, contribuir a mejorar el nivel nutricional y la calidad de vida, reducir la mortalidad infantil ( 185).

La institución de salud se define a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales (186).

Así mismo se define como un término que procede del latín centrum, es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una

superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin (187).

Las Instituciones de salud son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. Que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar (188).

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. el SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (189).

El seguro de salud se define como aquel que ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos. El seguro a través de los empleadores suele ser un plan de atención médica administrada. Estos planes contratan a profesionales de la salud y centros médicos para suministrarles atención médica a los afiliados, con costos reducidos (190).

El seguro de salud se define como un atributo en que el asegurador paga como indemnización el reembolso de los gastos incurridos por el asegurado con ocasión de una enfermedad, tratamiento médico o incapacidad prevista en la póliza. Se puede tener seguro médico a través del empleador, se puede comprar de manera individual o puede ser otorgado por estado gratuitamente (191).

Tiempo de espera es definida como aquellos pacientes que acuden a un centro de salud en la comunidad tienen que esperar de 16,1 a 21,9 minutos para ser atendidos. Los pacientes con cita previa tienen que esperar una media de 16,1 minutos; mientras que las personas que acuden mediante el sistema de turnos o de números aguardan una media de 21,9 minutos para ser atendidos. Según el informe, los ciudadanos acuden al médico una media de 11 veces al año, lo que equivale casi a una consulta por mes (192).

El tiempo de espera es un indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia. Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales, aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia o llega a la Unidad Funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario (193).

El tiempo de espera es una medida de duración o separación de acontecimientos, sujetos a cambio, de los sistemas sujetos a observación; esto es, el período que transcurre en una variación perceptible para un observador. El tiempo permite ordenar los sucesos en secuencias, estableciendo un pasado, un futuro y un tercer conjunto de eventos ni pasados ni futuros respecto a otro (194).

La calidad de atención en salud se define como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, dentro de los servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (195).

La calidad de atención en salud se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca de la calidad de servicio que se le brinda (196).

Calidad de atención de salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados, esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (197).

Pandillaje son un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta cometer actos violentos o delictivos (198).

Así mismo es definida como uno de los problemas sociales que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses (Araujo 2005:1). En los siguientes párrafos, mencionaremos las principales causas del pandillaje sociales y económicas (199).

El pandillaje se define como una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales (200).

Respecto a los determinantes de redes sociales y comunitarias se observa que todos de los adultos en estudio cuentan con el apoyo de sus familiares tanto económicamente y emocionalmente esto se observa puesto que en la población de estudio lo primero es la familia y son ellos los que apoyan de inmediato cuando se presenta una eventualidad siempre muy solidarios. También los adultos refieren que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia. Si falta la familia de dónde recibiremos el apoyo, cuidado, amor, afecto y la seguridad las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Así mismo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en año 2016, informa en el área de apoyo al bienestar familiar los que fundamentalmente brindan ayuda a la madre trabajadora. En el área rural el porcentaje de hogares que recibieron ayuda en este aspecto alcanza al 7,1% del total del área, los hogares de la sierra sur con 7,2 % constituyen los usuarios con mayor representatividad. En Lima Metropolitana los hogares que se benefician con este apoyo social alcanzarían solamente al 1,1% de los hogares limeños (200).

Los adultos encuestados respondieron que no reciben ningún apoyo social organizado, debido a que no tienen conocimiento de estas organizaciones por falta de información sobre este tipo de apoyo, en caso de pensión 65 el estado contrató a personas que realizaban visitas domiciliarias verificando las condiciones en que viven los adultos mayores, los beneficiarios tenían que cumplir ciertas condiciones como ser familias de extrema pobreza, y se captó a cierto grupo de personas y actualmente gozan de ese beneficio.

Del mismo modo más de la mitad de la población en estudio manifestaron estar

inscritas en el programa de vaso de leche, gracias a esta entidad que se creó con el fin de ofrecer alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudar a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra, esto se debe a que en la zona hay un número considerable de mujeres lactantes, gestantes, niños menores de 0 - 6 años que por derecho se benefician de este programa y como en casi en todo los lugares de nuestro país.

Esta realidad se observa en muchos departamentos según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática ( INEI) en una encuesta realizada en 2016 respecto a los programas Sociales el programa vaso de leche/Comedor popular es el de mayor cobertura, atiende a 493 mil productores, por departamento, se beneficia a los hogares de las mujeres de Loreto (32,9%), Huánuco (27,9%), Amazonas (18,3%), Apurímac (17,3%), Ayacucho (15,4%), Cajamarca y Huancavelica (14,8% cada uno), San Martín (14,1%), entre otros. Luego el programa sigue JUNTOS con 391 mil beneficiarios; le sigue el Desayuno o Almuerzo escolar que alcanza a 338 mil; en los hogares de los hombres de Loreto (35,0%), Huánuco (30,8%), Apurímac (25,6), Amazonas (24,5%), Huancavelica (22,0%), Ayacucho (21,4%), Cusco (19,7%), San Martín (17,4%) (200).

La mayoría fueron atendidos en el puesto de salud que queda a regular distancia de su casa esto gracias a que los adultos cuentan con el seguro SIS- MINSA, es por ello que es más accesible asistir a un puesto de salud, donde la atención es gratuita, a diferencia de las clínicas donde el costo es elevado y no está alcance del ingreso económico quizá esto se debe que siendo el ministerio de salud (MINSA) del Perú el encargado de cobertura atención de salud para las personas que no cuentan con ningún tipo de seguro y se encuentran en extrema pobreza.

La mayoría refieren que la calidad de atención es buena, manifiestan que el personal de salud está capacitado preparado profesionalmente para poder prestar servicio con calidad y calidez, donde se evidencia que los profesionales tienen esa paciencia de atender a los pacientes como de manera usual.

La mayoría refieren que, si existe pandillaje cerca de su casa, es debido a que los padres no educaron bien a sus hijos, no practican los valores éticos, además paran fuera de la casa evitan el control de los padres. Si realizamos una comparación con la capital se observa que este problema mayormente se da en las grandes ciudades de nuestro país y que va en aumento ya que son problemas que afectan mayormente a nuestros adolescentes, esto se debería por dos factores: familiares y sociales.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, la cantidad de las personas jóvenes entre los 15-24 años, representa el 20.4% (5, 240,000) de la población total del Perú. De aquellos, 74% vive en el área urbana, y 31.6% vive en la ciudad de Lima; 48% de los jóvenes que viven en el área urbana migraron de las zonas rurales. El 70% de la población de Lima vive en los distritos populares, y es allí donde proliferan las pandillas (200).

En conclusión, los determinantes relacionados con las redes sociales y comunitarias de la población de estudio, es un determinante muy importante para la salud de los usuarios ya que nos permiten saber si la población cuenta con apoyo social, si cuentan con un seguro de salud, y la apreciación de los usuarios en cuanto a los servicios brindados por la institución donde se atienden, todo esto para poder informar a las autoridades pertinentes y así poder buscar estrategias y mejorar en las deficiencias que pueda existir en las instituciones.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones:

- En cuanto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos; se observa que menos de lamitad son de sexo masculino y comprenden la edad del adulto mayor, menos de lamitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, tienen trabajos estables y un ingreso económico de S/. 1001.00 a S/. 1400.00. finalmente, más de lamitad son de sexo masculino; en cuanto a los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico; menos de lamitad tienen viviendas multifamiliar, piso cemento, paredes de ladrillo, cemento, comparten 4 más miembros, refieren que el carro recolector pasa diariamente y eliminan la basura a campo abierto; lamitad tiene techo de material noble; más de lamitad suelen eliminar la basura en contenedor específico de recogedor; la mayoría tienen casa propia; todos tienen agua de conexión domiciliaria, tienen baño propio, cocinan con gas electricidad, tienen energía eléctrica permanente.
- En los determinantes de los estilos de vida; menos de lamitad hicieron actividad física las 2 últimas semanas; más de lamitad si se realizan exámenes médicos periódicos; la mayoría refieren no fumo actualmente, pero he fumado antes, ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, refieren bañarse diariamente, realizan actividad física caminar en cuanto la frecuencia de consumo de los alimentos; menos de lamitad refieren consumir pan, fruta, fideos verduras y hortalizas diario, consume carne, huevos, pescado, otros tipos de alimentos 1 o 2 veces/semana,
- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias; menos de lamitad no recibe algún apoyo social natural, no reciben ningún apoyo social organizado, reciben pensión 65, se atienden en un hospital, refieren que la distancia cerca de su casa, tienen SIS-MINNSA, manifiestan que fue regular el tiempo de espera para la atención de salud a demás refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el todos comunican que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

## **5.2. Recomendaciones:**

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades por medio de los resultados mostrados a que brinden más apoyo a los adultos obteniendo un mejor estilo de vida. Donde a partir de esta investigación se siga motivando a los futuros profesionales de la salud a continuar con investigaciones que abarquen este tipo de problemática, y que mediante las acciones preventivas promocionales se pueda seguir luchando en la actualidad.
- Difundir los resultados obtenidos, para que implementen y ejecuten con mucha más eficacia el programa preventivo promocional de la salud en este grupo poblacional, facilitando y brindando una atención oportuna y de calidad.
- Seguir realizando investigaciones sobre determinantes de la salud de las personas adultas, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, y así mismo realizar campañas y sesiones educativas y demostrativas, dirigidas por el establecimiento de salud y las autoridades, en el plazo de 1 año, dándoles a conocer a cerca de los factores que alteran su bienestar para que cada poblador consiga logros positivos en sus estilos de vida, gracias a las sensibilizaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Informe internación sobre la diabetes en salud Anual 2011.
2. Organización Mundial de la Salud “Informe mundial sobre la diabetes”. Abril 2016. Disponible en URL: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
3. Henrichs R, Regniers C. Controlar Las Enfermedades Crónicas: Perspectivas Mundiales de La Diabetes. Diabetes Voice, mayo 2008; 53: 33-6
4. Patiño TM, Hernández ME. Diabetes Mellitus: Perspectivas Epidemiológicas e Implicaciones Clínicas. Revista de Medicina Interna: Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna Junta Directiva Nacional. 2009 - 2011:27:(1):7-22
5. Castillo J. y Col. Alteraciones oculares en pacientes Diabéticos que asisten a la consulta externa del HEODRA entre Abril – junio de 1995. UNAN – León. Tesis para optar al título de medicina y cirugía.
6. Silais. L. Informe Estadístico Prevalencia de Diabetes mellitus en el Departamento de León, 2013.
7. OPS. Enfermedades y daños en la salud. Las condiciones de salud de en las Américas. Volumen 7. 1994
8. Isselbacher, Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. Volumen I, Barcelona, España. 2001.
9. Guías Alad de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 2010.
10. Salud en America Latina y el Caribe “Día mundial de la diabetes: tres hallazgos que debes conocer sobre américa latina”. Banco Interamericano de Desarrollo 2916 . Disponible en URL: <https://blogs.iadb.org/salud/2016/11/09/diabetes-2/>
11. Hernández A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de Una Encuesta Poblacional para

determinar los factores asociados al control de la Diabetes Mellitus en México. Salud Pública de México, 2011; (1); 53.

12. Shah V, Kamdar P, Shah N. Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. International journal of diabetes in developing countries .2009 Jul; 29(3): 118-122.
13. INEI Y OMS. Problemas de salud. Diabetes en la población peruana, 2016. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>
14. Ministerio de Salud. “Cerca de millón y medio de peruanos padecen de diabetes y sólo el 50% de ellos conoce su diagnóstico”. Perú. Impreso en noviembre del 2017. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=25617>
15. DIRESA. Ancash noticia. Informe sobre problemas de diabetes en Áncash 2018. Disponible en: <http://www.ancashnoticias.com/2017/11/15/huaraz-casos-diabetes-mayores-mujeres-varones>.
16. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 abril 26]. Disponible desde el URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
17. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
18. Hospital de Huaral, oficina N° 1, estadística. Red de salud. 2015
19. Lizarraga Eseberre A. et al. El nivel de conocimiento como factor de riesgo para el ingreso hospitalario de personas con diabetes tipo 2. Rev Enferm. Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (2): 89-92.
20. Pace, Ana et al. El conocimiento sobre Diabetes Mellitus en el proceso de autocuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14.

21. Domínguez Cols. Control Metabólico en Pacientes Diabéticos tipo 2: grado de control y nivel de conocimientos (Estudio Azuer). Rev. Clin. Med. Fam. 2011; 4(1):32-41.
22. Gamboa C. su tesis titulada. Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida: programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013
23. Ulloa, M. (23), En su investigación determinantes de la salud en la persona adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche – Trujillo. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tacna] 2012.
24. Estrada Y. (18). En su investigación titulada determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa Micaela Bastidas – Piura, [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tacna] 2013.
25. Valverde L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Huarmey; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
26. Vergaray R. Determinantes de salud de los adultos del sector de “A” – distrito – Huaraz, [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz] 2016.
27. León, K (21). Determinantes de Salud de los Adultos el Sector “San Miguel” Monterrey Huaraz, [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz] 2015.
28. Lalonde, Marc. (1996) El Concepto de ‘Campo de Salud’: una perspectiva canadiense, en: Promoción de Salud: una antología, Publicación Científica N°557 Washington, USA, 1996, p.9. O.M.S. (2005).
29. Albery, I. P. & Munafò, M. (2008). Key concepts in health psychology. Thousand

Oaks, CA, EE, UU.: Sage.

30. Organización Mundial de la Salud (2008) Subsanan las desigualdades en una generación, Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud, Ginebra. WHO/IER/CSDH/08.1”
31. SECRETARIAT Commission. Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
32. SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J Public Health 2002; 11: 302.
33. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and.
34. Vidal V. García I Zavala M. Müller R. Rodríguez M. Chávez A. Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile; Ciencia y Enfermería, vol. XX, núm. 1, abril, 2014, pp. 61-74.
35. Kheirandish M, Rashidian A, Kebriaeezade A, Cheraghali AM, Soleymani F.J Structural Determinants Res Pharm Pract. Andalusian School of Public Health 2015
36. 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
37. López V. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2009, 2015; Organización Mundial de la Salud 2011.
38. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud.
39. Nataly K, Aranda A, Vílchez M. En su Investigación. Determinantes De La Salud En Niños Menores De Tres Años Con Desnutrición Aguda -Nuevo Chimote. 2014 Visto En: Disponible en url: <Http://Www. Metabase.Net/Docs./Unibe/03624.Html>.

40. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007.
41. Ministerio De Salud Diagnósticos Regionales De Salud Pública. Basados En El Enfoque De Los Determinantes Sociales De La Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales De La Salud (Cdss) – Oms. Op. Cit. Pág. 10.
42. Definición ABC. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2017 Set 21]. Disponible desde el URL: <https://definicion.de/?s=teritorio>.
43. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
44. Julian P. Definición de Servicio de Educacion. [pagina en internet]. Publicado 2008. Disponible en : <https://definicion.de/educacion/> .
45. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
46. Hernández R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
47. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiologia.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
48. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
49. Bugada, S. definición de edad [Articulo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>.
50. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas en las Américas. Disponible en URL: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

51. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
  
52. Eustat. Deficnión de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_ 0/ tema\\_ 165/ elem\\_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
  
53. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42).
  
54. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición. de/ocupación](http://definicion.de/ocupacion).
  
55. Serie Nescon de Informes Técnicos Nº 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST\\_Salud.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf)
  
56. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
  
57. Licata M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.zonadiet. Com / deportes / actividad-fisica-salud.htm](http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm).
  
58. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible

en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.

59. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
60. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
61. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)
62. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
63. Álvarez, R. “Determinantes de Salud en Preescolares con Riesgos Nutricionales. C.E.I Rayitos de Luz Nicolás Garatea Nvo. Chimbote -2012”. [Tesis para Optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote–Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2013.
64. Uchazara, M. “Determinantes de Salud en Recién Nacidos con Bajo Peso. Maternidad de María Chimbote 2012”. [Tesis para Optar título de licenciada en enfermería]. Tacna–Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2013.
65. Romero, Z. “Determinantes de la salud de la persona Adulta del Asentamiento Humano la Victoria del Distrito del Tambo- Huancayo, 2014”. [Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería]. Huancayo\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
66. Cachaca, S. “Determinantes de la Salud Biososioeconómicos en la Persona Adulta de la Comunidad Cerro de Pasco, 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Pasco\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

67. Domínguez, H. “Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012”. [Tesis para Optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2013.
68. Sobrevilla, V. “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013”. [Tesis para Optar título de licenciada en enfermería]. Sullana-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2013.
69. Rodríguez, P. “Conceptos de edad y sexo”. [Documento en internet]: [citado en enero del 2011]. Disponible desde el URL: <http://www2.huberlin.de/sexo/edadlogy/ECS1/index.1.htm>.
70. Chávez, C. Definición de ingreso económico. [Serie de Inter]. [citado 2013 Setiembre 1]: [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://www.definiciónabc.com/economía/ingreso.php>.
71. Fuentes, A. Sexo. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Sexo>.
72. Bugada, S. definiciones de edad. [Articulado en internet] unión europea; 2012. [Citado 2012 set 24]. Disponible en <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>.
73. Alorda, C. evolución del concepto de adultez [articulado en internet] 2011 [citado 17 junio 2011] disponible en URL: <http://www.infermeravirtual.com/eses/situacionesdevida/adultez/informacion--general.html>.
74. Haeberle, E. Edad y sexología. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Edad>.
75. Wornher, H. Grado de Instrucción. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Edad>.
76. Campo, M. definición de educación. [documento en internet]: [citado en abril del

- 2011]. Disponible desde el URL:<http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad/creencias/ritos /temact-sig/tev>.
77. Ministerio de Salud – Dirección de estadística e información de salud. Definiciones y conceptos en estadísticas vitales. Nivel de instrucción. [Articulado en internet]. Disponible en URL: <http://www.deis.gov.ar/defini9ciones.html>.
78. Robles, W. definición de ingresos. [biblioteca virtual. España. 2008[citado 2010 agosto 22]]. [1 pantalla]. Disponible desde el URL:<http://definicion.de/ingresos/>.
79. Carrasco, C. “Conceptos que señalan al estado civil, ocupación e ingreso económico como parte del factor social”. [documento en internet]: [citado en febrero del 2011]. Disponible desde el URL:<http://es.answers.yahoo.com/estadocivil/diccionario/ocupaci%C3%B3n/ingresoeconómico.htm/index?qid=AA592Nn.com/htm>.
80. Moncada, F. ocupación o tipo de trabajo. [Articulado en internet]. 2012. [Citado 2011 feb. 15]. Disponible+en+URL: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>.
81. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2012. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pd](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pd).
82. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Educación y el ingreso económico 2012. [Marco Conceptual del Censo de Educación del Perú]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pd](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pd).
83. Garay, N. “Determinantes de la Salud de la Persona Adulta de la Asociación el Moro II. Tacna, 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
84. Colchado, A. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Distrito de Santa

- Huancayo, 2015”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huancayo\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2016. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
85. Malca, L. “Determinantes Sociales de la Salud de los Adultos del Distrito de San Ignacio Departamento de Cajamarca, 2015”. [Tesis para optar el Título Profesional de Ingeniería Civil]. Cajamarca- Perú: Universidad Nacional, Cajamarca, 2016.
86. Regalado, R. “Determinantes de la Salud en los Adultos Asentamiento Humano Juan Bautista Vera Nuevo Chimbote, 2014”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote-2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
87. Hadad, N. “Relacionados con Determinantes Sociales de la Salud de la Madre y la Experiencia de Caries Dental en los Escolares de 12 años de edad del Distrito de Canta -Lima, 2015”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima\_ Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; Facultad de enfermería- 2016. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
88. Barrios. A. “Determinantes Sociales de la Salud Relacionado con la Vivienda del Adulto Asentamiento Humano Golfo pérsico Viejo Chimbote -2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Chimbote\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
89. Flores, T. definición de viviendas unifamiliar [serie en internet] [citada 2015 Abril Disponible en: [http://www.casas.mitula.com.ar/casas/alquiler\\_habitación\\_casas-familia-capital-federal.com.pe](http://www.casas.mitula.com.ar/casas/alquiler_habitación_casas-familia-capital-federal.com.pe).
90. Laz, B. definición de vivienda unifamiliar [los angeles since 1999] [pantalla libre] Desde URL: <http://definicion.de/vivienda/>.
91. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2013 Setiembre13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL: [http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos\\_definiciones\\_de\\_poblaci%](http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%).

92. Conceptos y definiciones tenencia de vivienda [Serie de Internet] [ Citado 2014 mayo] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL: <http://es.scribd.com/doc/3403949/Conceptos-de-Vivienda#scribd>.
93. Carrillo H. Características de la Vivienda Conceptos ". Sobre conceptos serie en internet] 2012 [citada el 8 de octubre del 2012]; Disponible en: URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características de la vivienda).
94. Diccionario: Enciclopedia libre definición de piso [6 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Piso>.
95. Diccionario: Definición de piso [12, de setiembre 2013] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
96. Gulbrandsen, O. y Pajot, G. material de piso de las viviendas [serie eninternet]
97. 2012 [citada 2012 mayo 28]; Disponible en: [www. BOBP/MAG/16](http://www.BOBP/MAG/16) material de piso de las viviendas. BOBP. Madras. India.
98. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2012 octubre][Alrededor de 01 pantalla].Disponible desde URL [com/definicion-techo -info\\_309213/](http://com/definicion-techo-info_309213/).
99. Diccionario la definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.thefreedictionary.com/techo>.
- 100.Rodríguez, A. y Sugranyes, A. (2005). Los con techo: un desafío para la política vivienda social. Santiago de Chile: Ediciones Sur.
- 101.Diccionario: Enciclopedia libre definición de pared [14 de mayo del 2013][1 Pantalla libre] desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pared>.
- 102.Diccionario: Definición de pared [12 de noviembre 2012] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wiktionary.org/wiki/pared>.
- 103.Diccionario: Definición de adobe [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde

URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/adobe>.

104. Cochachin S. Habitaciones compartidos [serie en internet] 2012 [citada 2012 Mayo 4]; Disponible en: <http://inmuebles.libre.com. /Alquiler-de-habitación-en- casa de Familia- capital-federal.com.pe>.
105. Diccionario: Definición de dormitorio [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>.
106. Diccionario: Definición de dormitorio [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
107. Palacios F. abastecimiento de agua [serie en internet] 2012 [citada 2012 Agosto 20]; Disponible en: <http://www.amauta-international. Com %20en%/ Excelencia 20Servicio.htm>.
108. OMS y UNICEF: Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud, 2013.
109. [OMS 2013] [1 pantalla libre] desde URL: [http://www.who.int/water\\_. sanitación, /.health/mdg1/es](http://www.who.int/water_. sanitación, /.health/mdg1/es).
110. González, I. Unidad Nacional de Salud Ambiental de Cuba sobre el agua segura y los programas de vigilancia Conversaciones sobre el agua, Capítulo III.
111. Definición de eliminación de excretas. [artículo en internet]. [Citado Feb. 2016]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: URL. <http://www>. [Alrededor de 1 pantalla].
112. Hernández, H. Consultor Salud y Ambiente de OPS / OMS Guías Básicas de Agua y Saneamiento 4ta. Edición, año 2002.
113. OMS, Organización Mundial de la Salud (1998), Guía Para La Calidad del saneamiento básico, 2ª ed. vol. 3: Vigilancia.
114. Definición: combustible para cocinar [20 de mayo 2013] [1 Pantalla libre] desde

- URL: <http://es.thefreedictionary.com/gas>.
115. Heperian: combustible para cocinar [20 de mayo 2013] [1 Pantalla libre] desde URL: <http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustibleutiliza-cocina-1708629135.html>.
116. Definiciones generalidades de combustible para cocinar, 2013 Clasificación y Requisitos de establecimientos hoteleros en Venezuela Caracas, 2013 Leonie Técnica Hotelera S.A.E.S.A Caracas, 2013.
117. Energía eléctrica [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ Energía eléctrica](http://es.wikipedia.org/Wiqui/Energía_eléctrica).
118. Definición: Energía eléctrica, la enciclopedia libre setiembre 2013 Disponible desde el URL: [http://es.org//Energía\\_ eléctrica](http://es.org//Energía_eléctrica).
119. Programa de Energía para Hogares GTZ (HERA) [www.gtz.de](http://www.gtz.de) / hera Red de Energía de Hogares [www.hedon.info](http://www.hedon.info) PCIA - Partnership for Clean Indoor Air [www.pciaonline.org](http://www.pciaonline.org) Listade discusión; Estufa <http://stoves.bioenergylists.org/O> MSContaminación, De. Aire de Interiores <http://www.who.indoorair/es/index.html>.
120. Definición: basura, la enciclopedia libre noviembre 2013 Disponible desde el URL: <http://es..org/ /Basura>.
121. Méndez, L. Clasificación de la basura. [Monografía en Internet] [Citado el 2011 Junio 26] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos36/la-basura/la-basura3.shtml>.
122. Ministerio de agricultura alimentación y medio ambiente definición de Recogida de basura [14 de octubre 2013] [1 pantalla libre] Desde URL: <http://www.magrama>
123. Márquez D. Revisas frecuencias residuos sólidos, Proyecto para [serie en internet] 2013 [citada 2013 Junio 6]; Disponible en: [www. Proyecto para recolección de residuos sólidos-Carl Duisberg Gese schaf.com.pe](http://www.proyecto-para-recoleccion-de-residuos-solidos-carl-duisberg-gese-schaf.com.pe).

124. Conceptos frecuencia de Recojo de Basura [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos de recojo de basura](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_de_recojo_de_basura).
125. Charles V. Encinas-Norzagaray. 2013. Variables disposicionales, situacionales y demográficas en el reciclaje de metal y papel [serie en internet] 2012 [citada 2012 Mayo 13]; Disponible en: URL: [www.org. Medio ambiente y comportamiento humano.com.pe](http://www.org.Medio_ambiente_y_comportamiento_humano.com.pe).
126. Norca. K eliminación de Residuos sólidos [ Serie en internet] 2012 [citada 2012 Julio 13]; Disponible en: [http://www.Monografias.com/trabajos 96/ selección. desechos- sólidos-proceso. Disposición y eliminación](http://www.Monografias.com/trabajos_96/selección_desechos_sólidos-proceso_Disposición_yeliminación) [Portada en internet]. [Citado Octu. 27]. [Alrededor de 1 pantalla] 2010. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/disposición/>
127. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado May. .]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: [www.conceptos disposición de basuras. Y desechos](http://www.conceptos_disposición_de_basuras.Y_desechos).
128. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en una encuesta realizada en el departamentos del país realizada en 18 de marzo del 2016. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
129. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco\\_ conceptual pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco_conceptual.pdf)
130. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016. Informe La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
131. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016. Informa con relación a lo observado en 2016. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
132. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016. Informa que en el área urbana y rural, el material predominante en las paredes de las viviendas del área urbana es el abobe. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.

133. Investigación realizada por científicos de la Universidad de Illinois (EE.UU), en el año 2016. muestra que cuanto menos protegen los padres a sus hijos, mayor es el grado de madurez de estos. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
134. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2016. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco\\_conceptual.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco_conceptual.pdf).
135. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2016, el abastecimiento de agua potable y la disponibilidad de los servicios higiénicos a nivel nacional. Disponible en: [<https://www.inei.gob.pe/>].
136. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en una encuesta aplicada en el año 2016. Disponible en: [<https://www.inei.gob.pe/>].
137. García, P. “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas Asentamientos Humano Señor de Los Milagros Chimbote-2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Chimbote\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
138. Pajuelo, A. “Determinantes de la salud de los adultos del sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
139. Ayala, J. “Determinantes de la salud de los adultos del caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
140. Solís, B. “Determinantes de la salud de los adultos del centro poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2015.
141. Katicsa, P. “Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arevalo 3ª Etapa – la Esperanza, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.

142. Gonzales, T. “Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del A.H. “H. “Alto Perú - Sausal. Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Trujillo]- 2012.
143. Villacorta, D. (129), “Determinantes de la salud en las personas adultas jóvenes del A.H “Alto Perú”. Sausal- Trujillo, 2012”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Huaraz]- 2013.
144. La interferencia de la industria del tabaco en el control del consumo de tabaco  
Tobacco industry interferente with tobacco control . World Health Organization  
2008.
145. Revista Trastornos Adictivos, vol. 9 (1). Monográfico de tabaquismo Sociedad Española de Toxicomanías 2007.
146. Monografía tabaco Revista Adicciones, vol.16 (2) 2004.
147. Celorrio Ibañez, R.: Prevención de consumo de drogas legales: alcohol y tabaco: unidades didácticas para tutoría. Celorrio Ibañez, Rafael. 1998.
148. Chabalier, H.: El último trago: crónica de un divorcio del alcohol. Ediciones Península. 2005.
149. Chafetz, M. E.; et al.: Los efectos saludables del alcohol. Ediciones Martínez Roca. 1997.
150. Marín, H; Franco, A; Vinaccia, S; Tobón, S. y Sandín, B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva de medicina comportamental del sueño. Suma Psicológica: 15(1), 217-239, 2008.
151. Maroto, M. Dormir bien. Instituto de Salud Pública. Madrid: Nueva Imprenta S.A 2007.
152. Sarraís, F. y Castro, P. El insomnio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra: 30(1), 121-134. 2007.

153. Miranda López, P. y Cols “guía de higiene. educación para la salud en educación infantil y primaria”. imprenta guillén. Murcia 1992.
154. Rodríguez García, P.L. “Educación Física y salud en Primaria. Hacia una educación corporal significativa y autónoma”. Inde. Barcelona 2006.
155. Martín Vázquez, V. “Hábitos de higiene personal y en la escuela”. Revista digital “Investigación y Educación” 2004.
156. Normas para la Prevención de la Transmisión de la Tuberculosis en los Establecimientos de Asistencia Sanitaria en Condiciones de Recursos Limitados, OMS, 2002.
157. OMS, Detección Precoz de Enfermedades Profesionales, Artículo académico, 2010.
158. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, CDC, NIOSH 2005.
159. Para la Enseñanza e Investigación de la Salud y Seguridad en el Trabajo, Oscar Betancurt, Funsat-OPS/OMS. 1999.
160. Acheson, D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: Stationery Office 1998.
161. Aznar, S. y Webster, T. (2006). Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia: guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
162. Biddle, S., Sallis, S., y Cavill, N. (1998). Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. En Biddle, S., Sallis, S. y Cavill, N. (Ed.), Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London: Health Education Authority.
163. Maestro de Educación Física (CPI Antonio Orza Couto) Estudiante de 5º curso de Pedagogía. Revista Digital - Buenos Aires – (agosto de 2002). Extraído el 04 de febrero de 2014 desde <http://www.efdeportes.com>.

164. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996. Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párrafo 1. En: Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación; Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 13-17 de noviembre de 1996, Roma (Italia). Roma, FAO. 43 p.
165. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996. Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, párrafo 1. En: Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación; Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 13-17 de noviembre de 1996, Roma (Italia). Roma, FAO. 43 p.
166. Asociación Benéfica PRISMA, PANFAR. Vigilancia Nutricional Regional Arequipa - II Vuelta». Lima-Perú. Enero, 1993.
167. Fomon SJ. Nutrición del Lactante. Mosby/Doyma Libros. Madrid-España. 1995.
168. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa de Monitoreo Nutricional AC&C. versión 1.0. Lima-Perú. Diciembre, 1991.
169. Gibson R. Principles of Nutritional Assessment. New York Oxford. Oxford University Press. 1990.
170. García, P. “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas Asentamientos Humano Señor de Los Milagros Chimbote-2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Chimbote\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
171. Quispe, Ch. “Determinantes Sociales de la Salud en los Adultos Asentamiento Humano San Juan\_Chimbote, 2015”. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2016. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
172. Huiza, G. “Determinantes Sociales de la Salud en los Adultos, Satisfacción del

Usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval Del Callao-2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Callao\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

173.Valencia, F “Determinantes Sociales de la Salud en los Adultos Nivel de Satisfacción y Seguro de los Pacientes Atendidos por el Personal de Salud en el Hospital San Gabriel Ecuador -2014”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Ecuador\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

174.Martina, M. “Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Lima\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2016. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

175.Remusgo, A. “Determinantes Sociales de la Salud quien estudio Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Almenara\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

176.Definición de apoyo social [documento en internet]. Disponible desde el URL: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1-1/13.1.2\\_bfque-es-el-apoyo-social](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1-1/13.1.2_bfque-es-el-apoyo-social).

177.Barrera, M. Las distinciones entre el apoyo social: conceptos, medidas y modelos. Am. Comunidad J. Psychol., 14: 117-28, 1986.

178.Definición de apoyo social [disponible de una pantalla de internet] <http://www.estamosenlaweb.pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica>.

179.Definición de apoyo organizado [disponible de una pantalla de internet] <http://www.estamosenlaweb.pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica>.

- moquegua-apoyo-social.
180. Definición de apoyo social organizado Disponible desde el URL  
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>
181. Definición de apoyo social organizado [Disponible desde URL en  
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>
182. Pierina. P. “El Impacto del Vaso de Leche” Lima, Perú. 2016”
183. Definiciones de salud [pantalla de internet] Disponible desde el URL  
<http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
184. Definición de institución de salud [pantalla de internet] Disponible desde el URL  
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>.
185. Institución de salud. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL:  
[es.wikipedia.org/Wiqui/ institución de salud](http://es.wikipedia.org/Wiqui/instituci%3F3n%20de%20salud).
186. Diario peruano sobre SIS [pantalla de internet] [ citado el martes 21 de setiembre  
Del 2016]. Disponible desde <http://oficislurin.blogspot.Com/2010/09/aseguramiento.universal-en-salud-aus.htm>.
187. Organización mundial de la salud: Seguro integral de la salud [documento en  
internet] Disponible desde URL: <http://www.geosalud.com/segurosalud>.
188. Definición de seguro de salud [pantalla de internet] disponible desde:  
<http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
189. Ortiz, C. tiempo de espera para ser atendidos [210] [1 pantalla libre] Desde  
URL: <http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales>.
190. Dirección general de evaluación del desempeño. Tiempo de espera en consultorio  
externo. [Documento en internet]. [alrededor de 2 paginas]. Disponible desde  
URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador4>

191. Tiempo de espera para ser atendido [Serie en internet] 2012 [citada 2012 Abril 13];  
Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>.
192. Otero, J. calidad de atención en salud [pantalla de internet] [citado noviembre 202]  
Disponible desde: <http://www.google>.
193. Definición de calidad según la OMS [pantalla de internet] [citado setiembre 2014]  
Disponible desde: [http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula\\_2003/tema1/ap2.php](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula_2003/tema1/ap2.php).
194. Calidad de atención de salud [Serie en internet] 2012 [citada 2012 Abril 13];  
Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/.html> Calidad de atención.
195. Pandillas Juveniles [pantalla de internet] [citado 28 julio 2006] Disponible  
desde: <http://blog.pucp.edu.pe/item/6107/pandillas-juveniles-definicion-y-causas>.
196. Pandillas Juveniles definición y causas [pantalla de internet] Disponible desde:  
<http://es.scribd.com/doc/2591644/pandillaje-juvenil#scribd>.
197. Martel, J. El pandillaje no es sólo un problema social" Párrafo: 1-5 Página:  
<http://blogpucp.edu.pe/index.php?blogid=407> 2002.
198. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en año 2016, informa en el  
área de apoyo al bienestar familiar Disponible en: [<https://www.inei.gob.pe/>].
199. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, por  
encargo de la Superintendencia Nacional de Salud Disponible en:  
[<https://www.inei.gob.pe/>].
200. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 201, la cantidad  
de las personas jóvenes Disponible en: [<https://www.inei.gob.pe/>].



## ANEXO 1



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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS**  
**LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN**  
**BAUTISTA – HUARAL, 2015**

**Elaborado por Vélchez Reyes Adriana**

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la**

**Persona.....**

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

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

**Edad:**

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

**Grado de instrucción:**

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

**Ingreso económico**

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

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

**Ocupación:**

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

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

**Tipo:**

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

**Material del piso:**

- Tierra ( )
- Entablado ( )
- Loseta, vinílico ( )
- Lámina asfálticas ( )
- Parquet ( )

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Abastecimiento de agua:**

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

- Conexión domiciliaria ( )

**Eliminación de excretas:**

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

**Combustible para cocinar:**

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

**Tipo de alumbrado:**

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

**Disposición de basura:**

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

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

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

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

- Carro recolector ( )
- Montículo o campo limpio ( )
- Contenedor específicos de recogida ( )

- Vertido por el fregadero o desagüe ( )
- Otros. ( )

### III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

#### Actualmente fuma?

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

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

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

#### Número de horas que duerme:

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

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

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

#### Usted realiza examen médico periódico

Si ( ) 2 No ( )

#### Usted realiza alguna actividad física:

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

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

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

#### DIETA:

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

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

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

##### Percibe algún apoyo social natural:

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

##### Percibe algún apoyo social organizad:

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

##### Percibe algún Apoyo social organizado:

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

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

- Hospital ( )
- Centro de salud ( )

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

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

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

**Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

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

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

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

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

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

Si ( ) No ( )



## ANEXO 2



### VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015

#### Validez de contenido:

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

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

$n_e =$  número de expertos que indican esencial .

N= número total de expertos.

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

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

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

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la experta la “ficha de validación del cuestionario sobre los determinantes de la Salud De Los Adultos Del Centro Poblado De Marian – Sector Rivas – Independencia, 2015”.  
(Ver anexo 03).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es?  
¿Esencial?  
¿Útil pero no esencial?

¿No necesaria?

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

**Calculo del Coeficiente de Validez Total:**

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

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

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



ANEXO 3



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

Nº	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
$\sum CVR_i$										25,500

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

Comentario									
<b>P11</b>									
Comentario:									
<b>P12</b>									
Comentario:									
<b>P13</b>									
Comentario:									
<b>P14</b>									
Comentario:									
<b>III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD</b>									
<b>P15</b>									
Comentario:									
<b>P16</b>									
Comentario:									
<b>P17</b>									
Comentario:									
<b>P18</b>									
Comentario:									
<b>IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS</b>									
<b>P19</b>									
Comentario:									
<b>V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>									
<b>P20</b>									
Comentario:									
<b>P21</b>									

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

**Fuente:** Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO 4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE  
DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL, 2015

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

---

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

---

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

(\*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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



## ANEXO 5



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO: DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR RIVAS – INDEPENDENCIA – HUARAZ, 2015.**

Yo.....

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

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

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

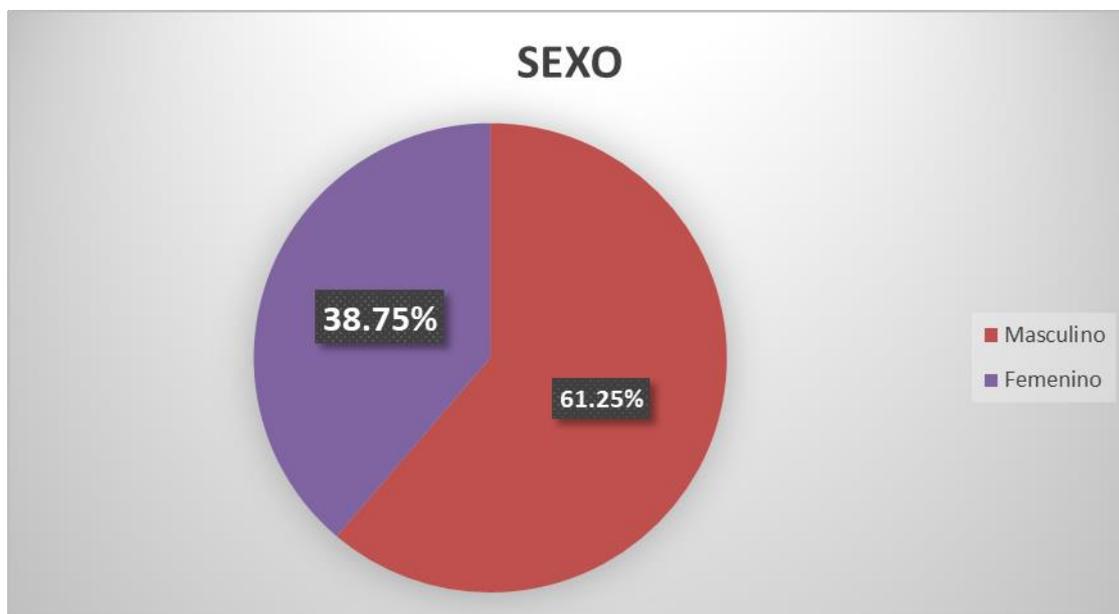
---

FIRMA

## ÍNDICE DE GRAFICO

### GRAFICO 01

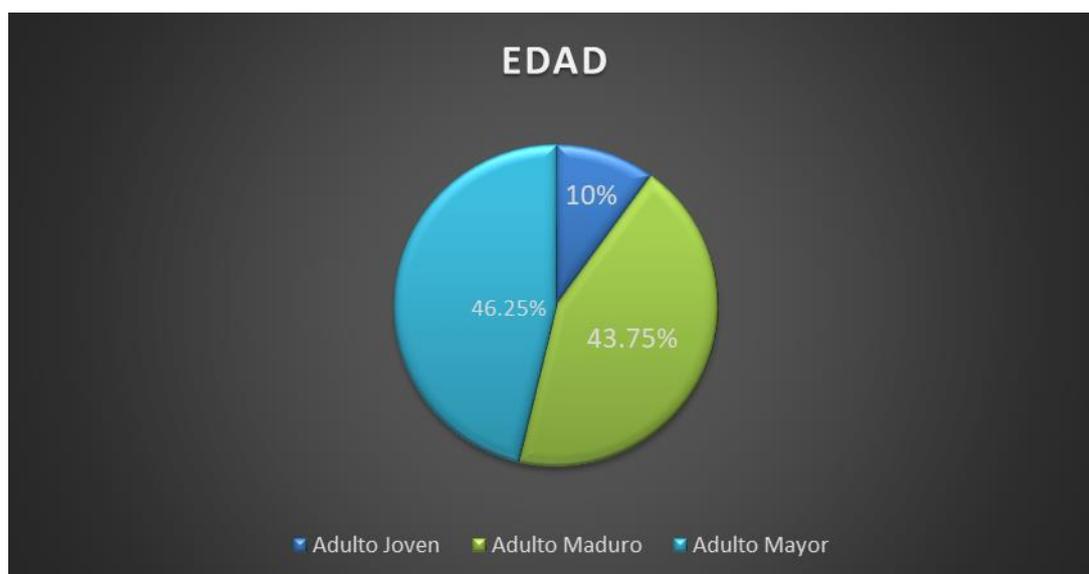
#### SEXO EN LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



Fuente: Idem tabla N° 01

### GRAFICO 2

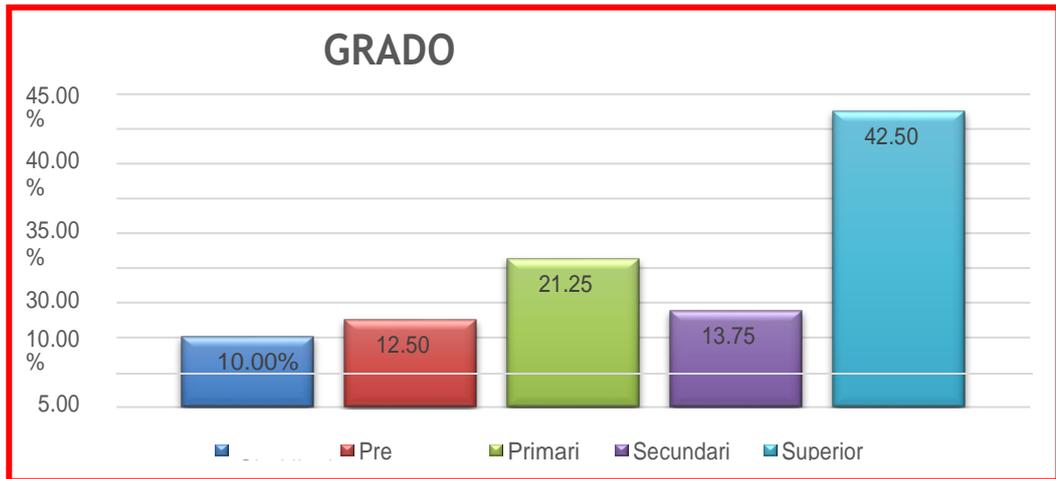
#### EDAD EN LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



Fuente: Idem tabla N° 01

### GRÁFICO 3

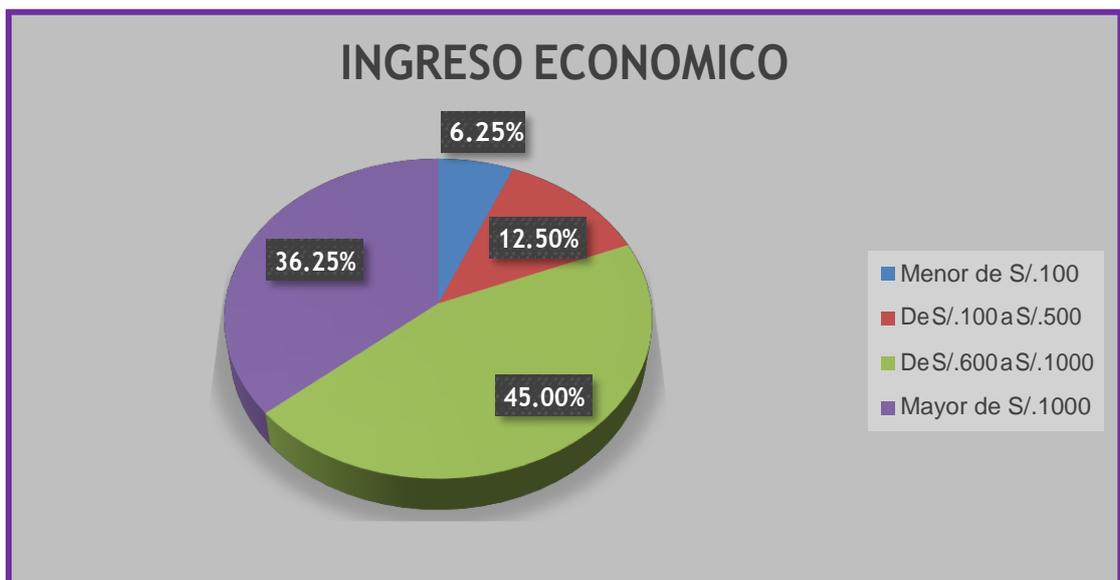
#### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PERSONAS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL



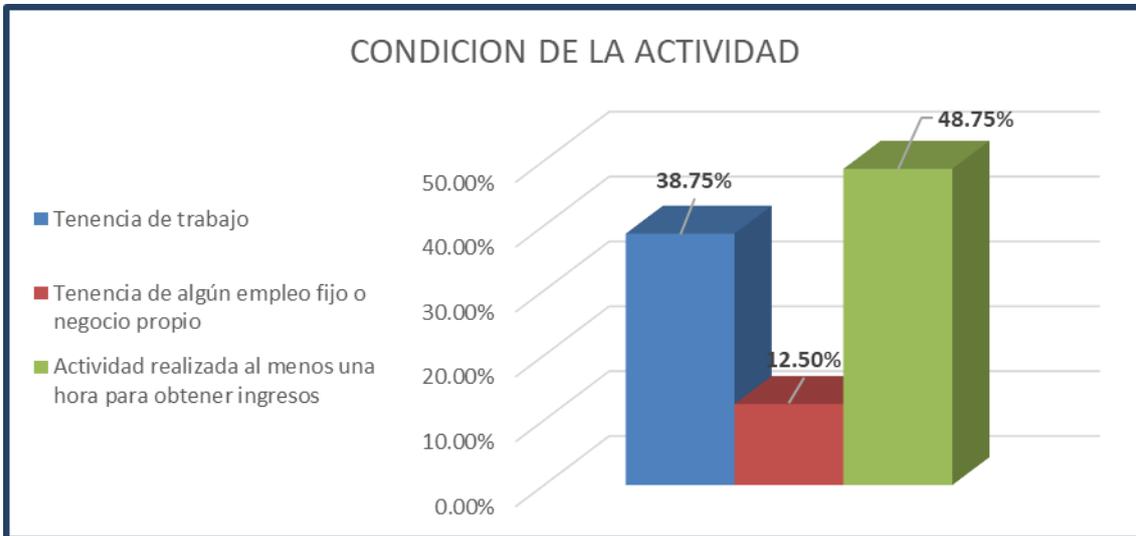
Fuente: Ídem Tabla N°01

### GRÁFICO N° 04

#### INGRESO ECONÓMICO DE PERSONAS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL



**CONDICIÓN DE LA ACTIVIDAD DE PERSONAS ADULTOS QUE ACUDEN  
AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA  
HUARAL**



**Fuente:** Ídem Tabla N°01

**VIVIENDA EN ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL  
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015**

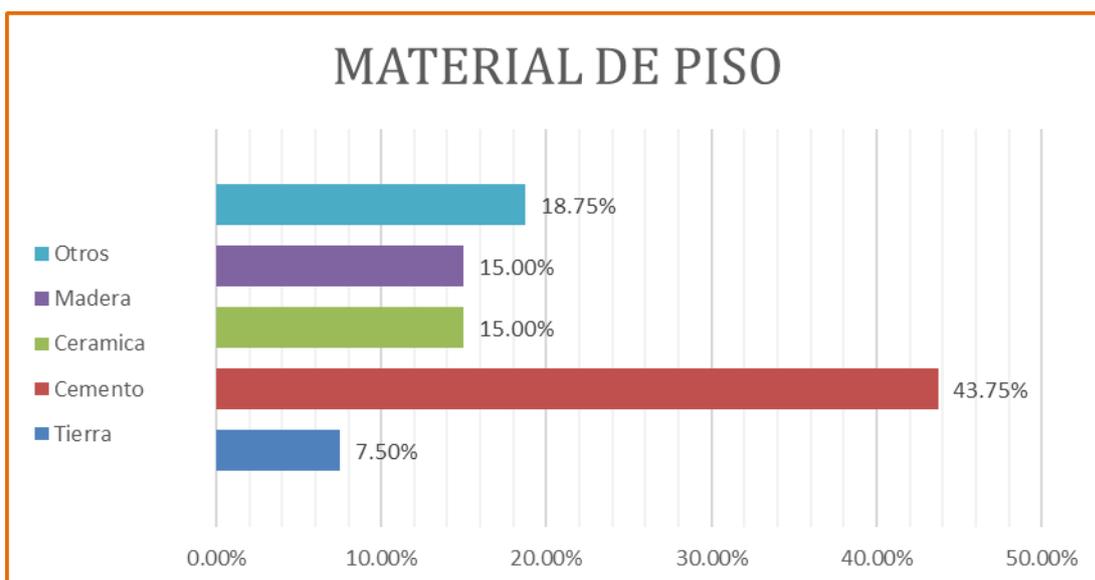


**Fuente:** Ídem Tabla N°02

**GRÁFICO N° 07**

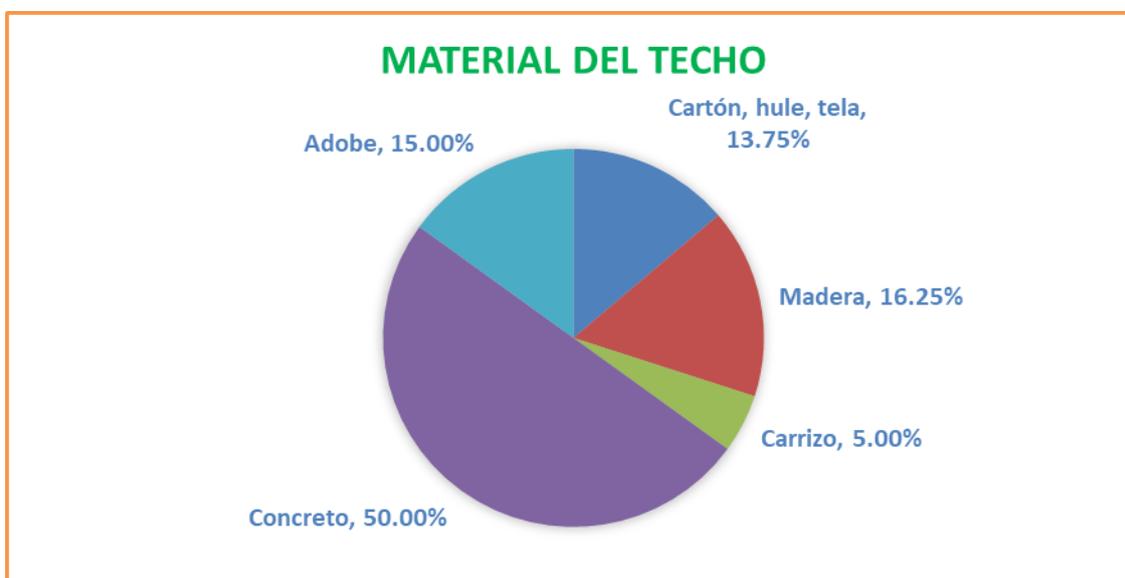
**MATERIAL DEL PISO DE ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE**

## DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



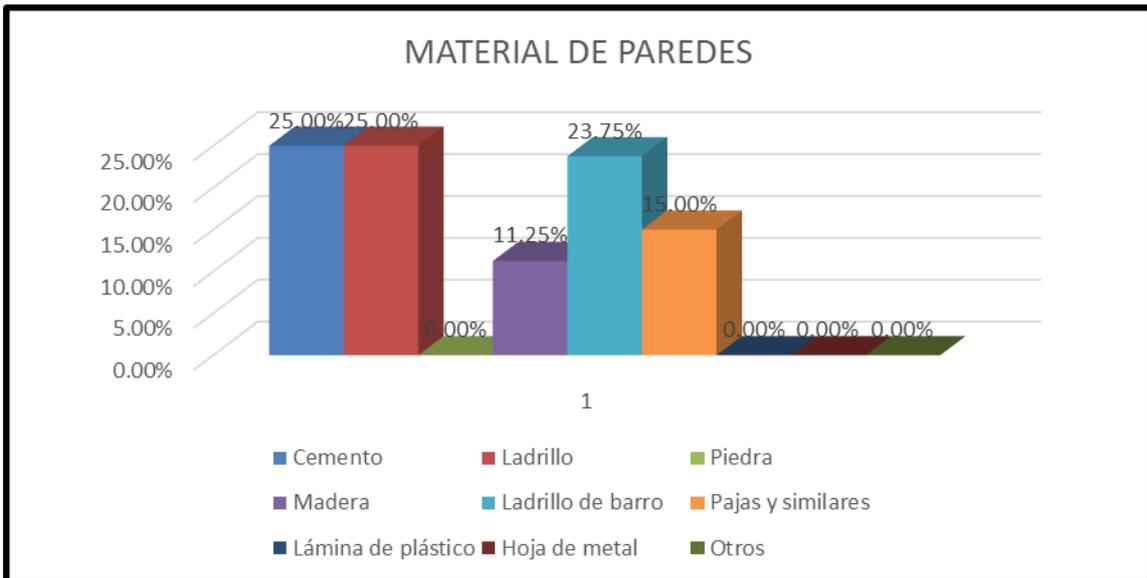
Fuente: Ídem Tabla N°02

## MATERIAL DEL TECHO DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



Fuente: Ídem Tabla N°02

## MATERIAL DE PAREDES DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



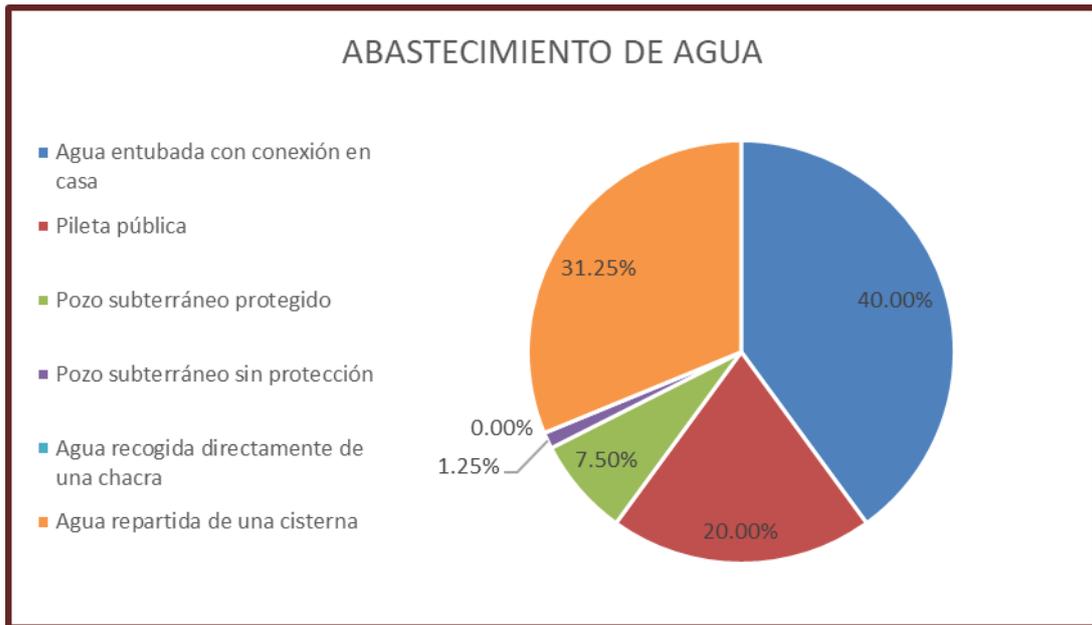
**Fuente:** Ídem Tabla N°02

### HABITACIONES EXCLUSIVAS PARA DORMIR DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015

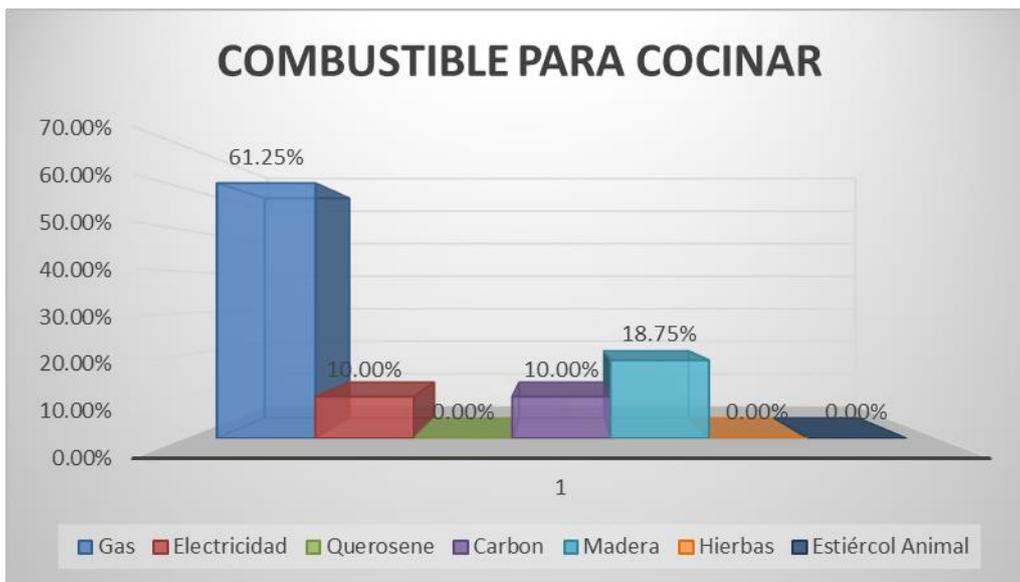


**Fuente:** Ídem Tabla N°02

### ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015

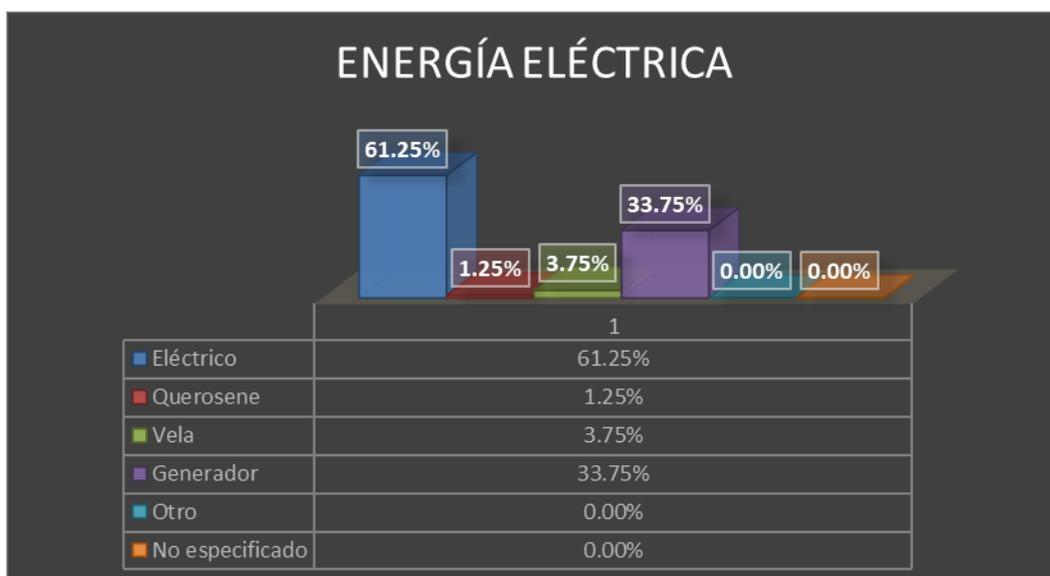


### COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



**Fuente:** Ídem Tabla N°02

### ENERGÍA ELÉCTRICA DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



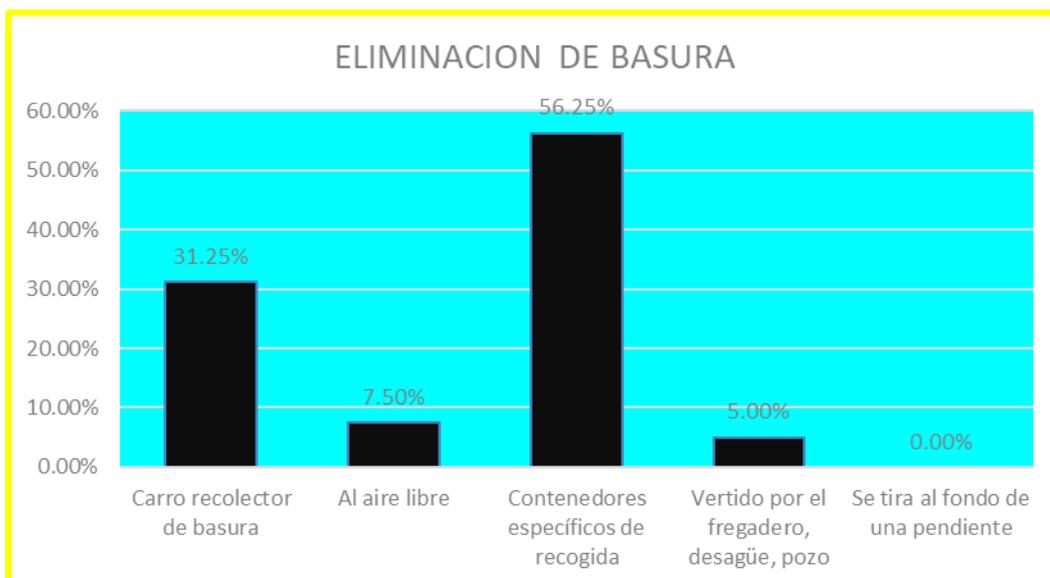
Fuente: Ídem Tabla N°02

### FRECUENCIA CON LA QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR CASA DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



Fuente: Ídem Tabla N°02  
GRÁFICO N° 15

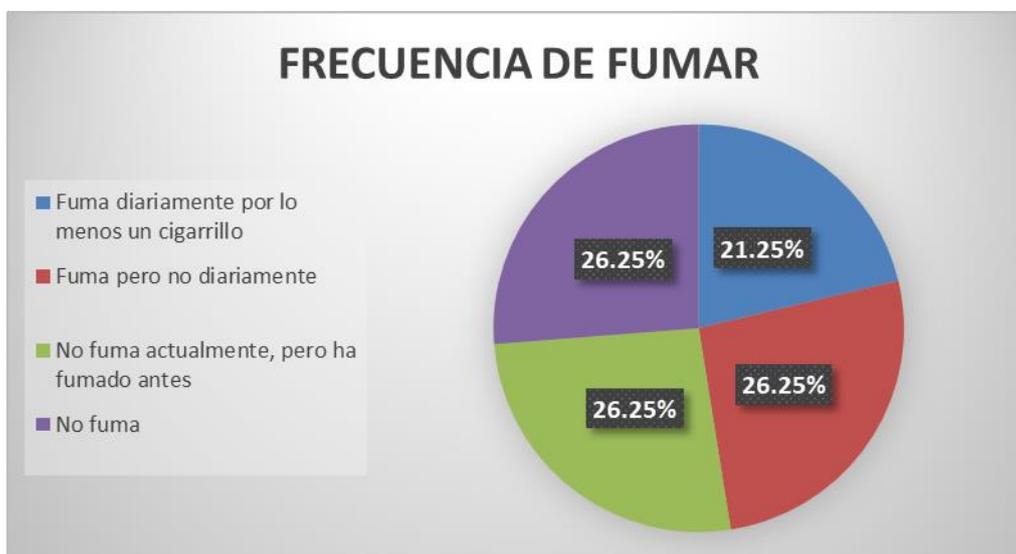
### ELIMINACIÓN DE BASURA DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2015



Fuente: Ídem Tabla N°02

### GRÁFICO N° 16

#### FRECUENCIA DE FUMAR EN ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015



Fuente: Ídem Tabla N°03  
GRÁFICO N° 17

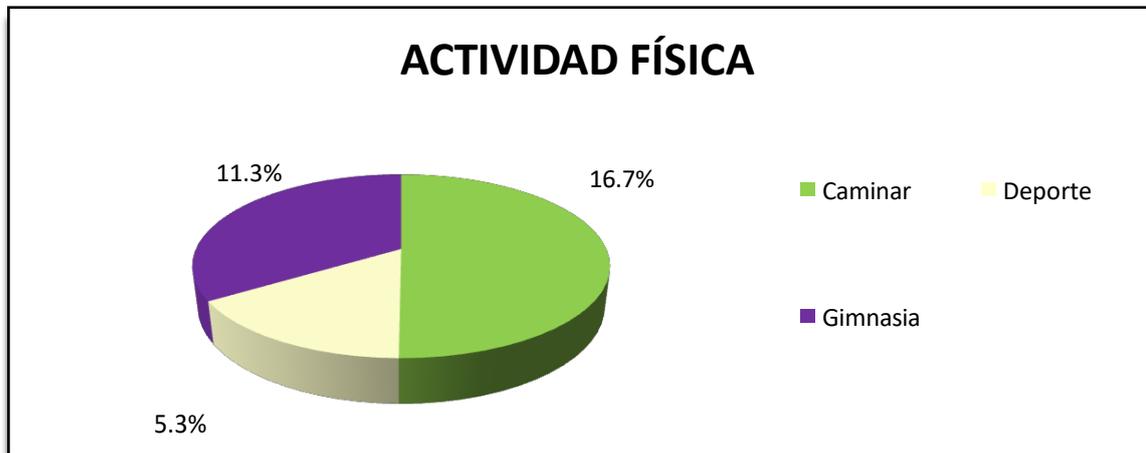
#### FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABTES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 18

**ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015**

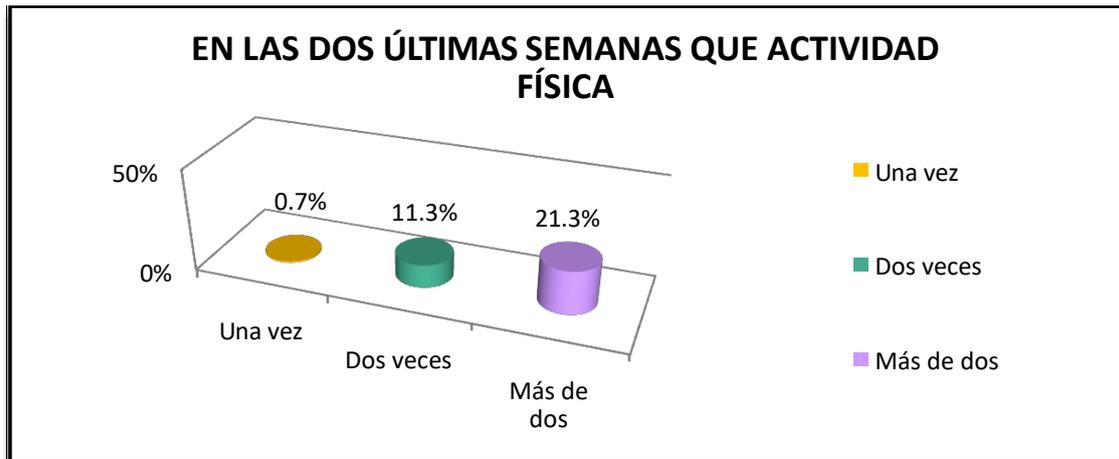


Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 19

**EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL**

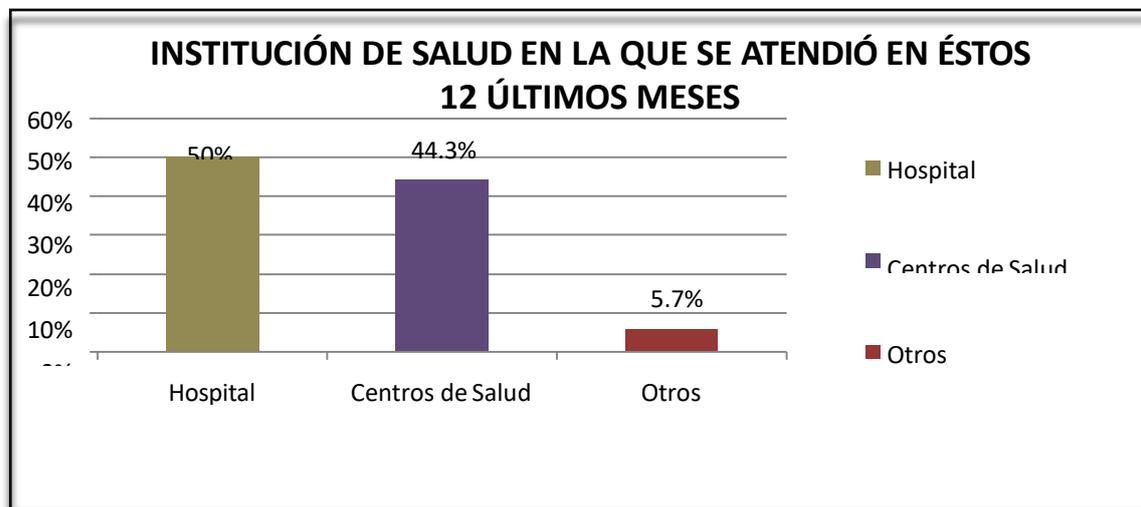
2015



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 20

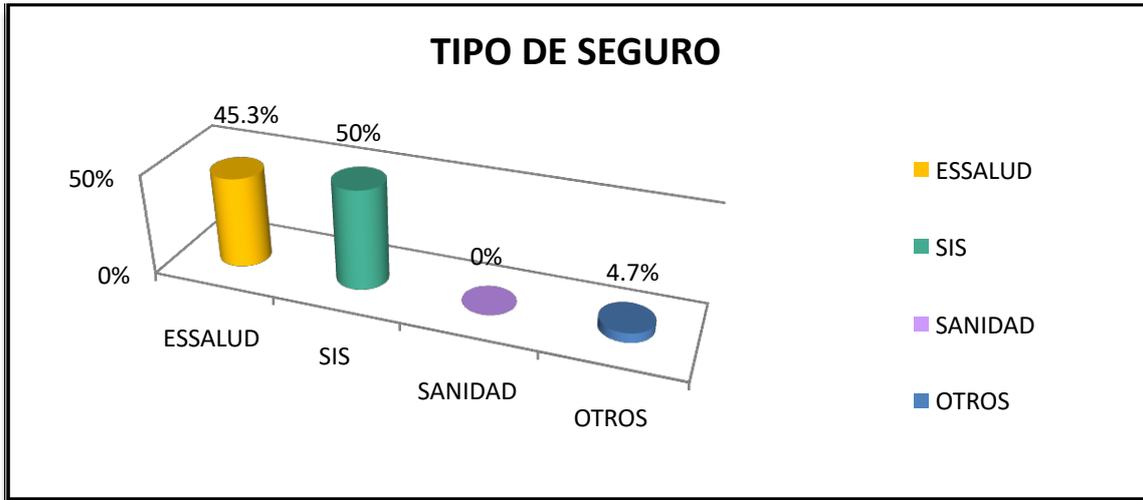
**INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015**



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 21

**TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015**



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 22

### CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EL ADULTO QUE ACUDE AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2015

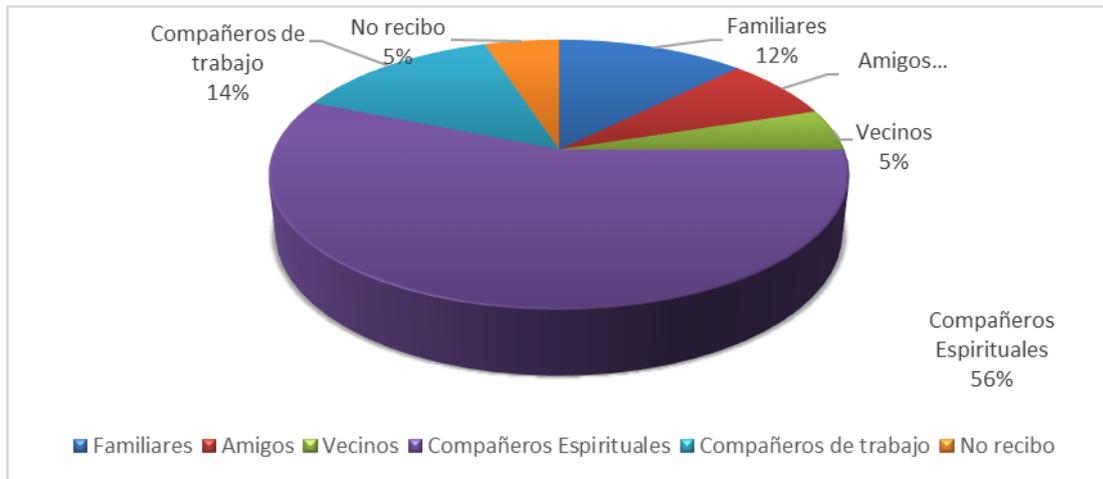


Fuente: Ídem Tabla N°04

GRAFICA N°23

### DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DE ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN

**JUAN BAUSTISTA HUARAL**



Fuente: Idem Tabla N°05

GRAFICO N°24

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN**

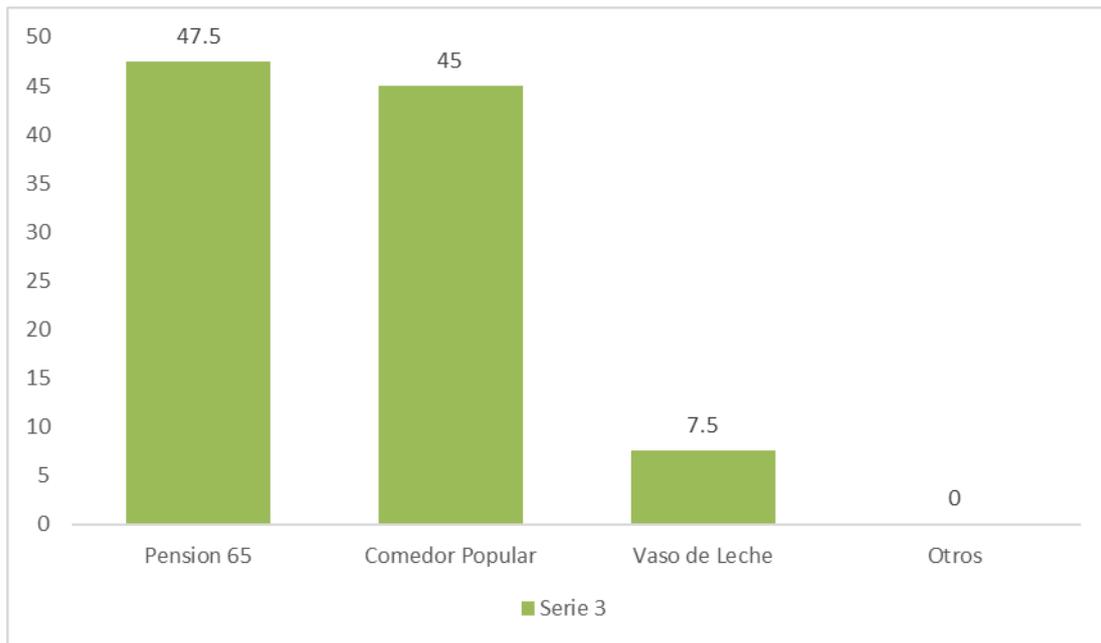
**BAUSTISTA HUARAL**



Fuente: Idem Tabla N° 5

GRAFICO N° 25

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUSTISTA HUARAL 2015**



Fuente: Idem Tabla N°6