



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA
ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE –
CURA MORI - PIURA, 2015**

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

AUTOR

GRABIELA IVONNE CARRERA HERRERA

ASESOR

NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Mgtr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

MIEMBRO

Mgtr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

Dr. NELLY TERESA CÓNDROR HEREDIA

ASESOR

AGRADECIMIENTO

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

Agradezco también a las Autoridades y a todos los adultos del Centro poblado Chato Grande, razón de esta investigación, por haberme brindado su comprensión y apoyo con la valiosa información.

A mi asesora Dra. Nelly Teresa Córdor Heredia, por brindarme sus enseñanzas en el proceso de elaboración de la presente investigación.

GRABIELA IVONNE

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos y mis amigos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar y por su comprensión y apoyo constante para continuar en esta tarea.

A mis docentes aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en la elaboración de la tesis, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional.

GRABIELA IVONNE

RESUMEN

El presente estudio de diseño de una sola casilla, tuvo por objetivo describir los determinantes de salud en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015. La muestra estuvo conformada por 188 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: según los determinantes Biosocioeconómicos, encontramos la mayoría son adultos maduros, más de la mitad son de sexo masculino, menos de la mitad tiene un grado de instrucción de inicial, la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y una ocupación eventual, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, casi todos tienen un piso de tierra, más de la mitad tiene techo de calamina/eternit, menos de la mitad tiene sus paredes de adobe. Más de la mitad se abastece de agua de pozo, la mayoría elimina las excretas al aire libre, utiliza el carbón y leña para cocinar sus alimentos. En cuanto a los Determinantes de Estilos de Vida; la mayoría no fuma, no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente. Menos de la mitad no realizan actividad física. En cuanto a su dieta la mayoría consume fideos diariamente. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud, la mayoría tiene seguro del SIS-MINSA, también menos de la mitad consideran buena la de calidad atención que recibieron, todos refieren que no existe delincuencia o pandillaje, la mayoría no recibe apoyo social, ni apoyo organizado.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, persona adulta.

ABSTRACT

The present study of a single-box design, aimed to describe the determinants of health in the adult person from Chato Grande population center located in Cura Mori, Piura, 2015. The sample study consisted of 188 adult people. The data collection instrument was a questionnaire on determinants of health. Concluding that: In accordance with the biosocioeconomic determinants, we found out that, most are mature adults, over half are male, less than half have a degree of initial education, most have an income below 750 soles per month and an eventual occupation, most have a one-family house, it is theirs, almost all have a dirt floor, over half corrugated iron roof/eternit, less than half have adobe walls. Over half is supplied by well water, most get rid of human excretas outdoors, use coal and wood to cook their food. In respect of the lifestyle determinants; most do not smoke, most of adult people do not drink alcoholic beverages occasionally. Less than half do not do physical activity. With regard to their diet, most consume noodles daily. According to the social networks and communal determinants, over half have treated in a health post, most have SIS-MINSA health insurance, moreover, less than half rate the quality of care they received as good, they all say that delinquency or gangs in the zone does not exist.

Keywords: Determinants of Health, adult person

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Título de la Tesis	iii
2. Firma del jurado de tesis y asesor	iv
3. Agradecimiento	v
4. Dedicatoria	vi
5. Resumen.....	vii
6. Abstract.....	viii
7. índice de Contenido	ix
8. índice de Tablas.....	x
9. índice de Gráficos	xi
I. Introducción.....	1
II. Revisión de Literatura.....	11
2.1. Antecedentes de la investigación:	11
2.2 Bases Teóricas.....	17
III. Metodología.....	26
3.1. Diseño de la Investigación	26
3.2. Población y Muestra.....	27
3.3. Definición y Operacionalización de Variables	27
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	38
3.5. Plan de Análisis.....	40
3.6. Matriz de consistencia.....	41
3.7. Principios Éticos	43
IV. Resultados.....	44
4.1. Resultados	44
4.2. Análisis de Resultado	70
V. Conclusiones.....	101
Referencias Bibliográficas	103
Anexos	120

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N° 01	44
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
TABLA N° 02	48
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
TABLA N° 03	57
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
TABLA N° 04	63
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
TABLA N° 05	67
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
TABLA N° 06	68
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01	45
SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°02	45
EDAD EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°03	46
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°04	46
INGRESO ECONÓMICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°05	47
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.1	50
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.2	50
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

GRÁFICO N°06.3	51
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.4	51
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°6.5	52
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°6.6	52
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°7	53
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°8	53
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°9	54
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

GRÁFICO N°10	54
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°11	55
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°12	55
FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°13	56
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°14	59
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°15	59
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°16	60
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

GRÁFICO N°17	60
FRECUCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°18	61
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°19	61
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N° 20:	62
ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA MAS DE 20 MINUTOS EN LAS ULTIMAS SEMANAS POR LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°21	62
FRECUCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°22	64
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

GRÁFICO N°23	64
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°24	65
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°25	65
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°26	66
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°27	66
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°28	67
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	
GRÁFICO N°29	68
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

GRÁFICO N°30	69
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA	
PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO	
GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015	

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo y de diseño de una sola casilla con una muestra de 188 personas adultas, se realizó con el propósito de describir los determinantes de salud en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015. Se aplicó conjuntamente con la persona adulta el instrumento de recolección de datos, Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Esta investigación es de suma importancia debido a que permitirá identificar posibles problemas encontrados en los resultados de esta investigación que ayudaran a tomar medidas preventivas-promocionales en dicha comunidad (1).

Los determinantes de la salud se designan al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado los cuales son los determinantes económicos, sociales y políticos; y los de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son: aquellos relacionados con los estilos de vida, los llamados factores ambientales y los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población (2).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud según el modelo de Dahlgren y Whitehead, el cual presenta a los principales determinantes de la salud y explica cómo las inequidades en salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (3).

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, con un desarrollo en el campo de la medicina, la

investigación y la educación sin precedentes; con una esperanza de vida impensable hace unas décadas, pero con una contrapartida: ¡vivimos más tiempo pero no más saludablemente! Entre las causas de esta transición podemos señalar las variables socioculturales. Los cambios sanitarios, que se manifiestan en las condiciones de salud de la población, en el descenso de la mortalidad y disminución de las principales causas de muerte de hace 50 años. Enfermedades que son reemplazadas por otras nuevas. Lo más destacable es la caída de las enfermedades infectocontagiosas clásicas. Aumentan las enfermedades de transmisión sexual dados los cambios culturales que han operado en el mundo en las últimas décadas: ocio, viajes, migraciones, cambios en las relaciones de pareja, etc (4).

La transición de riesgos debido a los cambios y el desarrollo económico; la exposición a los riesgos de salud ambientales, laborales. La explosión demográfica y el daño medioambiental por la expansión de la especie en el entorno natural, las emisiones industriales, la reducción de los flujos de agua, ocasionan importantes daños para la salud. La aparición de nuevos estilos de vida, con una vinculación muy directa con la pérdida de salud. Las importantes patologías de adultos, derivadas del consumo de alcohol. Aumenta la patología laboral y la derivada de la situación de desempleo (4).

La salud a nivel individual y poblacional, es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores, entre los que destacan el desarrollo económico y social, los cambios demográficos, los avances tecnológicos y la globalización, entre otros, adicionales y complementarios a la prestación de servicios de salud. Históricamente, esta premisa ha propiciado polémicas sobre cuáles son los determinantes con más peso en la disminución de la carga de enfermedad y en una mejora en la esperanza y la calidad de vida de la población. (5).

La salud y la enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica, estas son la resultante del éxito o del fracaso en el organismo para adaptarse, física y mentalmente, a las condiciones variables del ambiente. Dos tipos de factores influyen sobre el proceso de adaptación: imperfecciones biológicas hereditarias y congénitas,

y factores hostiles del ambiente externo ante los cuales el organismo tiene dificultades para adaptarse. Por consiguiente, un individuo sano es aquel que muestra armonía física y mental y adaptación al ambiente físico y social y a sus variaciones, en tal forma que puede contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su habilidad. La vida humana y la “salud” son consecuencias del equilibrio entre el hombre y su ambiente; son el producto de una “interacción” continua entre el organismo y el exterior (6).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna que va más allá de la prevención o, incluso, de la educación para la salud. La promoción de la salud incorpora los factores sociales que tienen que ver con la salud. Salud que se entiende en su concepto amplio, no solo como un objetivo en si mismo, sino como un recurso para la vida diaria. Para la calidad de vida y el bienestar, en definitiva. La promoción de la salud tiene que ver, lógicamente, con los estilos de vida, pero, situándonos en el discurso que surge desde Ottawa, hay que tener en cuenta los factores sociales que permiten a las personas pasar a controlar los factores relacionados no solo con su salud, sino con su vida misma: la base del empoderamiento(7).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. En la actualidad en Perú, la salud sigue siendo un ámbito de escasos avances, ostensible inequidad y participación limitada en el desarrollo. Continúan las insuficientes políticas del siglo XX y es recurrente la pérdida de oportunidades (8).

La inequidad en salud, las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en salud y, principalmente, en el acceso a los servicios y prestaciones de salud. Estas disparidades resultan de las condiciones en que la población nace, crece, vive y envejece en relación con los factores o determinantes de la salud, entre ellos, el desempeño del sistema nacional de salud, las diferencias no naturales que afectan la vida y los riesgos de enfermar y morir, interfieren el desarrollo humano y social con múltiples efectos –inclusive en el

crecimiento económico– y que, asimismo, lindan con un componente ético implícito en la Declaración de Alma-Ata, cuando precisa que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población (8).

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

En este el paradigma de la globalización, grandes avances junto con grandes desigualdades se han desarrollado, y el Perú no es la excepción. En la última década ha mostrado un crecimiento sostenido de su economía que le ha permitido consolidarse en el grupo de países de ingreso medio-alto. Sus logros en salud tampoco han sido menores. No obstante, las desigualdades persisten. En Callao una persona vive en promedio de 13 años más que otra en Puno. El acceso a un servicio de atención formal es 1,46 veces mayor para las personas del cuartil más rico que para las del más pobre. La proporción de personas que han debido hacer un gasto de bolsillo para atenderse en consulta médica es 2,3 veces mayor entre los que no tienen seguro que entre quienes lo tienen, y el esfuerzo por comparar medicinas es 2,1 veces mayor entre aquellos sin estudios que aquellos con estudios universitarios (10).

El concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja. La OMS define el concepto desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto es un concepto que incluye una dimensión moral y ética. El fenómeno de las desigualdades en salud está caracterizado según Daponte por su carácter injusto y evitable, además

de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su carácter gradual, su tendencia creciente, su persistencia, su carácter histórico y su carácter adaptativo (11).

Las investigaciones en el campo de la enfermería se han detenido en conocer y profundizar en los factores de riesgo que pueden afectar de una u otra forma al individuo, familia o comunidad. Pueden existir factores de riesgo en cualquier ambiente que propicie la aparición de enfermedad, como el ambiente físico (agentes infecciosos, fármacos o sustancias químicas), psíquico (estrés), social (comportamientos y estilos de vida, características socioeconómicas, modo de vida, nivel de vida) y factores hereditarios (12).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (13).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social. Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones

con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (13).

A esta realidad no escapa el Centro Poblado Chato Grande que se ubica dentro de la jurisdicción del Centro de salud Pozo de los Ramos I-2, distrito de Cura Mori, provincia Piura, en la Costa norte del Perú. Este sector limita por el Norte con el Centro Poblado San Pedro, por el sur con la Centro Poblado Chato Chico, por el Este con el Centro Poblado Nuevo Chato Grande, y por el Oeste Con el Rio Piura. En el cual habitan 500 habitantes, de los cuales residen 370 personas adultas que se dedican a ser ama de casa, obreros, aproximadamente cerca del 89,6% de la población económicamente activa se dedica a: actividades agrícolas y pecuarias, con mayor predominio la primera de las actividades mencionadas, además un 6% se dedica a actividades de servicios. Por ser zona agrícola destaca la producción de algodón, arroz en cáscara, maíz amarillo duro, pastos, etc. Además como es una comunidad en progreso de desarrollo su población no goza de buena situación económica (14).

Esta comunidad presenta luz eléctrica, carece de red intradomiciliaria de agua y desagüe, el carro recolector de basura no pasa y obtienen agua de cisternas enviadas por la municipalidad. Cuenta con la existencia de lozas deportivas en sus alrededores, e instituciones educativas primarias. El Centro de Salud Pozo de los Ramos I-2 les brinda atención de salud, pero solo una parte de ellos se encuentran asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS). En esta jurisdicción se presentan enfermedades como la malaria, que es originada por vectores que viven y se reproducen en lagunas y drenes colmatados, así como también en aguas estancadas. También es común observar enfermedades en la piel, respiratorias y gastrointestinales, que se originan por las condiciones del ambiente y por el deterioro que viene presentando el mismo. Las infecciones respiratorias agudas y enfermedades intestinales constituyen unas de las principales causas de la mortalidad en el Centro Poblado Chato Grande (14).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015?

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

- Describir los determinantes de salud en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015.

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física).
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Justificación:

Esta Investigación fue necesaria en el campo de la salud ya que permitió producir nuevos conocimientos y herramientas para la resolución de problemas de salud contemporáneos que afectan a la población y a partir de ello exponer estrategias y soluciones. Las investigaciones convenientemente encaminadas y de adecuada calidad son esenciales para la salud, ya que actualmente se requiere un enfoque mucho más complejo para determinar la relación hombre – sociedad – trabajo y esto conlleva en la necesidad de desarrollo de la teoría, la metodología y el un instrumental adecuado a la nueva forma de hacer Salud.

El presente estudio permitió instar a los estudiantes de la salud, a indagar más allá de las investigaciones realizadas por grandes profesores o investigadores de renombre, ayudó a juzgar el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública, generando acumulación de conocimientos, así también como la recombinación de conocimientos, para comprender esta realidad que vive gran parte de nuestros centros poblados y así realizar un abordaje dirigido hacia los determinantes de la salud.

Esta investigación es necesaria para la Región de Salud de Piura, ya que la interpretación de resultados obtenidos puede ayudar a medir el impacto de programas de salud, los cuales pueden realizarse inapropiadamente cuando no se contempla la epidemiología de enfermedades prevalentes en correlación con los determinantes sociales de la salud de la población; igualmente la investigación contribuye a mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Al mismo tiempo es beneficiosa para las autoridades regionales de la Dirección de salud de Piura; ya que los resultados del estudio hacen hincapié en la necesidad crucial de emprender investigaciones a nivel local, para que los investigadores puedan beneficiarse del conocimiento sobre los determinantes de la salud de la población de su país y se produzcan cambios en conductas promotoras de salud, ya

que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

Los resultados obtenidos nos demuestran con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar: El 50,0% de ellos son de sexo masculino, el 66,0% son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 mese, 29 días), respecto al grado de instrucción se observa que el 39,4% tiene nivel instrucción de inicial/primaria, además el 90,4% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 75,0% son trabajadores eventuales. Sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que el 76,6% tienen una vivienda unifamiliar, el 87,7% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 95,7% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 56,9% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina o eternit, así también el 43,6% de las viviendas tienen sus paredes de adobe.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 53,2% la utilizan de 2 a 3 miembros, además el 51,1% se abastece de agua del pozo. Respecto a la eliminación de excretas se observa que el 83,5% elimina al aire libre. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 92,0% utiliza leña y carbón. El 51,6% cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observa que el 53,2% entierra o quema su basura. También se observa que el 36,7% recoge su basura diariamente, así mismo se observa que el 68,6 % elimina su basura en montículos o campo libre.

Sobre los determinantes de los estilos de vida: El 73,9% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. Así como el 63,3% no consumen bebidas alcohólicas. El 60,6% de las personas adultas duerme de 8 a 10 horas diarias. El 91,5% se baña diariamente. Así también el 52,1% no se ha realizado ningún examen médico. El 85,1% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Así mismo el 78,2% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos. Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 86,7% consume pescado, 66,5% consume pan, cereales, 61,2% consume verduras y

hortalizas, 48,4% consumen fideos, 30,9% consume huevos. También se encontró el 47,9% casi nunca consume carne (pollo, res, cerdo), el 31,4% consume frutas, y 32,4% otros alimentos 1 o 2 veces por semana.

Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias: El 50,0% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 56,4% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron lejos de su casa, el 63,8% está asegurado en el SIS-MINSA, el 34,6% espera regular tiempo para que lo atendieran y el 42,0% considera buena la calidad de atención. El 100,00% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona. El 98,9% no ha recibido apoyo social natural, el 95,7% no ha recibido apoyo social organizado. En lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 10,6% recibe apoyo del programa Pensión 65, así también el 5,3% recibe apoyo del comedor popular, así mismo el 9,0% recibe apoyo del programa vaso de leche y el 75,0% no recibe ningún apoyo por parte de instituciones antes mencionadas, recibiendo apoyo de otras organizaciones.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

García J, et al (15), en su investigación “Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en la población adulta de Manizales, Colombia”. El estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales. Fue de tipo descriptivo, correlacionar, entre noviembre de 2013 y marzo de 2014. El universo estuvo compuesto por 18 109 viviendas del cual se seleccionó una muestra de 440 viviendas a través de la técnica de muestreo estratificado, obteniendo los siguientes resultados: El 61,4 % fueron mujeres en su mayoría en adultez media. El 88,9 % de las viviendas pertenecen a un estrato socioeconómico al alto. El 54 % de la muestra tenía estudios universitarios de pregrado o mayores. El 97 % tiene afiliación general al sistema general de seguridad social con un 5,9 % con régimen subsidiado de salud. Concluyendo: los determinantes sociales de la salud que se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios fueron la escolaridad y la posición socioeconómica auto percibida.

Torres J; Guarneros N (16), en su investigación titulada “El impacto de los Determinantes sociales de la Salud en una comunidad marginal”, tuvo como objetivo: Identificar y analizar los principales determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada a través de un diagnóstico comunitario. Fue un estudio de Aproximación mixta desarrollado durante 2014, donde se aplicaron 105 cuestionarios y ocho entrevistas semi-estructuradas a residentes de “El Ermitaño”, D.F. México. Tuvo como resultados: 2,6% no cuentan con

escolaridad, el 87,5% son mujeres. El 30% tiene educación media superior. En la población económicamente activa, sobresale población femenina con un 14,59%, con respecto al 26,56% de hombres, el 50% de la localidad no cuenta con servicio de agua entubada. La colonia carece de centros de salud y el gasto de bolsillo asciende hasta \$250 pesos. Se concluyó: La identificación y análisis de los determinantes sociales de la salud son claves para emprender acciones que beneficien a la sociedad, haciendo visibles sus problemas, tomando en cuenta a los habitantes para la resolución de los mismos.

Chia S, et al (17) En su investigación “Determinantes sociales de la salud y discapacidad: resultados desde el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en la ciudad de Tunja-Colombia, 2010.” Tuvo como objetivo: Establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la salud y la Discapacidad en la ciudad de Tunja a partir del Registro para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad DANE 2010. Presento un estudio de tipo descriptivo transversal con fase correlacional, bivariado, el cual utilizó 2093 registros actualizados a septiembre 2010, obtuvo como resultados: el mayor porcentaje de personas con discapacidad son mujeres, mayores de 60 años, no tienen educación, residen en el área urbana y estratos 1- 2, pertenecen al régimen subsidiado, carecen de trabajo; Al establecer los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios, se encontró asociación estadísticamente significativa en el género, edad, nivel educativo, área de residencia, estrato socio - económico, barreras arquitectónicas, trabajo, vivienda y la rehabilitación.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Kise C (18). En su estudio de Investigación “Determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancia psicoactivas, Villa María– Nuevo Chimbote, 2012”. Tuvo de objetivo general identificar los determinantes de salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en el A.H. Villa María - Nuevo Chimbote, 2012. Fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Con una muestra de 100 adolescentes, concluyendo que: la mayoría de los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas son de sexo masculino, grado de instrucción secundaria completa, ingreso económico menor de s/.750, trabajo eventual; tiene vivienda multifamiliar y de material noble con servicios básicos; más de la mitad fuman diariamente, menos de la mitad bebe alcohol una vez a la semana, la mayoría duerme de 6 a 8 horas, se bañan diariamente, la mayoría consume pan o cereales diariamente un poco menos que la mitad consume frutas, huevos, pescado diariamente, la mayoría de adolescentes no recibe algún apoyo social natural ni organizado.

Beltran J (19). En su investigación: “Determinantes de la salud en adultos con hipertension arterial. Asentamiento humano Bello Horizonte -Lima, 2015”. Tuvo de objetivo general: Identificar los determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial en el Asentamiento Humano Bello Horizonte- Lima. Fue de tipo cuantitativo-descriptivo y diseño de una sola casilla. La muestra fue de 80 adultos, se obtuvo como resultados: la mayoría son adultos maduros de sexo masculino, más de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria, con trabajo eventual, casi todos con un ingreso de s/750.00 mensual, la totalidad tiene casa propia, tienen vivienda unifamiliar, entierra, quema y arrojan al carro recolector, material de piso tierra, baño propio, usan gas, electricidad, tiene

energía eléctrica, casi la totalidad duerme de 06/08 horas, la mayoría se realiza examen médico periódico, no fuman ni lo han hecho de manera habitual, la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo social organizado, hay pandillaje, casi la totalidad recibe apoyo social natural.

Alvares D, et al (20), en su investigación titulada: "Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana, 2009 - 2010". Tuvo como objetivo: estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y los determinantes sociales del exceso de peso en población peruana. Se realizó un estudio transversal, se empleó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra incluyó 69 526 miembros; Se obtuvo como resultados: El sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes 62,3% y la mayoría de adultos jóvenes, adultos y adulto mayores vive en el área urbana y la mayoría de adultos y adultos mayores son mujer. Conclusiones. El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública en el Perú. No ser pobre y vivir en el área urbana son determinantes sociales del exceso de peso en población peruana.

Ulloa, M. (21) en su tesis, "Determinantes De La Salud En La Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche - Trujillo, 2012". Tuvo como objetivo general: identificar los determinantes de la salud de la persona adulta madura Miramar sector 3, Moche – Trujillo, 2012. Fue de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. La muestra fue de 177 adultos; Encontramos el 58% son de sexo femenino, el 45% tienen secundaria c/ secundaria incompleta, el 39% tienen ingresos de 751 a 1000 nuevos soles; y el 50% tienen ocupación eventual, el 72% las viviendas son de tipo unifamiliar, el 91% son de tenencia propia, el 51,4% tienen como material de piso tierra, con el 53,1% tiene material noble su techo, el 52% tiene de material noble sus paredes, el 60% tienen habitaciones independientes,

el 100% tienen abastecimiento de agua domiciliaria, el 100% tienen baño propio, el 95% utilizan gas como combustible para cocinar, el 100% tiene energía eléctrica, el 100% eliminan la basura en carro recolector, el 100% recoge la basura todas las semanas.

A nivel regional:

Farfán N (22). En su investigación “Determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío Ocoto Alto - Tambogrande - Piura, 2012”. Tuvo como objetivo general: identificar los determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío Ocoto Alto - Tambogrande - Piura, 2012. Fue de tipo cuantitativo descriptivo, con una muestra de 200 mujeres adultas. Concluyendo: la mayoría tienen un grado de instrucción secundaria, condición de actividad de tenencia de trabajo; tiene ingresos económicos menos de 750 nuevos soles, tiene vivienda propia, material del piso es de tierra, el techo de calamina, material de paredes de adobe, abastecimiento de agua en pozo, leña para cocinar alimentos, energía eléctrica, el recojo de basura se realiza 2 veces por semana, 2 a 3 miembros duermen en una habitación. La mayoría no fuma. No Toman bebidas alcohólicas, la actividad que realizan es caminar, la mayoría se atendió en los últimos 12 meses en el centro de salud y no existe pandillaje cerca de su casa, la mayoría tienen SIS, recibió una atención de calidad buena.

Requena K (23). En su investigación: “Determinantes de la salud de la adolescente mujer en el colegio La Inmaculada - Talara, 2013”. Tuvo por objetivo describir los Determinantes de Salud del adolescente del colegio la inmaculada Talara-Piura, 2013. De tipo cuantitativo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 300 adolescentes mujeres. Concluyéndose: la mayoría son adolescentes de 15 años a 17 años, tienen grado de instrucción primaria, ocupación de trabajo eventual; ingresos económicos promedio de 1000 nuevos soles

, la mayoría tiene vivienda multifamiliar, vivienda propia, material del piso de cemento, material del techo de concreto, material de paredes de cemento, abastecimiento de agua entubada con conexión en casa, gas para cocinar alimentos, energía eléctrica, el recojo de basura todas las semanas pero no diariamente, eliminan su basura en un carro recolector; la mayoría duermen entre 3 a 4 personas por habitación.

A nivel local:

Jaramillo N (24). En su estudio “Determinantes de la salud en la mujer adulta del Sector Sur de Curamori -Piura, 2013”. Tuvo por objetivo identificar los Determinantes de la Salud de la mujer Adulta del sector sur de Curamori-Piura, 2013. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra fue de 180 mujeres adultas. Concluyéndose: más de la mitad de mujeres son adultas jóvenes, menos de la mitad secundaria completa/ incompleta, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales. La mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, se abastece de agua de red pública la mayoría utiliza letrina para eliminación de excretas, utiliza leña, carbón para cocinar sus alimentos. La mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, más de la mitad se realizan examen médico. Menos de la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud, los 12 últimos meses, menos de la mitad tiene seguro del SIS-MINSA, más de la mitad han recibido apoyo social natural, y han recibido apoyo social organizado.

Fernandez E (25). En su tesis titulada " Determinantes de Salud de la persona Adulta en el Asentamiento Humano -Lucas Cutivalú II etapa-Catacaos–Piura, 2013”. Tuvo por objetivo identificar los Determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. Con una muestra de 230 personas adultas. Concluyéndose: En los determinantes biosocioeconómicos la mayoría son adultos maduros, sexo femenino, ingreso menor de 750 soles

mensuales, trabajo eventual, menos de la mitad con secundaria completa/incompleta, la mayoría tienen: vivienda unifamiliar, propia, agua de conexión domiciliaria, utilizan gas, eliminan su basura en carro recolector diariamente, la mayoría no fuma ni a fumado habitualmente, consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, duermen 6 a 8 horas, se realizan examen médico, se atendió en un centro de salud, seguro SIS-MINSA, existe pandillaje, menos de la mitad considera que el lugar, calidad y tiempo que esperó fue regular, la mayoría no recibe apoyo social natural y casi todos no reciben apoyo social organizado.

2.2 Bases Teóricas

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

Marc Lalonde, ministro de salud y bienestar del gobierno Canadiense, hizo público en el documento “A new perspective on the health of Canadians” que puede considerarse la aplicación práctica de esta nueva corriente renovadora. El “informe Lalonde” propone un conjunto de estrategias para la mejora de la salud de los canadienses basadas en el análisis de la realidad, utilizando las categorías: biología humana, influencias del medio ambiente y estilos de vida y, sobre todo, aportando un marco para la acción en salud que sobre pasa a los servicios sanitarios e incluye a todos los sectores sociales implicados (26).

Luego Serán Alma – Ata y Ottawa los nombres que sintetizaran una determinada forma de ver cómo se puede mejorar la salud de las colectividades. Los avances entre Alma-Ata y Ottawa pueden sintetizarse en: Hacer explícito que la lucha contra las desigualdades en la salud debe ser un

objetivo de las medidas de salud pública. Y Enfatizar la importancia de la modificación de los estilos de vida y las acciones sobre el medio ambiente (27).

Según el informe de Marc Lalonde; La biología humana, apenas modificable, incluye aquellas causas ligadas a la genética y al envejecimiento, es decir, engloba los aspectos de la salud que tienen su origen en el interior del organismo. En los países desarrollados este factor constituye un porcentaje reducido (del 10 al 25%) de las causas de defunción. El medio ambiente representa el conjunto de factores externos al organismo que inciden sobre la salud y que escapan total o parcialmente al control de cada uno. Incluye por tanto, todos aquellos contaminantes físicos, químicos y biológicos ligados al medio, así como la denominada contaminación o presión sociocultural (28).

El estilo de vida, va a representar el conjunto de las decisiones tomadas por los individuos con repercusión sobre su propia salud, en suma los factores sobre los cuales el hombre puede ejercer un control. Los hábitos de vida explican alrededor del 40% de las causas de muerte en los países avanzados, y dado que a menudo es difícil diferenciar entre la influencia de un estilo de vida y del medio, se dice que ambos, conjuntamente, determinan entre el 60 y 80% de la mortalidad en los países desarrollados. Para finalizar, Lalonde nos presentaba el sistema de atención sanitaria, del cual dependen entre un 10% y un 15% de las causas de muerte de los países avanzados. Estos servicios sanitarios están representados por la cantidad, calidad, gratuidad y acceso a los mismos (28).

Los factores identificados por Lalonde, quedan diagramadas en el modelo de Dahlgren y Whitehead, donde las inequidades en salud son explicadas por las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, que van desde el individuo hasta la comunidad. El diagrama de los DSS (Determinantes Sociales de la Salud) está representado a modo de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en la base (29).

A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud; dichos factores son los más difíciles de intervenir, dado que sus cambios obedecen a procesos biológicos que en ciertos casos no son modificables, como el envejecimiento. El modelo también considera las condiciones de vida y trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales y, por último, las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los anillos y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y salud de los sujetos (29).

Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez, tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente (30).

Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica (30).

De esta manera, cuando se alude a los DSS (Determinantes Sociales de la Salud), debe tenerse en cuenta que hay tres tipos de determinantes involucrados en esa expresión: los determinantes biosocioeconomicos, los determinantes de estilos de vida y los determinantes de redes sociales y comunitarias. Cada uno de ellos se comporta de manera muy diferente para influir en la situación de salud de la población y, por tanto, para identificar intervenciones efectivas de políticas públicas que reviertan las condiciones de inequidad en salud existentes y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (31).

Los Determinantes Biosocioeconomicos; Llamados también determinantes estructurales de las inequidades en salud, comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otros estratificadores, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social(32).

Los determinantes de estilos de vida son la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Se distribuyen según la estratificación social existente y determinan para los individuos, sus familias y sus entornos, según su posición social, las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de estilos de vida son las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social

Estos factores son modificables y, además, necesarios para conseguir una asistencia sanitaria adecuada que garantice unas prestaciones que permitan mantener un buen estado de salud (32).

Los Determinantes de redes sociales y comunitarias, Reflejan una compleja interrelación entre variables como el género, el status marital (con sus roles correspondientes), la familia y los hábitos de salud que - mediada por complejos procesos sociales -, influiría en la salud de la persona. Así, la influencia del control social en los hábitos de salud se ejercería en dos sentidos. Indirectamente, a través de la adopción de hábitos de salud bajo las ideas de que por un lado, el individuo es más propenso a adoptar determinados estilos de vida saludables si tiene con quién compartir esos hábitos y por otro lado la internalización de normas de conducta, por ejemplo a través del marco de referencia y modelo a seguir que ofrece la familia por lo que respecta a los hábitos de salud (33).

En otro sentido y directamente, el control social se ejercería mediante regulaciones, sanciones o intervención física como sería la participación sin mediaciones en el control de la alimentación, la preparación y/o administración de tratamientos (33).

Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad. El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud, que se exponen a continuación:

La salud, que es el objetivo de la medicina y de las profesiones sanitarias, no es una identidad, una realidad en el sentido de la cosa. Como pudiera ser una caja o una mesa, sino que, como ocurre con la belleza o la felicidad, es una abstracción, una construcción mental, un artefacto o una construcción lógica;

como indicaba Bertrand Russell o mejor un concepto que hace referencia a una circunstancia humana (34).

No existe la salud, y solo disponemos de su definición, pues es uno el que construye el concepto de salud, y como pudo haber y hay múltiples definiciones, se constituyen diversos conceptos de lo que es la salud muchos de ellos confusos o falsos. Cada persona tiene una percepción y vivencia de lo que es la salud de acuerdo con lo que considera normal, su experiencia personal, su nivel cultural y socioeconómico, religión, forma de vida, etc. y los conceptos que los grupos sociales en los que participa tienen de ella. Así pues, el concepto de salud es múltiple (34).

Una comunidad es una agrupación o conjunto geográfico tienen algún de conciencia de símbolo personas delimitado intensamente de alcanzar local que en y que pertenencia habitan otro delimitable, contexto, o interaccionan un cuyos determinados entre espacio operando miembros identificación objetivos, sí redes con más de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local (35).

La comunidad supone relaciones, interacciones tanto de hacer y conocer como de sentir, por el hecho de compartir esos aspectos comunes. Y esas relaciones no son a distancia, se dan en un ámbito social en el cual se han desarrollado histórica y culturalmente determinados intereses o ciertas necesidades; un ámbito determinado por circunstancias específicas que, para bien o para mal, afectan en mayor o menor grado a un conjunto de personas que se reconocen como partícipes, que desarrollan una forma de identidad social debido a esa historia compartida y que construyen un sentido de comunidad, igualmente definido en mayor o menor grado entre los componentes de ese grupo social, pero identificable en el pronombre personal de la primera persona del plural: nosotros(35).

Los servicios de salud primarios se llaman “de proximidad”. Para el, constituyen una posibilidad verdaderamente única de estar en contacto directo con la población. En la práctica, ello se traduce en acciones de salud basadas en la escucha de las necesidades, actividades con los servicios de salud primarios, que corresponden a todas las prestaciones de salud dispensadas directamente a la población: campañas de vacunación, tratamiento ambulatorio de enfermedades comunes, servicios de abastecimiento de agua potable, nutrición. Su objetivo es mantener la salud, prevenir enfermedades y tratar los problemas sanitarios comunes (36).

La educación es un conjunto de prácticas y de instituciones sociales y debe estudiarse como un hecho social y sobre esta base señala que la primera función de la educación no es el desarrollo de las habilidades y potencialidades de cada individuo, sino que consiste en el desarrollo de aquellas capacidades y habilidades que precisa la sociedad. La educación es un fenómeno social porque solo se da dentro de la sociedad, es producto de procesos sociales más amplios, estructura y da contenido a las relaciones sociales, forma las identidades culturales individuales y colectivas, condiciona la vida social, las actitudes y la forma en que viven y se relacionan los miembros de la sociedad (37).

El trabajo ha sido apreciado de maneras muy distintas a lo largo de la historia. Durante muchos siglos fue la obligación de personas socialmente sometidas a otras, que trabajaban para beneficio de éstas: es el caso de los esclavos y de los siervos, que realizaban la mayor parte de los trabajos hasta los comienzos de la Modernidad (en el siglo XV de nuestra era). Estos trabajadores carecían, total o parcialmente de libertad, y las actividades que realizaban eran despreciadas y juzgadas impropias de sus amos o señores. Los antiguos griegos, por ejemplo, distinguían entre los hombres libres y los esclavos, y consideraban que los primeros estaban destinados al ‘ocio creador’, en tanto que los otros debían realizar las actividades necesarias para la supervivencia propia y la de sus amos (38).

El trabajo está en el centro de la visión del mundo que hemos ido construyendo desde el siglo XVIII. Ha sido el principal elemento de identidad personal y social, ha estructurado la actividad social, ha condicionado el urbanismo de las ciudades, ha determinado las ideologías, ha regulado los ciclos de vida, ha incidido en los sistemas de aprendizaje, ha otorgado roles y en definitiva, ha sido el principal vehículo para la integración social (39).

El territorio, se puede considerar como un punto de intersección entre el Espacio y el Lugar. Se define al Lugar como una configuración instantánea de posiciones y al Espacio como un cruzamiento de moviidades transitado. El lazo social articula, genera diálogo y cohesión entre Espacio y Lugar. Desde una noción de Territorio, donde este es entendido como nudo o punto de intersección, se requiere, casi de manera indefectible de un narrador que articule Espacio, Lugar desde la Cotidianidad. Asimismo, el territorio a diferencia del espacio físico, se transforma permanentemente en una serie de significaciones culturales con implicancias históricas y sociales (40).

Centro poblado rural; Se tienen 2 tipos de centros poblados rurales.- a) El centro poblado rural con 500 a menos de 2 mil habitantes, sus viviendas generalmente están agrupadas en forma contigua formando manzanas y calles. b) El centro poblado rural, aldea, campamento, unidad agropecuaria, etc. con menos de 500 habitantes, una de sus principales características es que tiene sus viviendas dispersas. Las categorías de centro poblado rural son.- pueblos, anexo, caserío, comunidad (41).

Centro poblado urbano; Es aquel centro poblado con 2 mil y más habitantes. Sus viviendas se encuentran agrupadas en forma contigua, formando manzanas y calles. La categoría del centro poblado urbano es la ciudad y sus componentes de urbanización, conjunto habitacional y pueblo joven. Las ciudades más grandes, por absorción y expansión comprenden otras áreas

urbanas dando lugar a la existencia de las Áreas Metropolitanas y Aglomeraciones Urbanas (41).

Etimológicamente la palabra adulto, de la voz latina “adultus”, significa recer. El crecimiento de la especie humana a diferencia de los demás. Se manifiesta de manera ininterrumpida y permanente desde el punto de vista psico-social y no biológico, que finaliza en un momento dado al alcanzar el máximo desarrollo definir como la plenitud vital al que arriban los seres vivos en un momento dado de su existencia, siendo variable según las especies biológicas. En muchas, este estado aparece temprano y, en otras, más tarde. El período de crecimiento y desarrollo se prolonga considerablemente en la especie humana y, a diferencia de los demás, se desenvuelve en etapas sucesivas, en forma prelativa, hasta alcanzar progresivamente la adultez (42).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación (1, 43).

El diseño de la investigación es una sola casilla: Se emplea este diseño cuando el investigador está interesado en recoger información acerca de una variable en una muestra, en tanto que se trata de un diseño descriptivo no interviene en la variable, simplemente al observa y describe.

Tipo de investigación (1, 44).

Investigación de tipo cuantitativa descriptiva: Son usados cuando se sabe poco sobre un fenómeno en particular. El investigador observa, describe y fundamenta varios aspectos del fenómeno. No existe la manipulación de variables o la intención de búsqueda de la causa-efecto con relación al fenómeno. El diseño descriptivo describe lo que existe, determina la frecuencia en que este hecho ocurre y clasifican la información. Los resultados establecen la base del conocimiento para la hipótesis, lo que dirige para posteriores estudios tanto correlacionales, cuasi-experimentales como experimentales.

Nivel de investigación (1, 44).

Investigación de corte transversal: Es un método no experimental para recoger y analizar datos en un momento determinado. Teniendo como sujeto a una comunidad humana determinada. Frente a otros tipos de investigaciones, como las longitudinales, la transversal limita la recogida de información a un periodo.

3.2. Población y Muestra

3.2.1 Población

La población está constituido por 370 personas adultas del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura

3.2.2 Muestra

El tamaño de la muestra es de 188 personas adultas, mediante muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01)

Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

- Persona adulta que vive más de 3 años en la zona.
- Persona adulta que acepta participar en el estudio.
- Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

3.3.1 Determinantes Del Entorno Biosocioeconómico

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (45).

Edad

Definición Conceptual.

Tiempo transcurrido en años que ha vivido una persona a partir del nacimiento del individuo hasta en el momento de realización del estudio (46).

Definición Operacional

Escala nominal

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

Sexo

Definición Conceptual.

Son todos los componentes biológicos que describen los procesos genéticos, gonadales, hormonales, morfológicos y fisiológicos de una persona (47).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Se considera que la noción de grado de estudios está relacionada en términos generales con la gradación de las experiencias de aprendizaje y con las competencias que el contenido de un programa educativo exige de los participantes para que éstos puedan adquirir los conocimientos, destrezas y capacidades que el programa se propone impartir. 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 (48).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria: Incompleta / Completa
- Superior: Incompleta/ Completa

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Ingreso personal de dinero menos impuestos al ingreso, obtenido por su actividad laboral, productiva o comercial. Cantidad que las familias destinan al ahorro o al gasto de servicios (49).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Es el campo, contexto histórico y social, donde una persona realiza una actividad y/o servicio con el fin de ganar Dinero (50).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

El domicilio de la persona natural «es el lugar de su residencia habitual», y determina el lugar donde se ejercitan los derechos y se cumplen las obligaciones. Vivienda es aquella que constituye el ámbito habitual de desarrollo de las relaciones conyugales y de filiación, es decir el lugar donde se desarrolla la convivencia familiar (51).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

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

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

3.3.2 Determinantes De Los Estilos De Vida

Definición Conceptual

Son definidos como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. Los estilos de vida incorporan una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas (52).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

La alimentación es un proceso esencial, de suma importancia para la salud. Todas las personas necesitamos alimentarnos para poder crecer, tener energía suficiente para realizar diferentes actividades y para mantener la salud (53).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

3.3.3 Determinantes De Las Redes Sociales Y Comunitarias

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad las redes sociales y comunitarias de las personas, esto quiere decir el ambiente social de las personas, desde familiares hasta personal del centro de salud; incluye el autocuidado de la salud, la prevención y promoción de ésta como parte del trabajo de profesionales médicos y el soporte social familiar (54).

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

En el ámbito de los servicios médicos, acceso sin adjetivos, se refiere entonces a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios (55).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

Familiares

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (56).

Instrumento

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

30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

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

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

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

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (ANEXOS 3 y 4)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (57).

3.5. Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

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

Análisis y Procesamiento de los datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18.0, se presentaron los datos en tablas simples luego se elaboraron sus respectivos gráficos.

3.6. Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	VARIABLES DE LA INVESTIGACION	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
<p>¿Cuáles son los Determinantes de la salud de la persona adulta en el Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Describir los Determinantes de la salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015</p> <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómicos (Edad, sexo, 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, 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes del entorno socioeconómico • Determinantes de los estilos de vida • Determinantes de las redes sociales y comunitarias 	<p>Diseño de la investigación</p> <p>Diseño de una sola casilla</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>La investigación es cuantitativa</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Descriptivo de corte transversal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población <p>La población está constituida por 370 personas adultas en el Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra <p>El tamaño de la muestra es de 188 personas adultas, mediante muestreo aleatorio simple.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de análisis <p>La persona adulta que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.</p>

	<p>alcoholismo, actividad física), morbilidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.		
--	---	--	--

3.7. Principios Éticos

La investigación para la salud se ejecuta de acuerdo a los principios universales de investigación, descritos en el Informe Belmont. Estos principios se plantearon para orientar y garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de los participantes. Todos los involucrados deben comprender los principios de la ética de la investigación y su aplicación.

Anonimato

Es el estado de una persona siendo anónima, es decir, que la identidad de dicha persona es desconocida.

Privacidad

Se refiere al acuerdo del investigador con el participante acerca de cómo se manejará, administrará y difundirá la información privada de la investigación.

Honestidad

La promoción, exigencia y salvaguarda de nuestras actuaciones individuales y colectivas dentro o fuera de la investigación, es el anteponer el buscar la verdad a los intereses particulares, el no ocultar ni falsificar datos, el comunicar los descubrimientos y no mantenerlos en secreto, el reconocer los errores.

Consentimiento

Incluye la necesidad de respetar a las personas y a las decisiones que éstas tomen. Es un mecanismo en donde los individuos deben proteger sus intereses y en el cual tienen la oportunidad de decidir involucrarse o no en el estudio y si la investigación concuerda con sus propios valores, intereses y metas (58).

IV. RESULTADOS

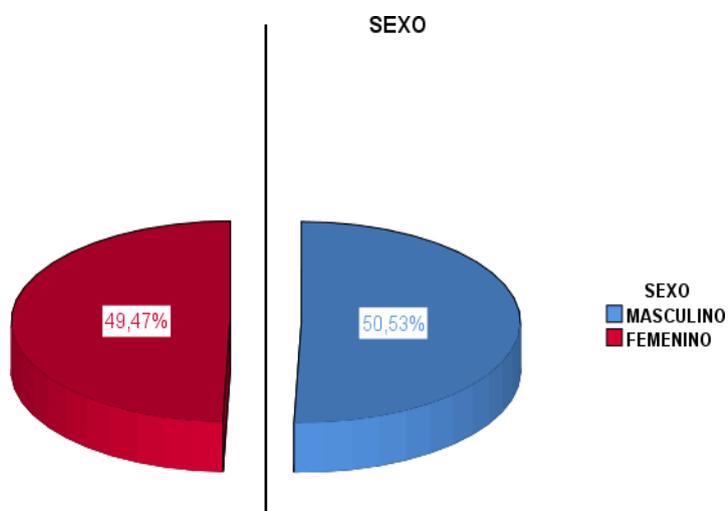
4.1. Resultados

TABLAN°01: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Sexo	n	%
Masculino	95	50,5
Femenino	93	49,5
Total	188	100,0
Edad (años)	n	%
Adulto joven	31	16,5
Adulto maduro	124	66,0
Adulto mayor	33	17,6
Total	188	100,0
Grado de instrucción	n	%
Sin instrucción	51	27,1
Inicial/Primaria	74	39,4
Secundaria: Incompleta/ Completa	42	22,3
Superior: Incompleta/ Completa	13	6,9
Superior No Universitaria	8	4,3
Total	188	100,0
Ingreso económico familiar	n	%
Menor de S/. 750.00	170	90,4
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	18	9,6
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	0	0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0
De S/. 1801.00 a más	0	0
Total	188	100,0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	19	10,1
Eventual	141	75,0
Sin ocupación	23	12,2
Jubilado	1	0,5
Estudiante	4	2,1
Total	188	100,0

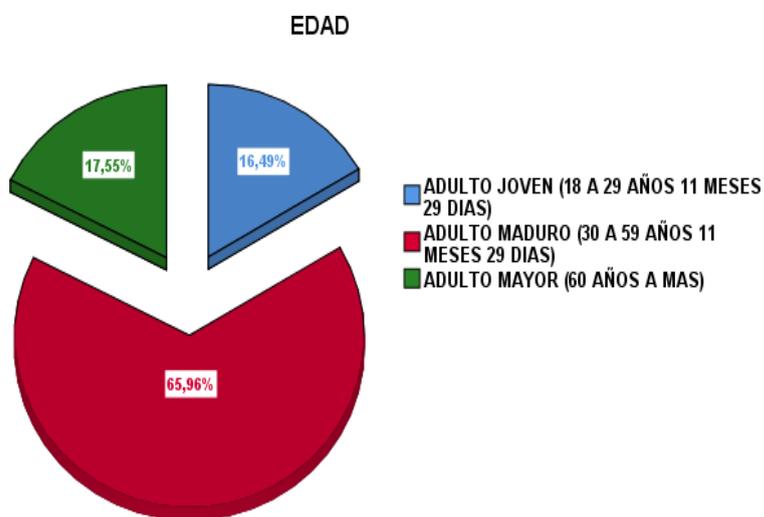
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 01: SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



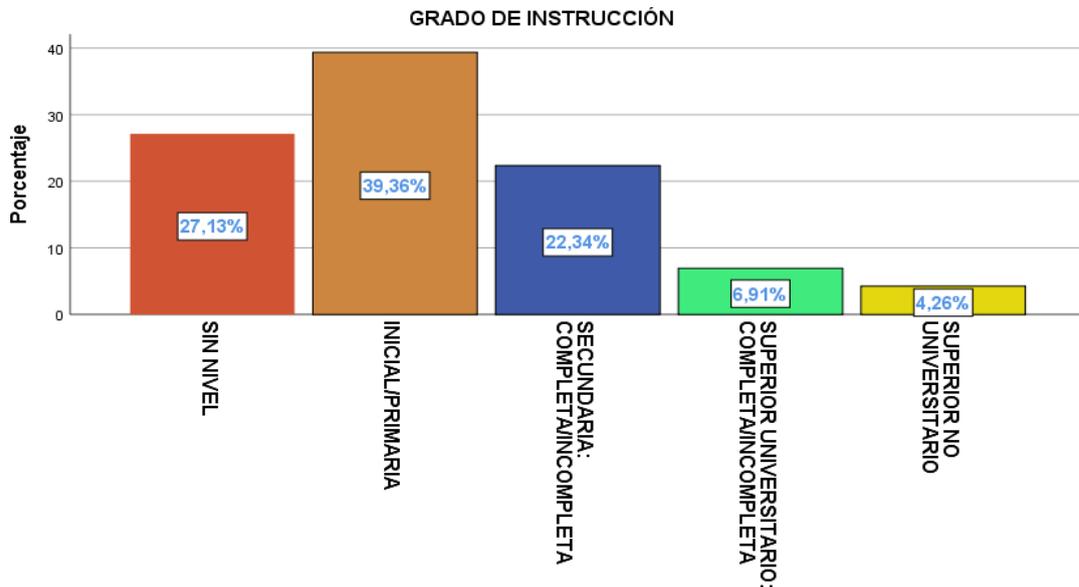
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 02: EDAD EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



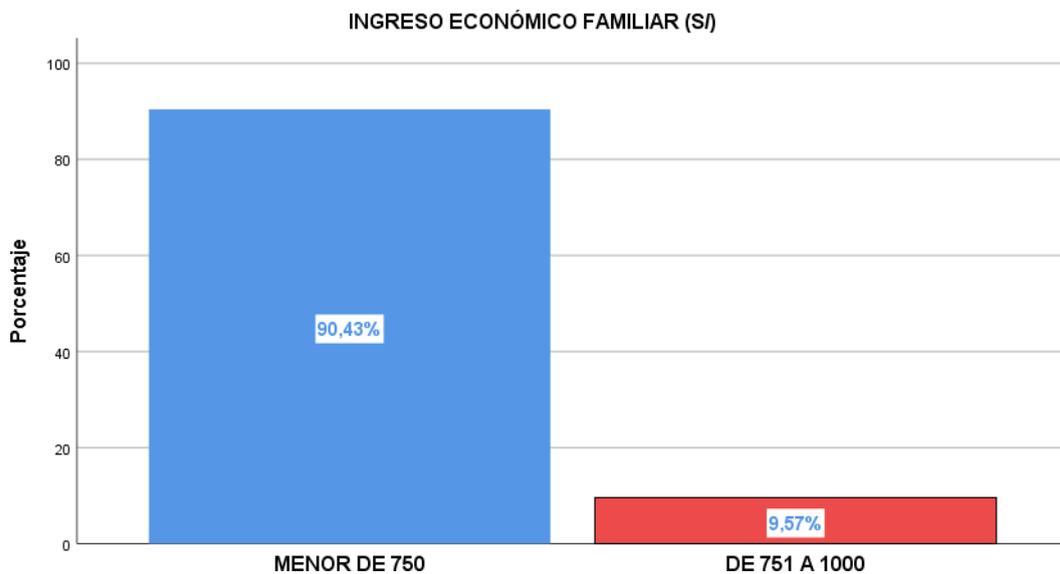
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



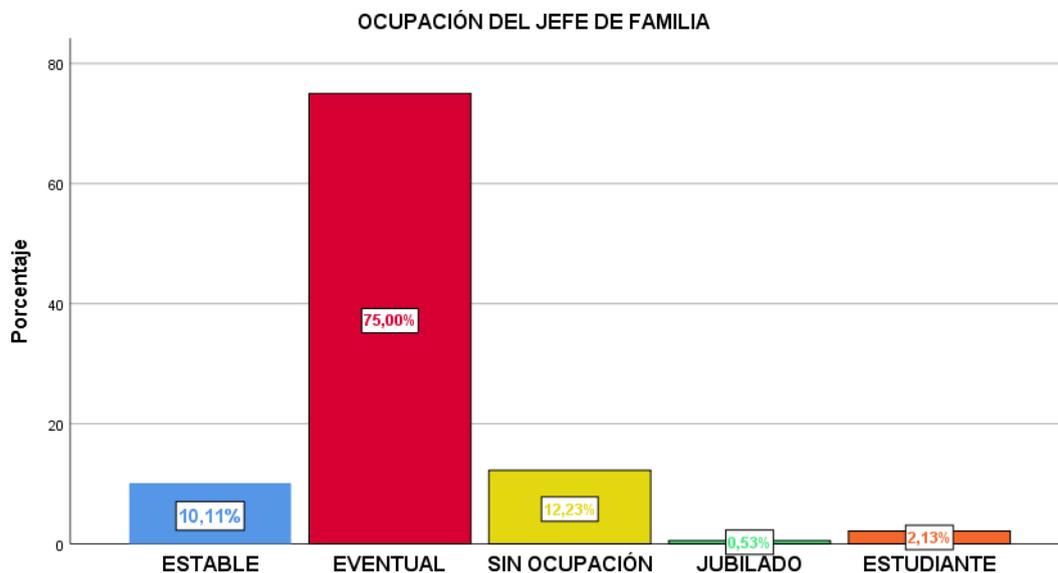
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 05: OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

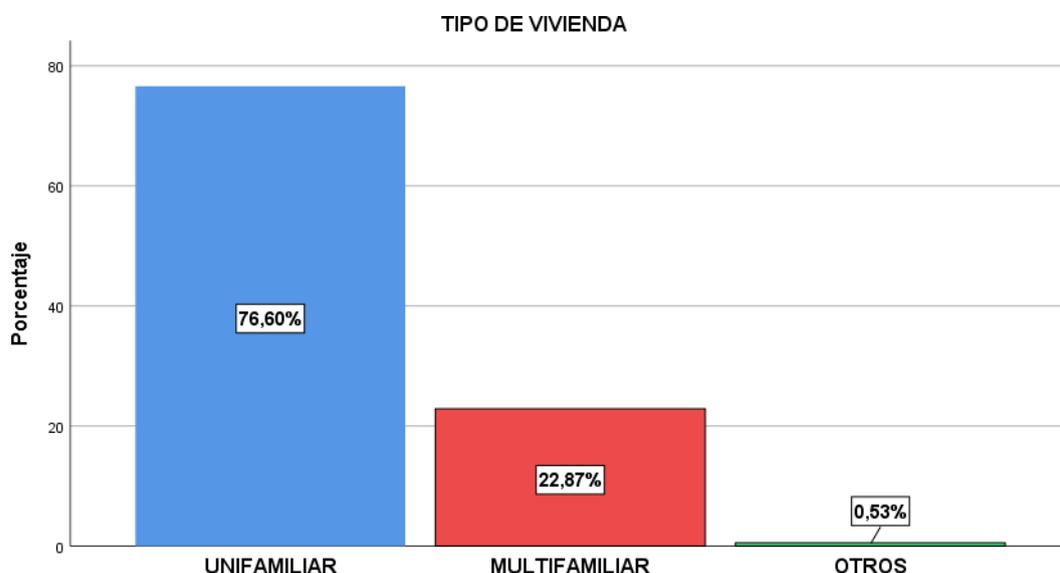
TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	144	76,6
Vivienda multifamiliar	43	22,9
Otros	1	0,5
Total	188	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	10	5,3
Cuidador/alojado	11	5,9
Alquiler venta	2	1,1
Propia	165	87,8
Total	188	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	180	95,7
Concreto	6	3,2
Loseta, Vinílicos	1	0,5
Laminas Asfálticas	1	0,5
Total	188	100,0
Material del techo	n	%
Madera, Estera	13	6,9
Adobe	32	17,0
Estera, Adobé	29	15,4
Material Noble: Ladrillo y Cemento	7	3,7
Eternit	107	56,9
Total	188	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, Estera	30	16,0
Adobe	82	43,6
Estera y Adobe	56	29,8
Material noble: Ladrillo y cemento	20	10,6
Total	188	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	12	6,4
2 a 3 miembros	100	53,2
Independiente	76	40,4
Total	188	100,0
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	1	0,5
Cisterna	1	0,5
Pozo	96	51,1
Red Publica	28	14,9
Conexión Domiciliaria	62	33,0
Total	188	100,0

Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	157	83,5
Acequia, canal	1	0,5
Letrina	23	12,2
Baño público	5	2,7
Baño propio	2	1,1
Total	188	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	12	6,4
Leña, carbón	173	92,0
Bosta	3	1,6
Total	188	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin Energía	19	10,1
Lámpara (No Eléctrica)	10	5,3
Grupo Electrónico	1	0,5
Eléctrica Temporal	20	10,6
Eléctrica Permanente	97	51,6
Vela	41	21,8
Total	188	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	70	37,2
Al río	11	5,9
En un pozo	7	3,7
Se entierra, quema, carro recolector	100	53,2
Total	188	100,0
Frecuencia de recojo de basura	n	%
Diariamente	69	36,7
Todas las semanas pero no diariamente	64	34,0
Al menos 2 veces por semana	39	20,7
Al menos una vez al mes	16	8,5
Total	188	100,0
Eliminación de basura	n	%
Carro Recolector	4	2,1
Montículo o campo limpio	129	68,6
Contenedor específico de recogida	2	1,1
Vertido por fregadero o desagüe	1	0,5
Otro	52	27,7
Total	188	100,0

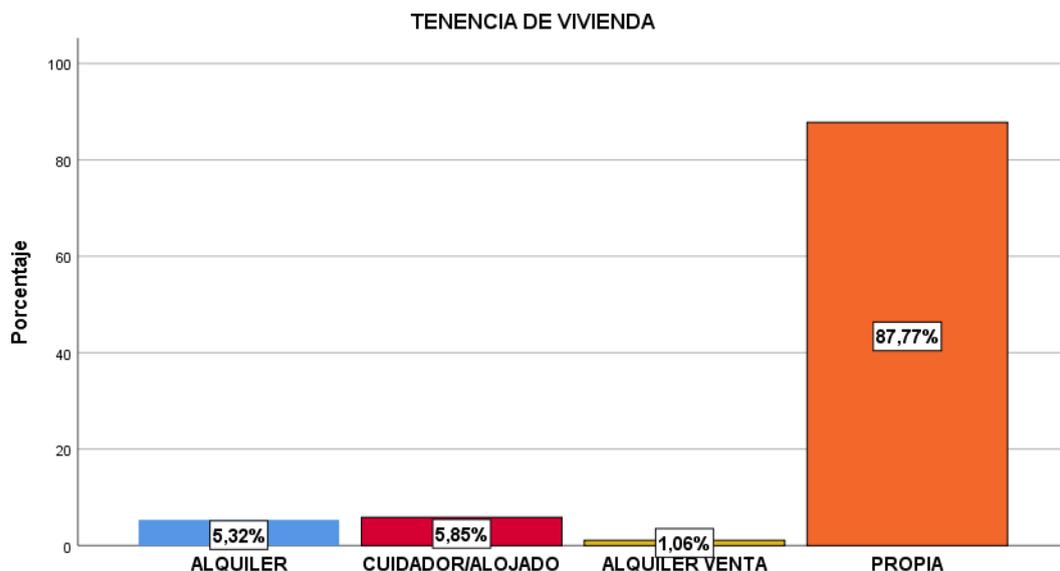
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 06.1: TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



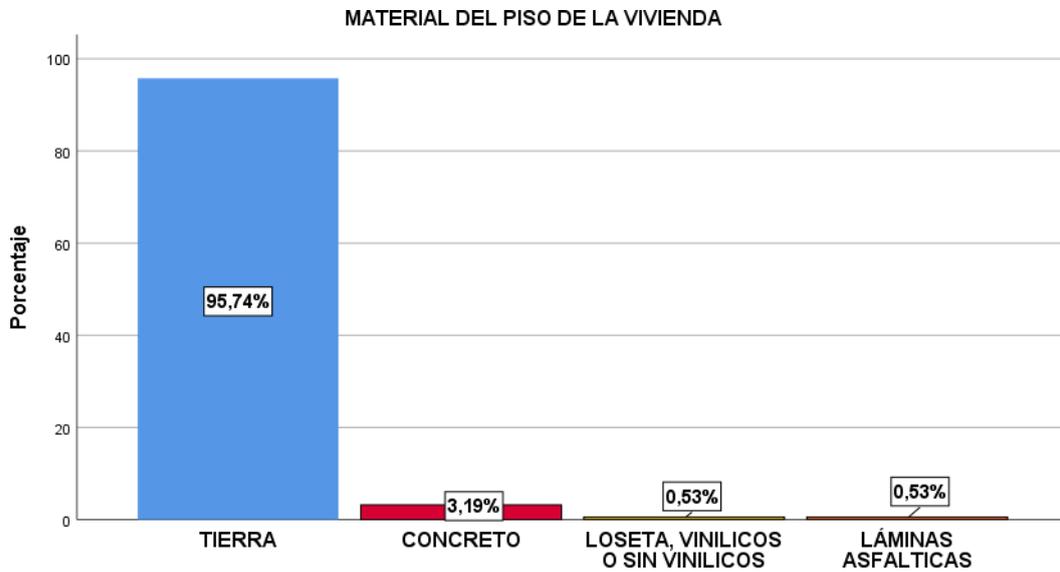
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 06.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



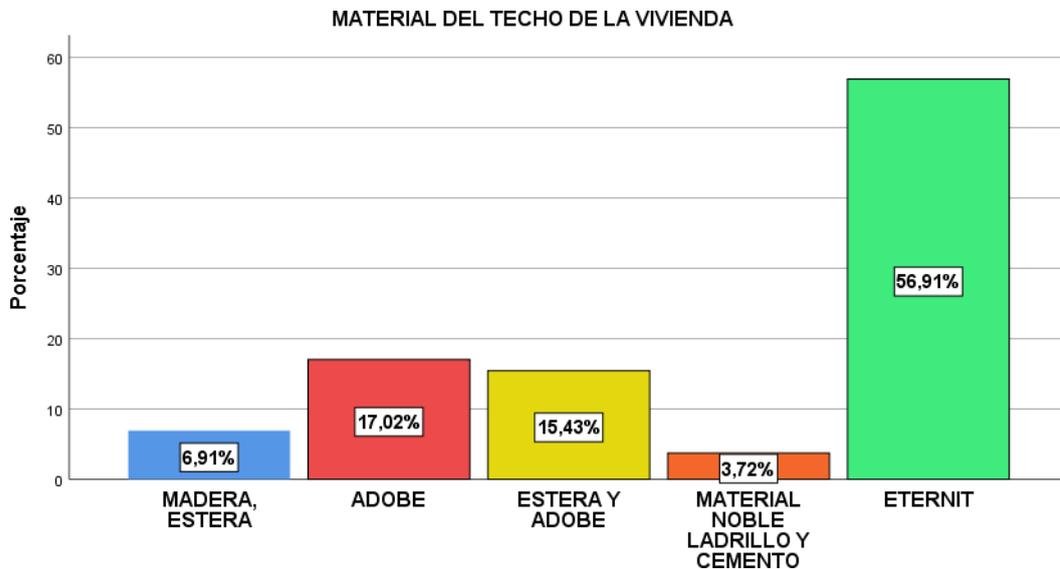
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 06.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



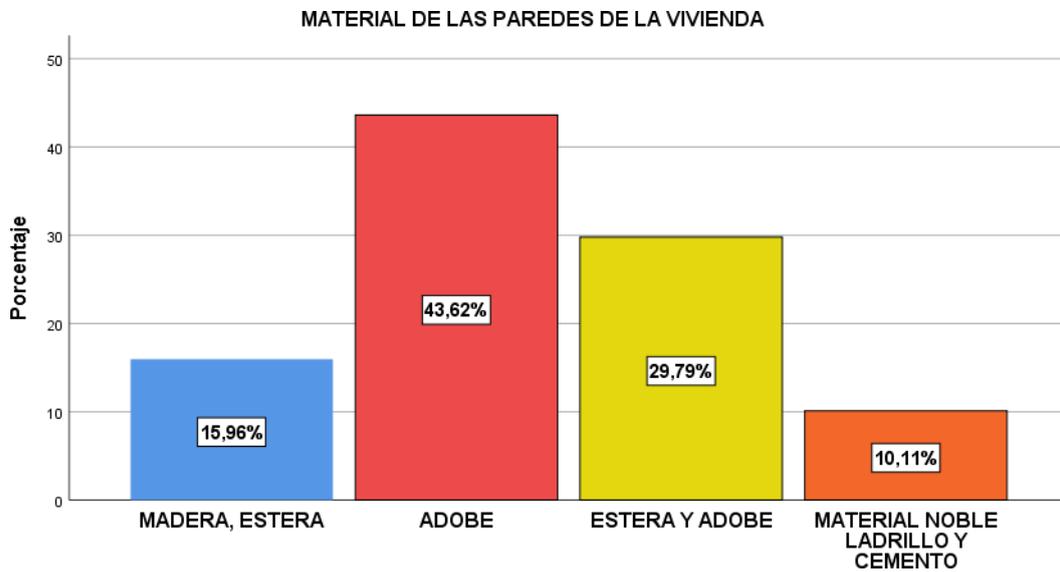
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



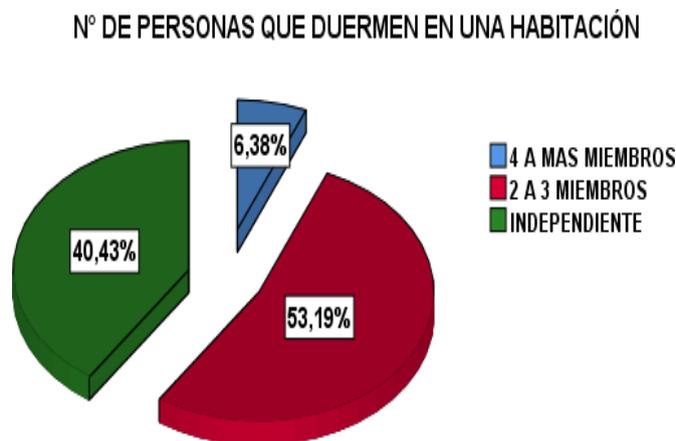
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 6.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



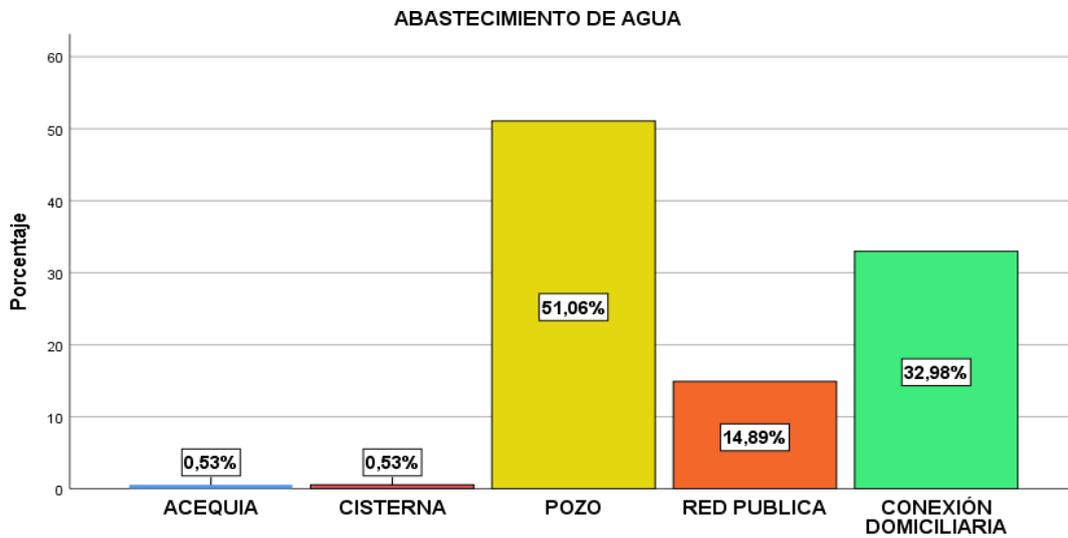
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 6.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



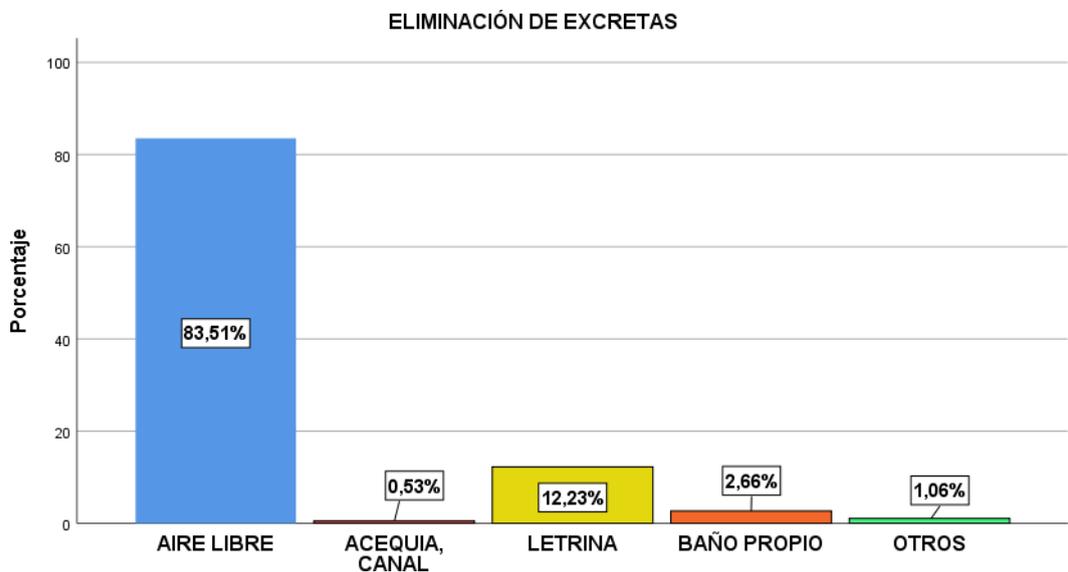
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



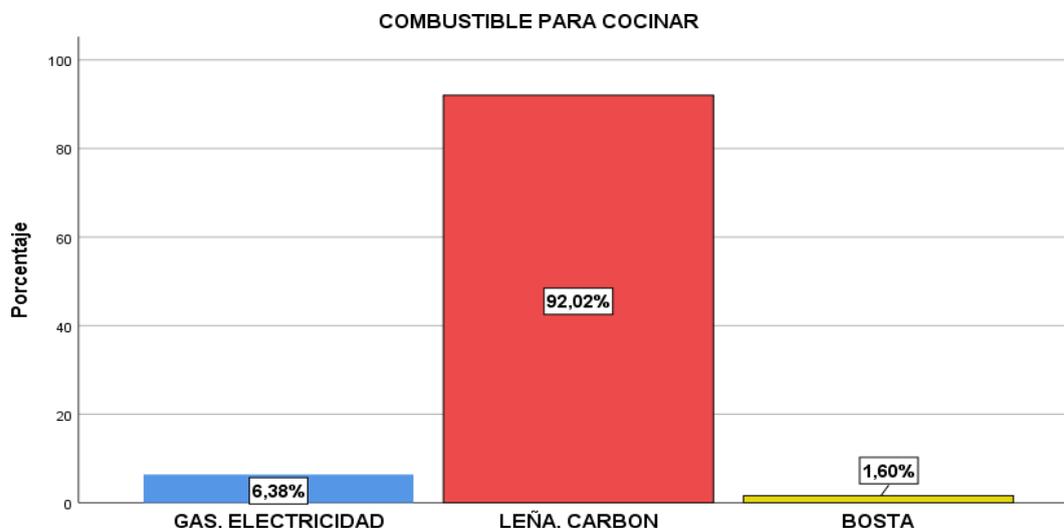
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



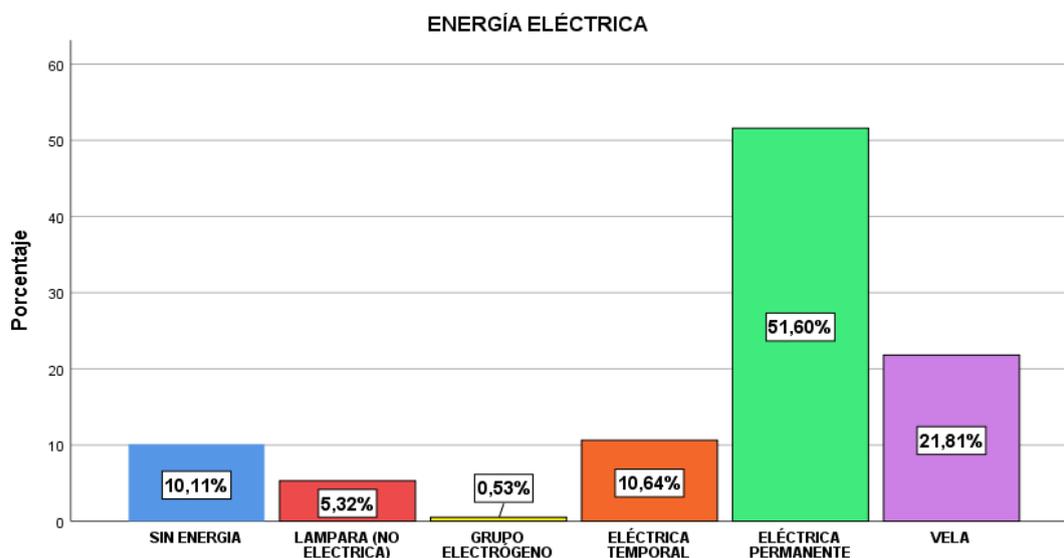
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



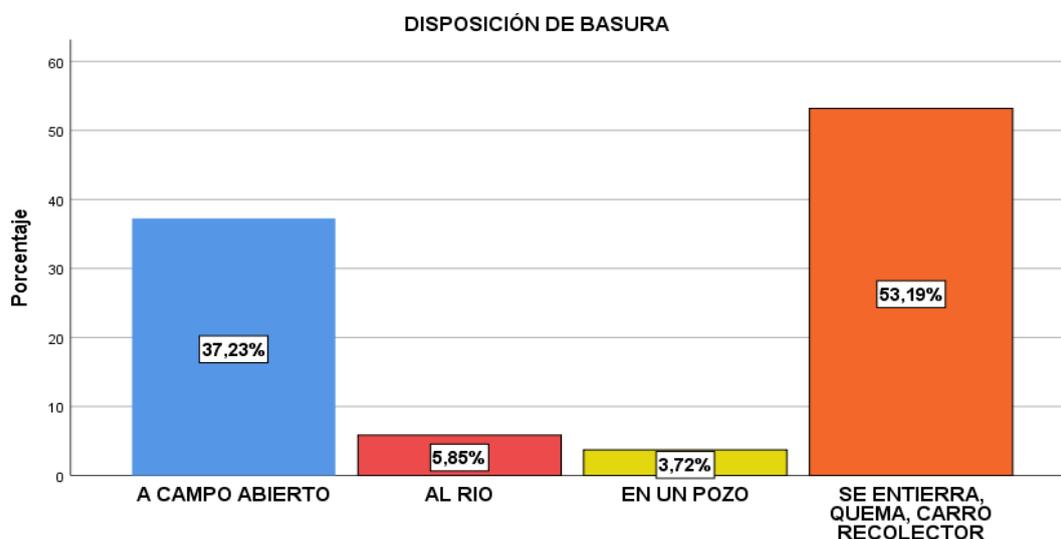
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



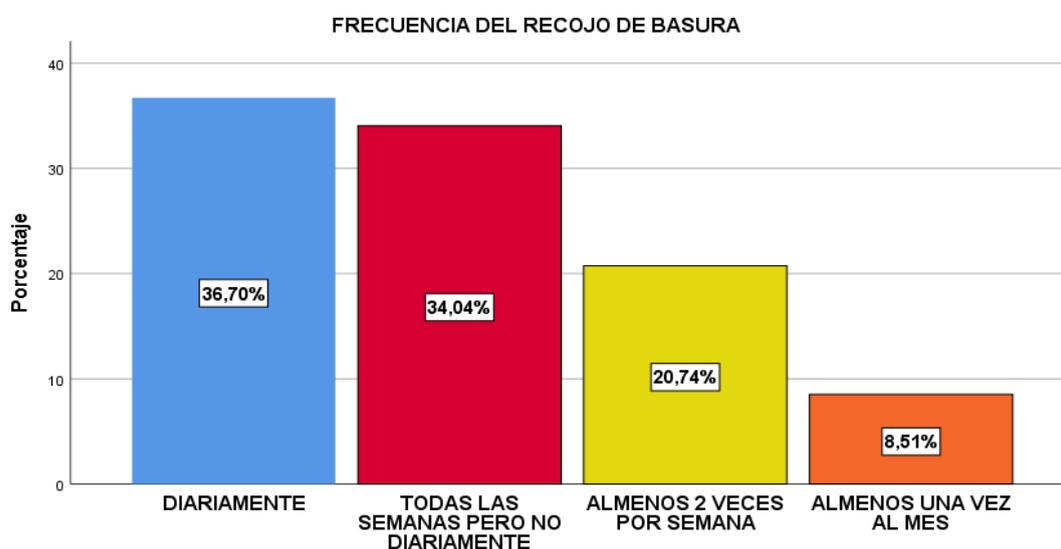
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



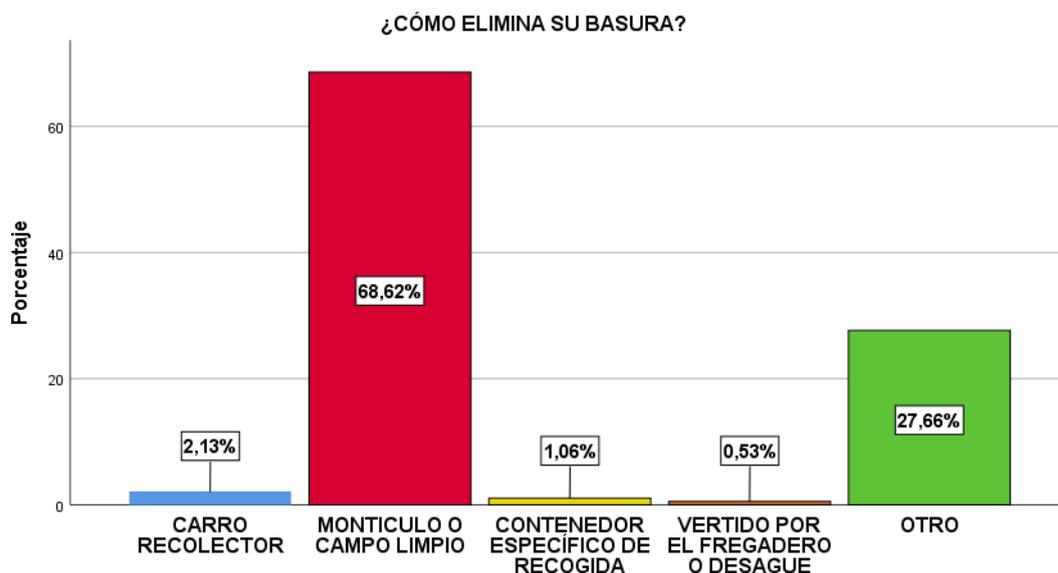
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 12: FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

TABLA N° 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

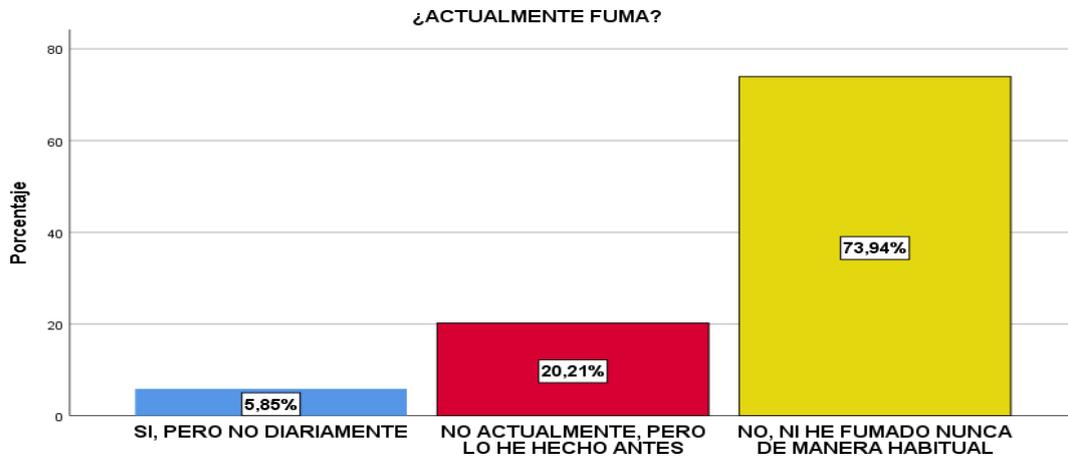
Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, pero no diariamente	11	5,9
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	38	20,2
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	139	73,9
Total	188	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	1	,5
Dos a tres veces por semana	6	3,2
Una vez a la semana	9	4,8
Una vez al mes	6	3,2
Ocasionalmente	47	25,0
No Consumo	119	63,3
Total	188	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	62	33,0
[08 a 10)	114	60,6
[10 a 12)	12	6,4
Total	188	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	172	91,5
4 Veces a la semana	15	8,0
No se baña	1	,5
Total	188	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	90	47,9
No	98	52,1
Total	188	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	9	4,8
Deporte	18	9,6
Gimnasia	1	,5
No realizo	160	85,1
Total	188	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	23	12,2
Gimnasia suave	2	1,1
Correr	3	1,6
Deporte	13	6,9
Ninguna	147	78,2
Total	188	100,0

TABLA N° 03.1: ALIMENTACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	18	9,6	23	12,2	59	31,4	59	31,4	29	15,4	188	100,0
Carne	7	3,7	22	11,7	34	18,1	35	18,6	90	47,9	188	100,0
Huevos	58	30,9	86	45,7	36	19,1	3	1,6	5	2,7	188	100,0
Pescado	163	86,7	12	6,4	12	6,4	0	0,00	1	0,5	188	100,0
Fideos	91	48,4	59	31,4	23	12,2	15	8,0	0	0,00	188	100,0
Pan, cereales	125	66,5	47	25,0	7	3,7	2	1,1	7	3,7	188	100,0
Verduras, hortalizas	115	61,2	43	22,9	27	14,4	3	1,6	0	0,00	188	100,0
Otras	11	5,9	16	8,5	61	32,4	44	23,4	56	29,8	188	100,0

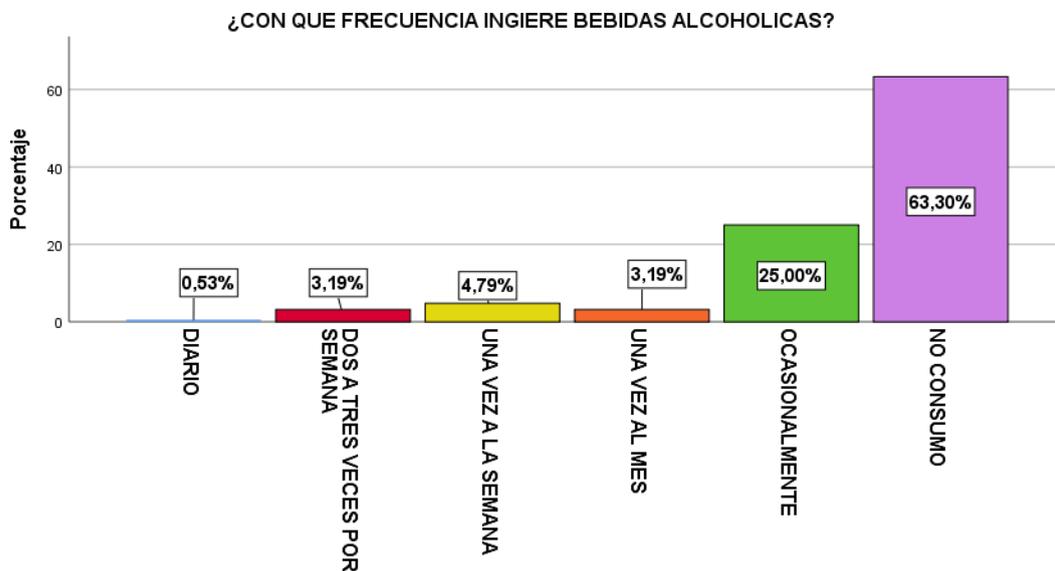
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 14: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



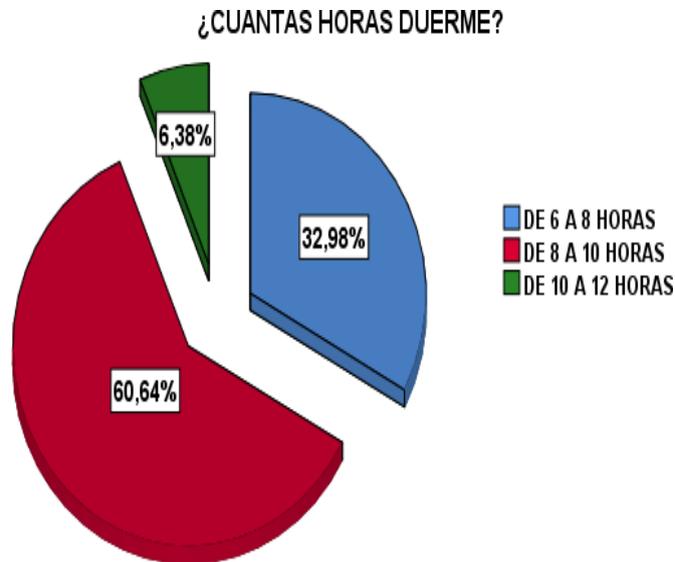
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



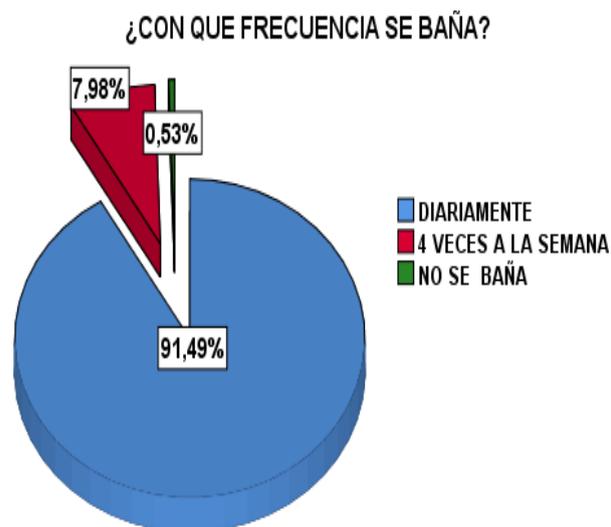
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 16: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

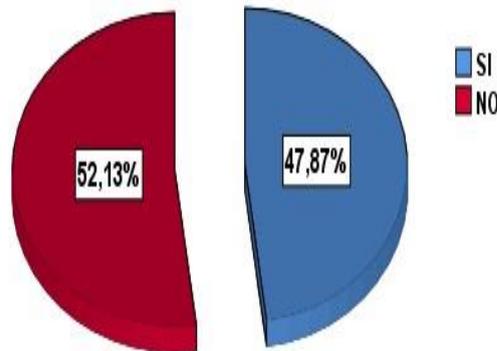
GRÁFICO N° 17: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 18: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

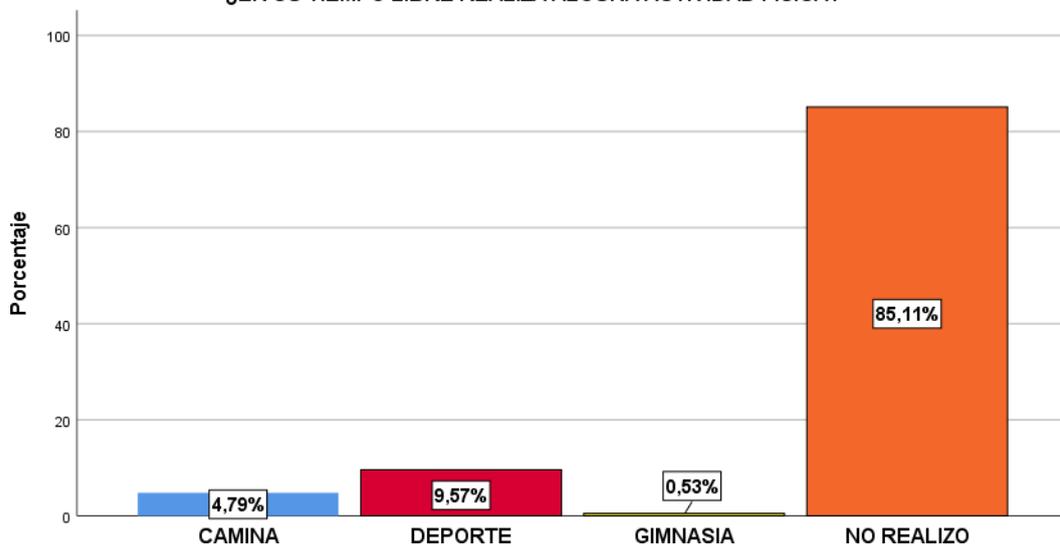
¿SE REALIZA UD. ALGUN EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

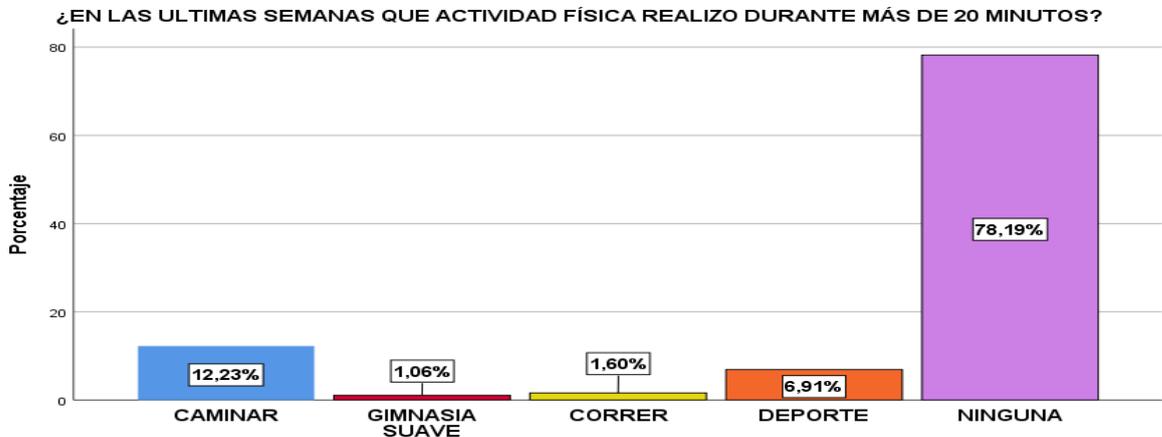
GRÁFICO N° 19: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

¿EN SU TIEMPO LIBRE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?



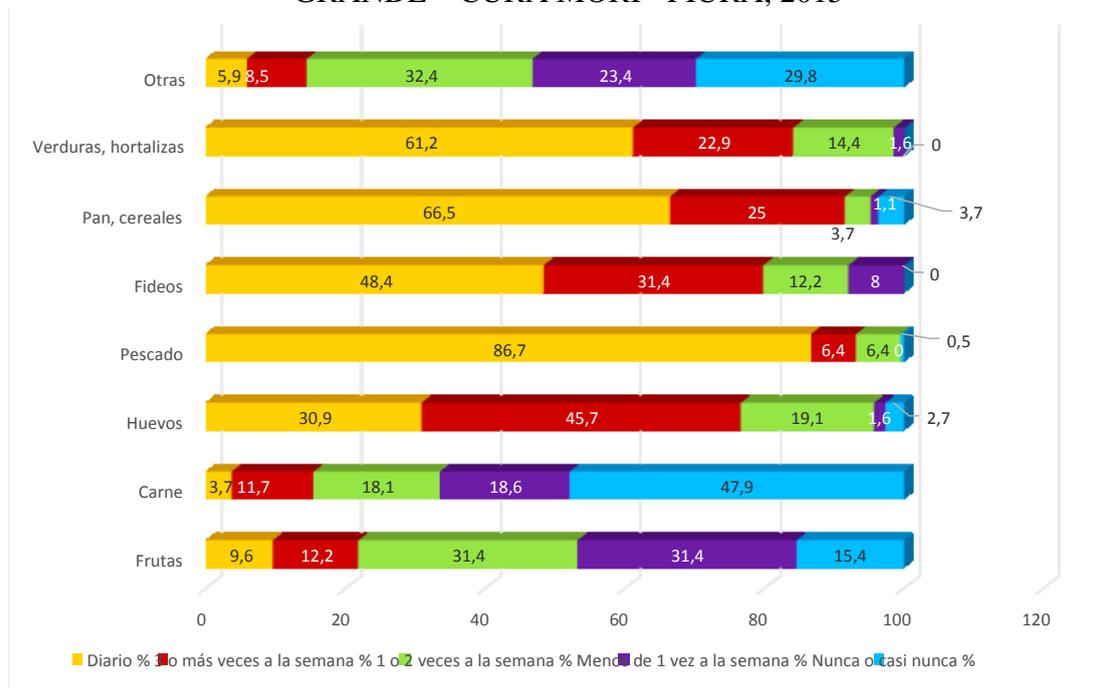
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 20: ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA MAS DE 20 MINUTOS EN LAS ULTIMAS SEMANAS POR LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



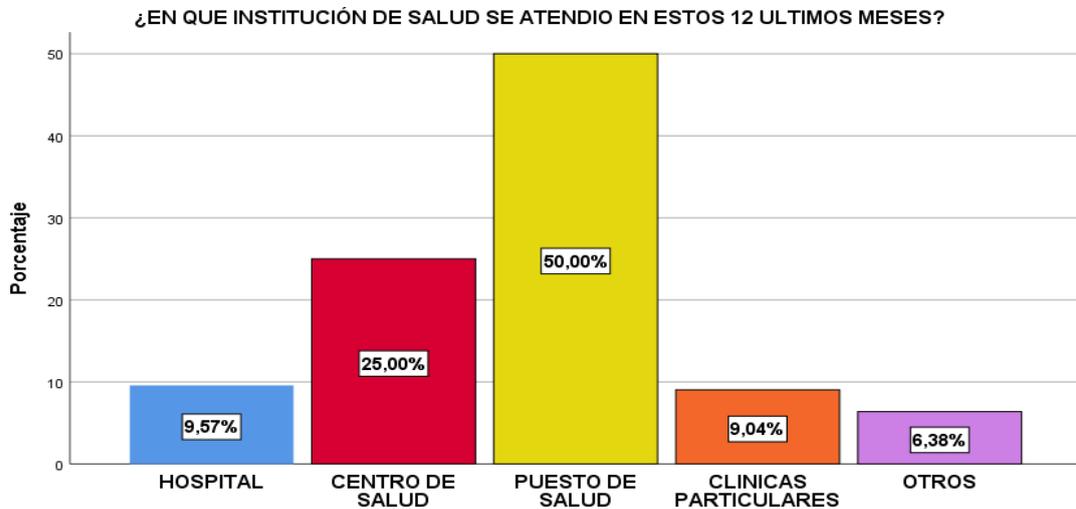
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

TABLA N° 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	18	9,6
Centro de salud	47	25,0
Puesto de salud	94	50,0
Clínicas particulares	17	9,0
Otras	12	6,4
Total	188	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	4	2,1
Regular	20	10,6
Lejos	106	56,4
Muy lejos de su casa	49	26,1
No sabe	9	4,8
Total	188	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	22	11,7
SIS – MINSA	120	63,8
SANIDAD	5	2,7
Otros	40	21,3
Total	188	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	13	6,9
Largo	63	33,5
Regular	65	34,6
Corto	29	15,4
Muy corto	4	2,1
No sabe	14	7,4
Total	188	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	6	3,2
Buena	79	42,0
Regular	58	30,9
Mala	26	13,8
Muy mala	2	1,1
No sabe	17	9,0
Total	188	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
No	188	100,0
Total	188	100,0

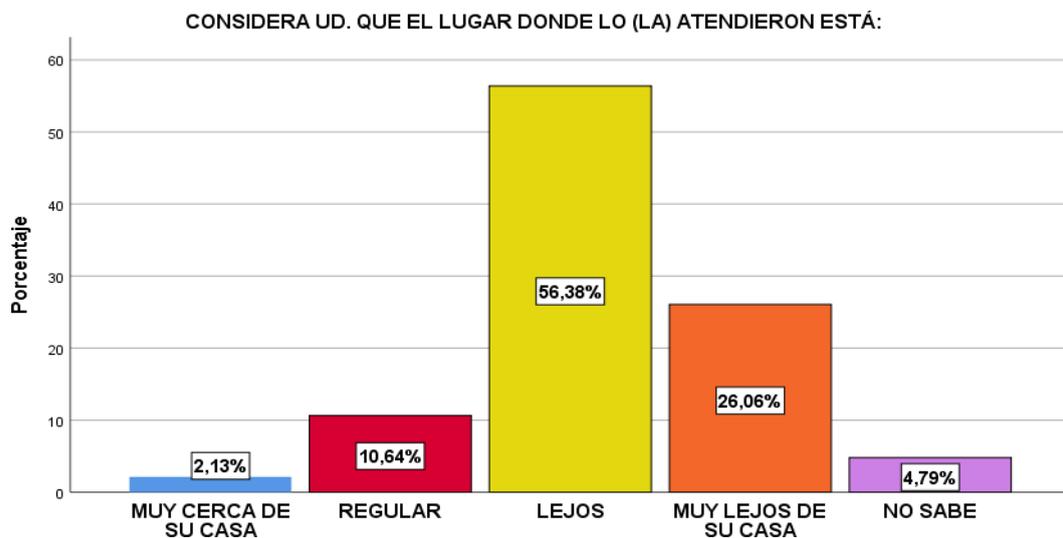
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 22: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 23: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



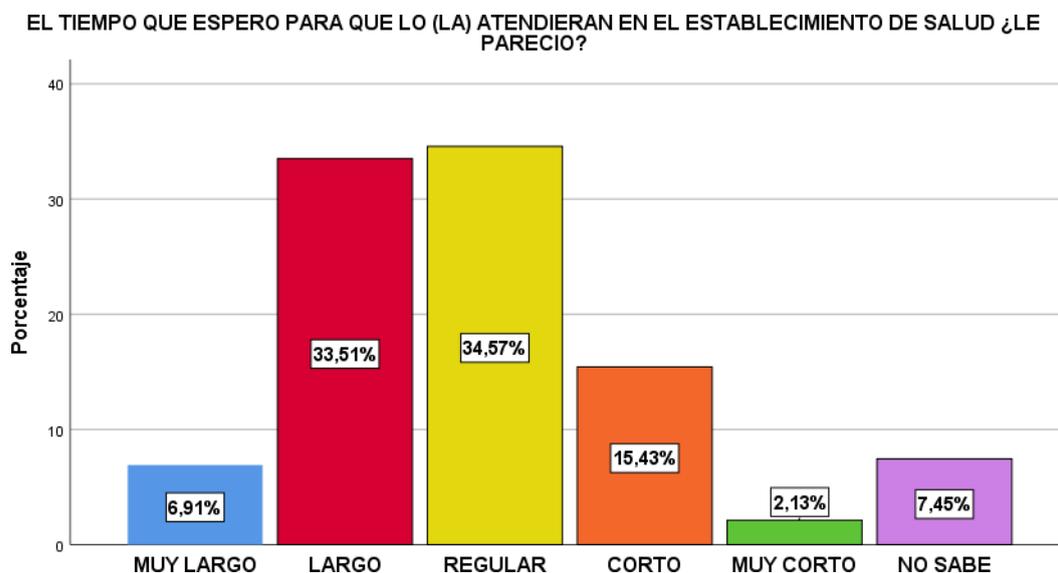
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 24: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



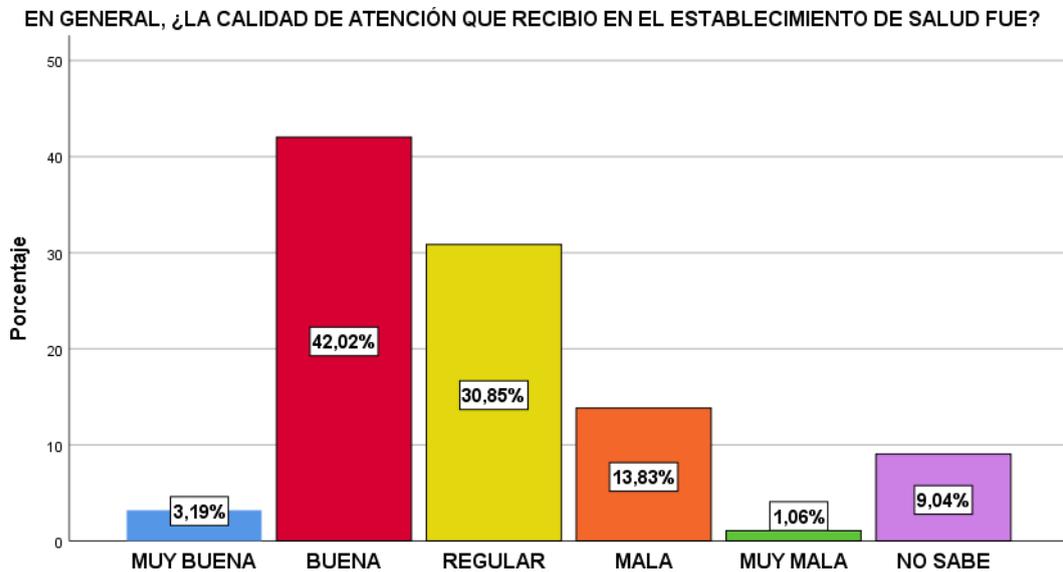
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 25: TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 26: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 27: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



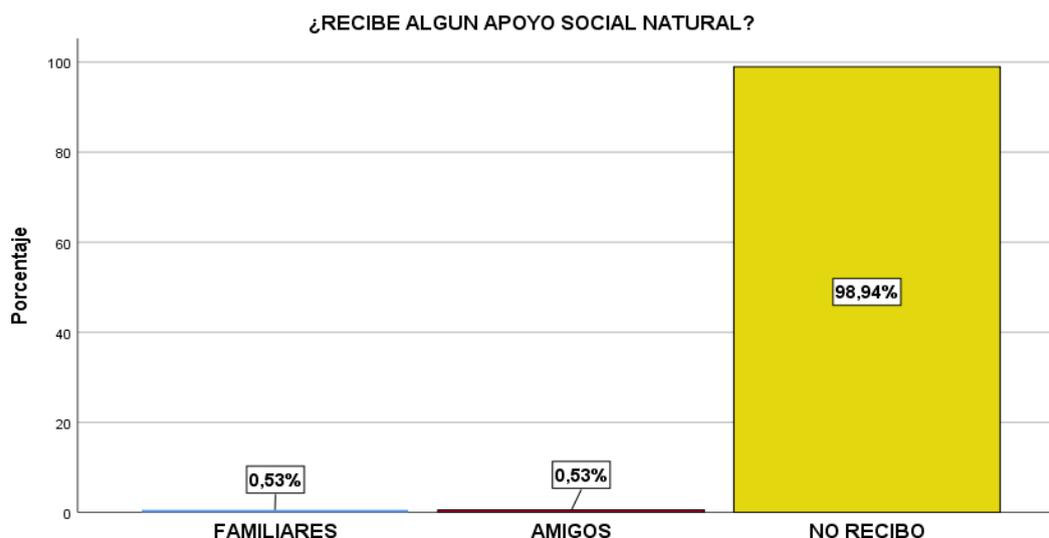
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Recibe algún apoyo social natural:		
	n	%
Familiares	1	0,5
Amigos	1	0,5
No recibo	186	98,9
Total	188	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:		
	n	%
Seguridad social	1	0,5
Instituciones de acogida	7	3,7
No recibo	180	95,7
Total	188	100,0

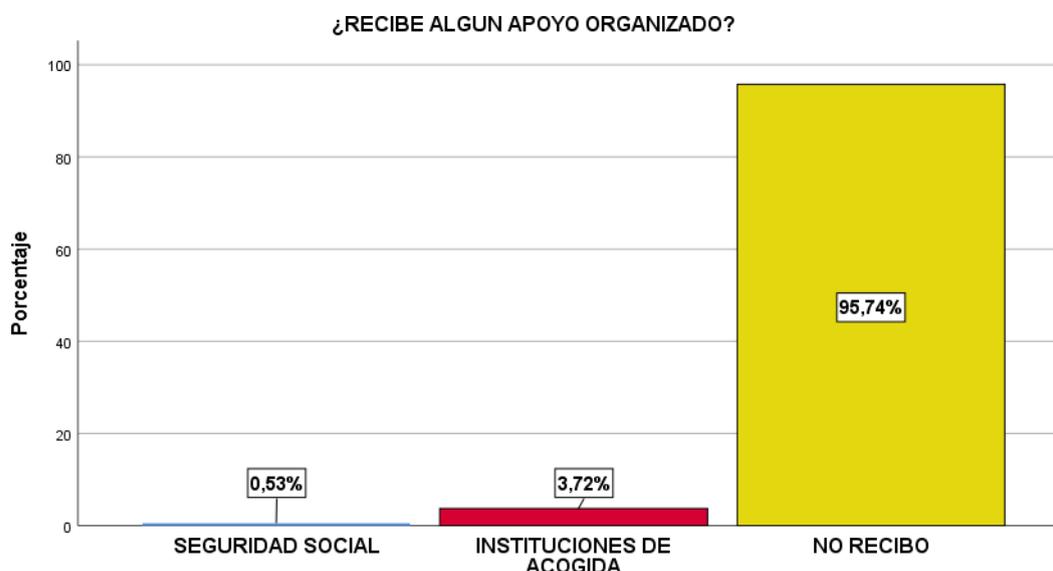
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 28: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 29: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



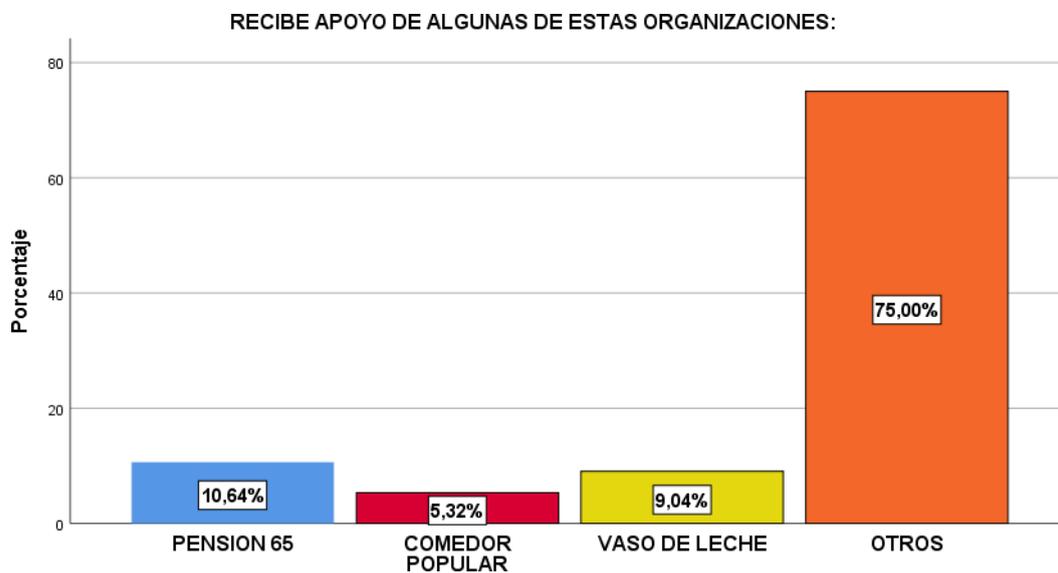
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015

Recibe algún apoyo social de organizaciones	n	%
Pensión 65	20	10,6
Comedor Popular	10	5,3
Vaso de Leche	17	9,0
Otros	141	75,0
Total	188	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

GRÁFICO N° 30: RECIBE APOYO DE ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

4.2. Análisis de resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud de la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015

En la tabla N° 01: con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015. El 50,0% de ellos son de sexo masculino, el 66,0% de las personas adultas son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 mese, 29 días), respecto al grado de instrucción se observa que el 39,4% tiene nivel instrucción de inicial/primaria, además el 90,4% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 75,0% son trabajadores eventuales.

Estos resultados obtenidos se aproximan a los encontrados por Gonzales T (59). En su investigación Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del Asentamiento Humano Alto Perú- Sausal -Trujillo, 2012.

Donde tuvo como resultado en los factores biológicos, que el 59,9% son del sexo masculino. Con respecto a los factores culturales el 21,10% de los adultos son analfabetos y no poseen un nivel o grado de instrucción, un 78,9% tienen un ingreso menor de 750 soles y un 59,92% tiene un trabajo eventual.

Así mismo estos resultados difieren con los encontrados por Pastor K (60). En su investigación Determinantes De Salud En La Persona Adulta Manuel Arevalo 3ª Etapa- La Esperanza -Trujillo, 2012. Donde se obtuvo como resultado que el 50,89% son adultos maduros, el 51,19% sexo masculino, el 29,17% grado de instrucción superior no universitaria, el 88,1% en nivel económico un sueldo de 751 a 1000 nuevos soles, 55,65% tiene ocupación eventual.

Estos resultados también difieren, de los encontrados por Cachaca S (61). En su investigación “Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos en las personas adultas de la comunidad Cerro de Pasco, 2011”. Donde se destacó que el 45% son adulto maduro, el 48,6% sexo masculino, el 21,04% grado de instrucción superior no universitaria, el 83,15% cuentan con un nivel económico de 751 a 1000 nuevos soles y el 51,23% ocupación eventual.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (62).

El sexo, Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. En Biología el sexo es cómo estamos definidos como femenino, masculino o intersexual. Describe nuestro cuerpo interior y exterior, incluso nuestra anatomía sexual y reproductiva, nuestra composición genética y nuestras hormonas (63).

Edad se detalla como al número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta. Edad adulta se define culturalmente, que adultez es que dejaste de crecer y está situado entre la adolescencia y vejez etapa más larga de la vida. Cronológicamente la adultez abarca 4 decenios entre los 20 y 60 años, varía dependiendo la cultura y contexto social. Jurídicamente adulto es tener la mayoría de edad y actúa en la sociedad como un sujeto

independiente y sin la tutela de un mayor. Sociológicamente se considera adulto a una persona que ocupa un puesto en la sociedad y tiene plenamente posesión de sus derechos libertades y compromisos. Psicológicamente el termino edad adulta es sinónimo de madurez de personalidad, y es dirigido al adulto cabal responsable con pleno juicio, sereno y con dominio de sí mismo (64).

Según el CMT (censo de mercado de trabajo) El grado de instrucción es conceptuado como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (65).

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 Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. El salario mínimo es la remuneración mínima establecida legalmente en un país o territorio para cada periodo laboral: hora, día o mes, que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores. Fue establecido por primera vez en Australia y Nueva Zelanda en el siglo XIX(66).

Ocupación es aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social. La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano. Para la economía el trabajo es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución pecuniaria denominada salario (68)

Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación se puede evidenciar que la mayoría de las personas son adultas maduras y más de la mitad son de sexo masculino, una de las principales razones de que esto ocurra se debe por la migración, porque a fines del año 1998 y durante los años 2001 y 2002, por razón de inundaciones, y desborde del río Piura, un contingente de familias del Centro poblado Chato Grande fueron reubicadas al sector denominado “La Panamericana”, dando origen a los centros poblados nuevos, logrando así que desaparezca momentáneamente el centro poblado Chato Grande, reapareciendo hace pocos años a mediados del 2005, esto debido a motivos de trabajo, los jefes del hogar migran para tener mayor facilidad de conseguir trabajos en agricultura y poder sostener económicamente su hogar.

Otro motivo de existencia de la mayoría de adultos maduros masculinos, es por la desigualdad en el estado de salud de las mujeres, en comparación a los hombres, dado que estas al permanecer más tiempo y cantidad de veces enfermas, no pueden migrar junto con sus parejas, dejando así que su esposo migre solo a un lugar que le ofrece más oportunidades de trabajo en la agricultura para sustentar su familia.

Estos resultados concuerdan con la obra de Evans, Frank y Hertzman (69) que tiene el título de ¿Por qué una gente está sana y otra no?, donde se analiza el papel de los grupos sociales y de la segmentación social sobre el desarrollo de los procesos de salud y enfermedad. El grupo y la categorización social: estatus social, ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, correlacionan con los indicadores clásicos de salud: esperanza de vida, capacidad funcional, accidentes, morbilidad y mortalidad, fenómeno que se conoce como gradiente social.

Esto se visualiza en la población de estudio donde la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Existiendo una mayor cantidad de hombres en relación a mujeres, debido a la existencia de factores biológicos

genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc. que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas, explicando así que se presente un mayor porcentaje de pobladores de sexo masculino que femenino, debido a que estas presentan una mayor morbilidad que su contraparte.

Al analizar la variable grado de instrucción se encontró menos de la mitad tiene un grado de instrucción inicial/primaria, esto es como consecuencia a que el adulto no tuvo oportunidad de concluir con sus estudios por motivos de índole económico, mostrando una relación directa de la variable grado de instrucción con el ingreso económico familiar y el trabajo estable.

Podemos observar que los resultados de la investigación son explicados por Becker (70) en la teoría del capital humano. La hipótesis de Becker, en concordancia con lo que algunos economistas ya habían expuesto respecto a la importancia de la educación en la promoción del desarrollo económico, era que este residuo en el crecimiento se debía al capital humano, no incluido en las mediciones tradicionales a partir de la contabilidad del crecimiento. El cual hace referencia a que mientras algunas actividades impactan principalmente en el presente, otras pueden tener un efecto sobre el bienestar futuro. La educación, por su parte, tiene tanto efectos presentes como lo son: costo de recursos dedicados a la educación y de ingresos no percibidos por la postergación de la inserción laboral, como futuros entre los que tenemos: modificación del perfil de ingresos.

Esto se puede corroborar con la investigación donde podemos observar que, menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria a pesar de que el índice con secundaria y estudios superiores a nivel nacional se ha incrementado, según datos estadísticos del INEI (Instituto Nacional de

Estadísticas e Informática) (71). Probablemente por la escasa economía de la familia no llegan a culminar sus estudios, posiblemente porque muchos de ellos dejaron de estudiar para trabajar o dedicarse a la agricultura y así ayudar con el sustento de su familia, a eso se le suma que posteriormente fueron formando su familia a temprana edad quedando aún más imposibilitados para seguir con los estudios, otro factor podría ser el poco interés en su educación desde niños y el poco incentivo al estudio por parte de sus padres.

Esto se ve reflejado en su ingreso económico y tipo de trabajo, donde la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750, y son trabajadores eventuales, esta situación laboral de los adultos está condicionada por el estado de los estudios y el nivel alcanzado. El porcentaje de adultos con un ingreso económico mayor de salario mínimo es más del doble cuando han concluido sus estudios, lo que muestra que la decisión de finalizar la formación está estrechamente relacionada con la inserción laboral.

En la tabla N° 02: sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en la persona adulta del centro poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015, el 76,6% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 87,7% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 95,7% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 56,9% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina o eternit, así también el 43,6% de las viviendas tienen sus paredes de adobe.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 53,2% la utilizan de 2 a 3 miembros, además el 51,1% se abastece de agua del pozo. Respecto a la eliminación de excretas se observa que el 83,5% elimina al aire libre. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 92,0% utiliza leña y carbón. El 51,6% cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observa que el 53,2% entierra o quema su basura.

También se observa que el 36,7% recoge su basura diariamente, así mismo se observa que el 68,6 % elimina su basura en montículos o campo libre.

Estos resultados se aproximan a los de Martínez J (72). En su investigación determinantes de la salud de la persona adulta del caserío Pitayo -Lancones – Sullana, 2015. Donde se observa que el 87,14% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 87,14 % tiene tendencia propia, el 92,20% su material del piso es de tierra, el 56,43% tiene material de techo calamina, el 76,43% tiene material de paredes de material adobe, el 62,86% tienen habitación 2 a 3 miembros, el 54,29% se abastece de agua con conexión domiciliaria, el 57,14% tiene letrina, el 50.00% utiliza leña, carbón para cocinar, el 97,14% tiene energía eléctrica permanente, el 57,14% disponen de la basura a campo abierto, el 83,0% opinan que pasan recogiendo la basura al menos 1 vez al mes pero no todos las semana, el 49,90% eliminan la basura en otros .

Estos resultados difieren con los encontrados por Alejos M (73). En su investigación determinantes de la salud de la persona adulta Pueblo Joven La Unión - Chimbote, 2013, donde se observa el tipo de vivienda el 79% cuentan con vivienda unifamiliar, el 99% cuanta con vivienda propia, el 71% el material del piso es de cemento, el 50% el material del techo es de material noble, ladrillo y cemento, 85% el material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento, el 80% solo 1 duerme en una habitación, el 100% cuenta con conexión domiciliaria, el 100% tiene baño propio, el 96% tiene gas para cocinar en casa, el 100% tiene energía eléctrica permanente, el 100% desechan su basura en un carro recolector y el 56% refiere que el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente.

Según INEGI (74). Vivienda es un recinto estructuralmente separado e independiente que, por la forma en que fue construido, reconstruido, transformado o adaptado, está concebido para ser habitado por personas o, aunque no fuese así, constituye la residencia habitual de alguien en el momento censal. Como excepción, no se consideran viviendas los recintos que, a pesar de estar concebidos inicialmente para habitación humana, en el

momento censal están dedicados totalmente a otros fines por ejemplo, los que estén siendo usados exclusivamente como locales.

La vivienda es un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad (75).

La vivienda saludable es el espacio físico donde los seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud. La vivienda saludable incluye no sólo la casa, sino el entorno físico y social, la familia y la comunidad (76).

Vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas. Urbanísticamente genera áreas de baja densidad, con bajo impacto ambiental y de infraestructuras de servicios, además de tráfico vehicular poco significativo (77).

Tenencia en derecho civil es el apoderamiento material sobre un bien con independencia del título que podría justificarlo. Más restrictivamente, la tenencia es el hecho de tener en su poder un bien en virtud de un título que atribuye a otro la propiedad de dicho bien. Se contraponen “tenencia” y “posesión” (78).

Tenencia de vivienda propia es la vivienda ocupada por el dueño de la edificación y del terreno, o sólo de la edificación. La vivienda construida con recursos propios, las construidas mediante préstamos hipotecarios ya cancelados o las adquiridas a través de otros medios (79).

Un material de construcción es una materia prima o con más frecuencia un producto manufacturado, empleado en la construcción de edificios u obras de ingeniería civil. Los materiales naturales sin procesar: arcilla, arena, mármol se suelen denominar materias primas, mientras que los productos elaborados a partir de ellas: ladrillo, vidrio, baldosa se denominan materiales de construcción (80).

El piso es la superficie de la casa. Un buen piso debe ser apropiado para caminarlo descalzo, para que los niños gateen y jueguen sin riesgo, para recibir a nivel los muebles de la casa y para lograr mayor aseo en el hogar. Un piso duro y bien acabado permite que éste se mantenga limpio con facilidad y reduzca la presencia de algunos bichos y olores (81).

Las paredes cierran la casa, protegen del frío o del calor, de los vientos y de la luz, y nos da privacidad. El muro soporta su peso y el del techo. Existen diferentes materiales para su construcción (82).

Las paredes de adobe de tierra: es una forma económica usada en muchas culturas para la construcción de muros. Se fabrica con una mezcla de limos y arcillas seleccionados, sin material orgánico, secados al sol. Para su durabilidad y belleza, la tapia y el adobe de tierra, que se conocen como “arquitectura en tierra”, se recubren con emboñigado o pañete, alegrados con cal para protegerlos del agua. Estos sistemas bien mantenidos duran siglos (83).

La etimología del término techo remite a tectum, un vocablo de la lengua latina. El concepto se refiere al elemento o sector que se ubica en la zona superior de una construcción o de un vehículo para cerrarlo y cubrirlo.

El techo es el elemento que cubre la casa. Consta de dos partes: la estructura de soporte y el material de recubrimiento. La estructura puede ser de madera, guadua o metal y el recubrimiento debe ser de teja de barro, de zinc o asbesto cemento, placas de concreto, hojas de palma o paja (84).

Habitación es el espacio o dormitorio de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. Debido a esto, cada persona decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales, pudiendo diferir muchísimo el estilo entre los miembros de una misma familia, especialmente si hablamos de personas de diversas generaciones como abuelos, padres o hijos, así como también en términos de género o de número de personas que lo usen (85).

Abastecimiento es un término que se vincula con la acción y las consecuencias de abastecer. Este verbo hace referencia, por su parte, a proveer de aquello que es necesario para la supervivencia. Abastecimiento de agua, es una actividad que consiste en satisfacer, en el tiempo apropiado y de la forma adecuada, las necesidades de las personas en lo referente al consumo de algún recurso o producto comercial. La noción, por lo general, se equipara al suministro. Sistema de abastecimiento de agua. Es el conjunto de tuberías, instalaciones y accesorios destinados a conducir las aguas requeridas bajo una población determinada para satisfacer sus necesidades, desde su lugar de existencia natural o fuente hasta el hogar de los usuarios. El sistema de abastecimiento de agua se clasifica dependiendo del tipo de usuario, el sistema se clasificara en urbano o rural (86).

Eliminación de excretas es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario; en cualquier tipo de clima (87).

Combustible para cocinar es cualquier sustancia que tiene la capacidad de arder en presencia de un comburente como lo es el oxígeno en la mayoría de los casos mediante la aplicación de una energía de activación, que puede ser una chispa. El combustible 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 (88).

Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la 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. La madera se utiliza igualmente para calentar el agua aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico. Anteriormente estos materiales se utilizaban de forma generalizada para máquinas a vapor y generación de electricidad y calor aunque actualmente su uso se ha visto reducido gracias a la aparición de nuevos combustibles con mayor poder calorífico (89).

Gestión de residuos se llama a todo el proceso que permite el aprovechamiento del contenido de los residuos sólidos o líquidos que desechamos en la vida diaria. En los últimos años se ha incrementado el interés para que esta actividad genere el menor riesgo para la salud y el medio ambiente. Hay diversos tipos de residuos sólidos, como los que se generan en las ciudades como: domésticos, residenciales, institucionales o comerciales, agrícolas o industriales: sectores productivos, industrias, polígonos industriales, sanitarios, etc (90).

Los principales residuos son producidos por la actividad humana. Se considera como residuo peligroso aquel residuo industrial o comercial que, por sus características tóxicas o peligrosas a causa de una gran concentración de riesgo, requieren un tratamiento específico y un control periódico de los afectos nocivos potenciales (91).

Al analizar los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda del centro poblado Chato Grande, se observa que la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, casi todos los adultos tienen un piso de tierra, más de la mitad tiene techo de calamina o eternit, menos de la mitad tiene sus paredes de adobe, más de la mitad de las viviendas duermen de 2 a tres miembros en una habitación. Esto puede deberse a los escasos recursos económicos que presentan la familia de la zona, al no poseer los recursos necesarios para la edificación de paredes, pisos, y techos de materiales más resistentes; otra causa es que al no contar los pobladores con recursos suficientes construyen ellos mismos sus casas con materiales obtenidos de sus tierras.

Así mismo observamos que en más de la mitad de las viviendas duermen de 2 a tres miembros en una habitación, esto se debe a la falta de espacio y medios de separación de estos en las viviendas del Centro poblado Chato Grande, donde la gran mayoría de edificaciones no cuentan con espacios divisorios entre las habitaciones y la cocina, aquí podemos observar los impactos de la vivienda, sobre la salud dependen no sólo de su ubicación, estructura y servicios, sino también de cómo utilizan las personas la vivienda, individual y colectivamente, ya que observamos un hacinamiento por parte de las familias del Centro poblado Chato Grande, lo que nos trae consecuencias a nivel de salud tanto física como mental, la ausencia de privacidad y la falta de una adecuada circulación por la falta de espacio;

Igualmente causa alteraciones en la salud mental como es el estrés y desde lo físico favorece la propagación de enfermedades infectocontagiosas e incrementa la ocurrencia de accidentes al interior del hogar. Esto tiene como consecuencia el hacinamiento, el cual aumenta el estrés y disminuye las defensas naturales de las personas, debido a que las personas se sienten presionadas entre sí existe una mayor probabilidad y riesgo de adquirir infecciones respiratorias y enfermedades transmitidas por contacto directo, siendo también causa de situaciones de violencia doméstica.

En relación al abastecimiento de agua se observa que más de la mitad de adultos se abastece de agua de pozo, la mayoría de personas adultas elimina las excretas al aire libre. Al ser el Centro poblado Chato Grande una zona rural, no posee conexión intradomiciliaria, siendo su abastecimiento de agua por pozo causando así que sufran los habitantes de la zona, en especial los niños causando que sufran enfermedades diarreicas, el riesgo aumenta a observar que la mayoría de personas elimina sus excretas al aire libre, ya que existe una relación entre el fecalismo del aire y las aguas contaminadas, la disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de contaminación de la vivienda y aparición de enfermedades en la familia.

Es necesario por ello que comprendamos la importancia de un manejo adecuado de las excretas, así como de la práctica de hábitos higiénicos en la prevención de enfermedades, ya que por el manejo inadecuado de excretas se provocan las enfermedades parasitarias, las enfermedades diarreicas agudas, el cólera, las infecciones gastrointestinales, la amebiasis y la disentería.

En relación a la variable combustible para cocinar encontramos que la mayoría utiliza el carbón y leña para cocinar sus alimentos, más de la mitad tienen energía eléctrica permanente. Más de la mitad entierra o quema su basura y la mayoría elimina su basura en montículos o campo limpio. La principal causa del uso de leña y carbón para cocinar es por recursos económicos, ya que la leña es un tipo de combustible seguro, no representa ningún riesgo de explosión, además de que las personas tienen en cuenta que los residuos de la combustión, las cenizas son biodegradables, por lo que se puede volver a reintegrar a la naturaleza, de igual forma una de las principales causas por la que utilizan la leña es que es más económica que el gas, de hecho es gratis, ya que la gente suele ir a “leñar” cortar un árbol seco, hacerlo en pequeños trozos y llevarlo a casa, ahorrando así el dinero para situaciones que la familia considera más importante.

Aun cuando la leña les ofrece muchos beneficios a los pobladores del centro poblado Chato Grande, al no hacerse un uso adecuado de esta causa más consecuencias que beneficios, ya que Chato Grande es una zona rural en las que se utilizan pequeños fogones baratos alimentados con leña, la leña que no arde debidamente convirtiéndose en dióxido de carbono da lugar a productos de combustión incompleta: básicamente monóxido de carbono, pero también benceno, butadieno y muchos otros compuestos peligrosos para la salud, enfermando así a la población que la utiliza en especial a las madres del hogar las cuales en su mayoría se hacen cargo de la cocina.

Al observar que más de la mitad entierra o quema su basura y la mayoría elimina su basura en montículos o campo limpio. Podemos deducir que esto se debe a la falta de un carro recolector de basura que pase por la zona, al no tener un ambiente donde desechar la basura, los pobladores crean los vertederos ilegales de residuos sólidos, los cuales presentan importantes impactos ambientales y sociales, así como impactos visuales, degeneración de terrenos, impactos de diversa índole en el entorno, causando la producción de gases de invernadero, además de la contaminación de suelos, aire y agua, la presencia de animales transmisores de enfermedades como roedores e insectos, además de eso se suman los efectos adversos derivados de la quema incontrolada, deliberada o espontánea de la basura, causando los basurales a cielo abierto se vuelvan uno de los focos infecciosos de muchas de las enfermedades que contraen a diario las personas que habitan en la zona, enfermedades como el dengue, la hepatitis y el cólera.

En la tabla N° 03: sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015. El 73,9% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. Así como el 63,3% no consumen bebidas alcohólicas. El 60,6% de las personas adultas duerme de 8 a 10 horas diarias. El 91,5% se baña diariamente. Así también el 52,1% no se ha realizado ningún examen

médico. El 85,1% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Así mismo el 78,2% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 86,7% consume pescado, 66,5% consume pan, cereales, 61,2% consume verduras y hortalizas, 48,4% consumen fideos, 30,9% consume huevos. También se encontró el 47,9% casi nunca consume carne (pollo, res, cerdo), el 31,4% consume frutas, y 32,4% otros alimentos 1 o 2 veces por semana.

Estos resultados se aproximan a los de Martínez J (72). En su investigación determinantes de la salud de la persona adulta del caserío Pitayo -Lancones – Sullana, 2015. Donde se observa que el 94,56% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 71,43% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 75,71% duerme de 6 a 8 horas, el 100% se baña diariamente, el 60 % si se realizó un examen médico periódico, el 75,71% realizo actividad física como caminar, el 74,29% en las 2 últimas dos semanas tiene actividad física como caminar, el 61,43% consume fruta diariamente, el 42,86% consume carne diariamente, el 48,34% consume huevos diario, el 55,71% consume pescado 3 o más veces a la semana, el 74,29% consumen fideo arroz diariamente, el 68,57% consumen pan y cereal diariamente, el 51,39% consumen verduras hortalizas 3 o más veces a la semana.

Estos resultados se aproximan también a los de Rivas K (92) en su investigación titulado determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío La Encantada – Chulucanas-Piura, 2012. Donde el 98,8% de la población no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 64,2% no consume bebidas alcohólicas, el 98,0% duerme 6 a 8 horas, el 94,9% de baña diariamente, el 59,8% si realiza exámenes médicos periódicos en su establecimiento de salud, el 86,6% realiza actividad física caminando, el 72,0 la actividad física que realizo en las últimas dos semanas fue caminar. Según los alimentos que consumen se observa que el 47,3% consume frutas 1 o 2 veces a la semana, carne el 51,6% 3 o más veces a la semana, huevos el 42,9

% 1 a 2 veces a la semana, pescado el 43,7 % 3 o más veces a la semana, fideos, arroz y papas 59,4 % diariamente, pan y cereales 76,0 % diariamente, verduras y hortalizas el 34,3% 1 a 2 veces a la semana.

Estos resultados difieren de los de Gonzales A (93) según los determinantes sobre estilos de vida de las personas adultas maduras del Asentamiento Humano “Alto Perú” –Sausal -Trujillo, 2015. 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

El estilo de vida (EV) es una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El EV incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas (94).

El estilo de vida es el mayor determinante de nuestra salud. Integra el conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra vida diaria. Un estilo de vida saludable está configurado fundamentalmente por el mantenimiento de una dieta alimenticia suficiente y equilibrada, la abstinencia de tabaco, el consumo muy moderado de alcohol, la observancia de un patrón de utilización supervisado y controlado de ciertas sustancias, y la práctica de una actividad física regular y de una conducta sexual segura(95).

Los productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los

principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (96).

El consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte. El alcohol es una de las sustancias más ampliamente utilizadas en el mundo. Disminuye la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y el buen funcionamiento del cerebro. Estos efectos pueden aparecer al cabo de 10 minutos y pueden alcanzar su punto máximo en alrededor de 40 a 60 minutos. El alcohol permanece en el torrente sanguíneo hasta que el hígado lo descompone. La cantidad de alcohol en su sangre se denomina "nivel de alcoholemia". Si usted bebe alcohol más rápido de lo que el hígado puede descomponerlo, este nivel se elevará (97).

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (98).

Según el National Sleep Foundation (Fundación Nacional del Sueño, Illinois, 2016) (99) reconoce que el dormir está especialmente afectado por el estilo de vida y la salud de cada individuo, en adultos jóvenes (18 a 25) lo ideal es entre 7-9 horas al día, y no menos de 6 ni más de 10-11, para adultos maduros (26-64) lo ideal sería dormir entre 7 y 9 horas, aunque no siempre

se logra, Y para adultos mayores de 65 años a mas lo saludable es descansar entre 7-8 horas al día.

Según salud Ocupacional, 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. Es un examen clínico además de valorar el estado actual del trabajador, hace una relación o historial clínico del mismo (100).

Examen de medico periódico, es aquel examen que 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 profesionales (101).

Actividad física se considera cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (102).

Al analizar la tabla, podemos observar la mayoría no fuma , y nunca ha consumido tabaco de forma habitual, no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 8 a 10 horas, se bañan diariamente, Más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico, la mayoría no realiza ninguna actividad física. Podemos observar que el motivo principal de que la mayoría de población del Centro Poblado Chato Grande no consuma tabaco,

ni alcohol, es por la localización geográfica, al ser una zona rural esta aferrados a sus creencias y costumbres, otro motivo son las altas horas que gastan en su trabajo, llegando a tener una jornada laboral de todos los días, llegando solo a su hogar para comer y descansar, no teniendo tiempo de gastar en cosas consideradas por ellos nocivas como lo son el consumir alcohol y tabaco.

El motivo por la que la mayoría duerme de 8 a 10 horas, es porque al ser una población aferrada a sus costumbres y culturas, tienden a tener un horario de sueño establecido en el que tanto los jefes del hogar como las amas de casa tienden a levantarse temprano, donde en caso del jefe del hogar se dirige a la agricultura y el ama de casa se encarga de tener el desayuno listo para el jefe del hogar y para sus hijos;

Al analizar la frecuencia de realización de exámenes médicos obtenemos que más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico, esto se debe a que el lugar de residencia queda demasiado lejos y los pobladores no tienen los recursos necesarios para atenderse, además de que la mayoría no considera importante su estado de salud, en este caso la población masculina está más enfocada en el trabajo y la producción de las chacras, mientras que las mujeres no asisten a realizarse exámenes físicos por atender a su esposo e hijos.

En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume pescado, verduras, pan y cereales diariamente, menos de la mitad consume frutas 1 o 2 veces a la semana, y menos de la mitad consume carne casi nunca.

Esto se debe que al ser el Centro Poblado Chato Grande una zona rural dedicada a la agricultura y sembrío de papa y maíz, por lo que ellos consumen de la producción de sus sembríos, el que la mayoría de personas consuma pescado se debe a que la zona limita por el sur con el Centro Poblado San Pedro, donde su población se dedica a la pesca, obteniendo de una fuente

cercana los pobladores de Chato Grande el pescado sin necesidad de viajar grandes distancias, además de que lo económico que resulta el consumo de pescado a comparación del consumo de la carne de res, y cerdo.

Al observar esto podemos considerar que los pobladores Chato Grande tienen una alimentación saludable ya que el pescado es considerado rico en proteínas de muy alto valor nutritivo aportándonos todos los aminoácidos esenciales necesarios para formar y mantener los órganos, tejidos y el sistema de defensa frente a infecciones y agentes externos.

Al analizar que menos de la mitad consume frutas 1 o 2 veces a la semana, y menos de la mitad casi nunca consume carne, esto se debe a la distribución geográfica en la que el centro poblado se encuentra, ya poseen poco acceso con el mercado de Catacaos el cual se encuentra a una distancia que ellos consideran demasiado lejos para ir solo en busca de fruta y carne, cuando pueden conseguir otros alimentos como verduras, pan y pescados en los centros poblados aledaños o inclusive en su mismo centro poblado o en sus chacras y sembríos.

En la tabla N°04: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015.

El 50,0% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 56,4% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron lejos de su casa, el 63,8% está asegurado en el SIS-MINSA, el 34,6% espera regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 42,0% considera buena la calidad de atención. El 100,00% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Estos resultados se aproximan a los de Ordinola L (103). En su investigación Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío San Vicente De Piedra Rodada -Bellavista-Sullana, 2013. Donde obtuvo que el 49,22 % se

atendió en el Puesto de salud los 12 últimos meses, el 47,66% considera regular el lugar donde lo atendieron, 62,11% tiene seguro SIS- MINSa, el 26,56% espero un tiempo regular para que lo atendieran, el 47,27% la calidad con que lo atendieron fue buena, el 89,84% no existe pandillaje cerca de su casa.

Asi mismo estos resultados se aproximan a los de Martinez J (72). En su investigación determinantes de la salud de la persona adulta del caserío Pitayo -Lancones –Sullana, 2015. Donde se observa que el 55,71% se atendió en un puesto de salud los 12 últimos meses, el 57,14% considera regular el lugar donde lo atendieron, 60,14% tiene seguro SIS- MINSa, el 42,86% el tiempo regular para que lo atendieran, el 52,14% calidad con que lo atendieron fue buena, el 100% no existe pandillaje cerca de su casa.

Estos resultados difieren con los encontrados por Jimenez L (104). En su investigación Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el Asentamiento Humano Los Paisajes, Chimbote, 2012. Donde obtuvo que el 81,25% que se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el puesto de salud, el 81,25% considera el lugar donde lo atendieron muy cerca de su casa, un 87,5 % cuentan con seguro de SIS-MINSa, el 50% considera el tiempo que espero para que lo (la) atendieran muy largo, el 56,25 considera la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud buena , 56,25% existe pandillaje cerca de su casa.

Estos resultados difieren con los encontrados por Gonzales A (93) En su investigación Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del Asentamiento Humano Alto Perú- Sausal. Trujillo, 2012. Donde se obtuvo que el 58,2% se atendió en el centro de salud en los últimos 12 meses, el 67,5% considera que el lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa, el 83,5% tiene SIS-MINSa, el 100% considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, el 100%considera que la calidad de atención que recibió fue regular y el 100% niega que no hay pandillaje o delincuencia.

La categorización de Hospitales fue variando con sucesivos reglamentos que establecieron diversas denominaciones, por grado de complejidad: Tipo I a IV, número de camas se considera pequeño, mediano, grande y extra grande, e incluso por ámbito de acción tenemos hospitales nacionales, departamentales o regionales y locales; lo que ha llevado a cierta confusión, pero finalmente por una Norma Técnica Infraestructura – Equipamiento 021-Minsa/DGSP aplicable a todos los establecimientos del Sector MINSA, Seguridad Social, Sanidades de las fuerzas Armadas y Policiales, y servicios privados, establece una categorización que tiene en cuenta el nivel de atención y el nivel de complejidad (105).

Puesto de salud es el establecimiento de salud del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento (106).

El Acceso en salud es un proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente. Este incluye varias etapas o momentos clave, que pueden ser objeto de análisis: la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras (107).

La accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan y obstaculizan su utilización por consumidores eventuales y se puede dividir en accesibilidad geográfica: recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento y accesibilidad socio organizacional: barreras socioeconómicas, culturales, organizaciones (108).

El acceso en salud se explica según el Instituto de medicina (IOM) como el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica. El IOM formó un Comité para el Estudio del Acceso a los Servicios, el cual consideró al acceso desde una perspectiva de la oferta como el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud (109).

El acceso efectivo se enfoca en mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. El autor actualiza el modelo de la utilización al resaltar, por una lado, la importancia de las características de la población que pueden facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, es decir, que el contexto en el que se desarrolla la utilización de servicios va más allá del sistema de salud (110).

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS) (111).

El Seguro Integral de Salud (SIS), es un 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. La afiliación a este componente está sujeta a la calificación de pobreza que se efectúe a las familias con el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH, mediante el llenado de la Ficha Socioeconómica Única (112).

La calidad, a nivel general, como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima,

teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (113).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencias, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales (114).

Al analizar los resultados podemos observar la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses, más de la mitad consideran la distancia del lugar donde lo atendieron lejos de su casa, así mismo la mayoría tiene seguro del SIS-MINSA, menos de la mitad considero que espero regular tiempo para que lo atendieran, y buena la de calidad atención que recibieron; que los pobladores se atiendan en un puesto de salud se debe a su situación socioeconómica, ya que si no cuentan con algún tipo de seguro el montón que pagaran al atenderse en un puesto de salud será menor que el de un hospital o una clínica, Otro factor importante es la ubicación geográfica, el Centro Poblado Chato Grande se ubica una zona rural la cual no cuenta con hospitales o clínicas cercanas, el establecimiento de salud más cercano es el Puesto de salud de Pozo de los Ramos, aun así los pobladores consideran muy lejos la distancia que tienen que recorrer para acceder al Puesto de salud, ya que este se encuentra a tres centros poblados al norte de la localidad.

El que la mayoría de pobladores se encuentre afiliado al seguro integral de salud es un buen indicativo de que la población se preocupa por su estado de salud, ya que el SIS está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población, priorizando aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y

pobreza extrema, la elección de este tipo de seguro de salud se debe por el factor económico ya que las coberturas del SIS son las de menor costo que existe para los independientes, llegando el precio del SIS Independiente de S/.15 al mes para una persona y de S/.57 para una pareja con dos hijos menores.

Al analizar que menos de la mitad de pobladores considere la calidad de atención buena, se debe a que el puesto de salud está brindando la atención médica y tratamiento que requieren la población, además de brindar asesoría.

Al analizar la variable pandillaje, se observa que todos refieren que no existe delincuencia o pandillaje en la zona. Esto se debe a la alta influencia de valores familiares, y al cumplimiento de roles y ejecución correcta de poder dentro de la familia, aunque dentro de las familias del Centro Poblado Chato Grande, se pueda observar que las presiones económicas obligan a ampliar los horarios de trabajo, estas no llegan a eliminar los momentos dedicados a la integración familiar, la afectividad y la recreación entre padres e hijos, manteniéndolos como elementos importantes en la formación de sus hijos. Ya que los adolescentes consideran primordial el aspecto formativo que se da dentro del hogar, que exista un entorno cálido, de comprensión entre los miembros, esto causa que no exista pandillaje en la zona.

En la tabla N° 05: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015. El 98,9% no ha recibido apoyo social natural, el 95,7% no ha recibido apoyo social organizado.

Estos resultados se aproximan a los de Sobrevilla V (115). En su investigación Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo bellavista-Sullana, 2013. Donde se observa que el 66,08% no recibe apoyo social natural y que el 69,61% no recibe apoyo social organizado

Estos resultados se aproximan a los de Viera W (116). En su investigación Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado El Porton-La Huaca-Paita, 2013. Donde el 81,43% no recibió recibido apoyo social natural, el 98,57% no ha recibido apoyo social organizado.

También los resultados se asemejan con los encontrados por Jiménez, L. (104) En su investigación Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el Asentamiento Humano Los Paisajes, Chimbote, 2012. Sobre determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias de la persona adulta madura se encontró que: El 90 % no recibe algún apoyo social; el 92,5 % no recibe apoyo social organizado.

Los resultados difieren de los encontrados por Medina J (117). En su investigación determinantes de la salud del Adulto del Caserío de Chua Bajo Sector "S" Huaraz, 2013 Donde el 62,5% refieren que si reciben algún apoyo social natural de familiares, 100% no reciben apoyo social organizado

Estos resultados difieren a los encontrados por Villavicencio A (118), en su tesis denominado Determinantes De La Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector "A" Willcacará Independencia Huaraz 2013. Donde muestra que el 67,3% reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% cuentan con apoyo social organizado seguridad social.

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis enfermedad, malas condiciones económicas o sociales, etc. Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y alcance. Por ello hablamos de redes de apoyo social. El apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos (119).

La red social se expone como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. Gracias a la red, el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. Podemos, pues, entender que es a partir de la red de donde se obtiene el apoyo social (120).

El apoyo social (proveniente de los recursos informales o formales que ofrece la comunidad) se deberá prestar a las personas que declaren espontáneamente haber tenido pensamientos de hacerse daño, o que han trazado planes con esa intención en el último mes, o que se han hecho daños a sí mismas en el último año (121).

El apoyo social como aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada (122).

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. Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa (123).

Apoyo social es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas (124).

El apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de

integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras, que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales(125) .

Al analizar los resultados podemos observar casi todos los adultos refieren que no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado, esto se debe al que al ser una población aferrada a sus costumbres y cultura, consideran ofensivo el apoyo de personas, familiares que poseen una estabilidad económica mejor que la de ellos, esto da paso a la negación de la población por recibir apoyo en situaciones que lo ameritan, causando así que la población que necesita del apoyo social tenga desequilibrios en su salud física y psicológica, dado que el apoyo social es beneficiario en su bienestar físico y mental, debido a que quiénes lo experimentan reducen sus niveles de estrés.

Esto se evidencia en la investigación de House J (126) de título Work stress and social support (El estrés del trabajo y el apoyo social) la cual reporta que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, a esta investigación se observa que cuando cierto nivel de apoyo social es alcanzado, resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto quiere decir que se necesita al menos una fracción de apoyo social para mantener la salud.

En la tabla N° 06: En los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, podemos observar que en la persona adulta del Centro Poblado Chato Grande – Cura Mori - Piura, 2015.

En lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 10,6% recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 5,3% recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 9,0% recibe apoyo del programa vaso de leche y el 75,0% no recibe ningún apoyo por parte de instituciones antes mencionadas, recibiendo apoyo de otras organizaciones.

Estos resultados se aproximan a los obtenidos por Colchado A (127) en su investigación Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda, Vinzo, Distrito Santa-Chimbote, 2012. Donde se obtuvo que el 87,5% no recibe apoyo de ninguna entidad de apoyo social organizado, 18,75% recibe del comedor popular.

Estos resultados se aproximan a los obtenidos por Domínguez Y(128) en su investigación Determinantes de la salud de la mujer adulta del Centro Poblado Menor de San Jorge - Ayabaca, 2012 en lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 13,9% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 32,4 % no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 21,3 % no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 73,1% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado.

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

familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales (129).

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. Tiene como objetivo mejorar las condiciones de acceso a la alimentación de las personas de escasos recursos constituyendo los comedores en agentes de cambio, con carácter comunitario, organización social y desarrollo organizacional. Así como contribuir al acceso alimentario de la población pobre y en extrema pobreza, mediante la entrega de raciones complementarias a las familias organizadas a nivel nacional (130).

Vaso de leche es un programa que proporciona una ración alimentaria diaria de leche en cualquiera de sus formas u otro producto, a una población beneficiaria en situación de pobreza y extrema pobreza. Se creó mediante la Ley N° 24059 del 4 de enero de 1985, y cuenta con Normas Complementarias para su ejecución, Mejorar el nivel nutricional de los sectores más pobres y así contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales, y así prevenir la desnutrición y fomentar la participación de la comunidad organizada (131).

Al analizar los resultados se observa que menos de la mitad recibe apoyo del Programa Pensión 65, del Comedor Popular, del Programa Vaso De Leche, mientras que la mayoría recibe apoyo de otras organizaciones no gubernamentales, esto se debe a que muchos Adultos pobladores no cuentan con los requisitos para acceder a la pensión 65 u otros programas del estado, Otro motivo importante es muchos de los pobladores adultos mayores de la zona no cuentan con DNI lo que imposibilita su inscripción al programa pensión 65, así como que la mayoría desconoce los requisitos para acceder a dichos programas, haciendo difícil el pertenecer a ellos, uno de los factores

importantes de que esto ocurra es el desinterés por el gobierno en los sectores pobres, ya que no educan a la población en los programas que ofrecen , originando que la población desconozca de ellos, causando la elección de pertenecer a programas de organizaciones no gubernamentales ya que estos les ofrecen mejor información y orientación sobre sus programas. Ejemplo de esto que la mayoría de pobladores pertenezcan al Centro de investigación y promoción del campesinado, una ONG (organización no gubernamental), enfocada en mejorar la competitividad y sostenibilidad de las actividades económicas -agrarias y no agrarias- de pequeños productores y productoras rurales organizadas.

V. CONCLUSIONES

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

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que la mayoría de personas adulta son adultos maduros, más de la mitad de las personas adultas son de sexo masculino, menos de la mitad de adultos tiene un grado de instrucción de inicial/primaria, la mayoría de adultos tiene un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y una ocupación eventual. Frente a lo observado se sugiere al personal de salud que debe focalizar a las familias vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, elimina las excretas al aire libre, utiliza el carbón y leña para cocinar sus alimentos, elimina su basura en montículos o campo limpio, casi todos tienen un piso de tierra, más de la mitad tiene techo de calamina o eternit, duermen de 2 a tres miembros en una habitación, se abastece de agua de pozo, tienen energía eléctrica permanente, entierra o quema su basura, menos de la mitad tiene sus paredes de adobe.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida, la mayoría no fuma, y nunca ha consumido tabaco de forma habitual, no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 8 a 10 horas, se bañan diariamente, no realiza ninguna actividad física, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume pescado, verduras, pan y cereales diariamente, menos de la mitad consume frutas 1 o 2 veces a la semana, y menos de la mitad consume casi nunca carne. Se propone

compartir con el establecimiento de salud para la elaboración de programas de promoción y prevención de tal manera que se fomente conductas saludables a la población para corregir los malos hábitos alimenticios y estilos de vida.

- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses, más de la mitad consideran la distancia del lugar donde lo atendieron lejos de su casa, la mayoría tiene seguro del SIS-MINSA, recibe apoyo de otras organizaciones no gubernamentales, menos de la mitad considero que espero regular tiempo para que lo atendieran, consideran buena la de calidad atención que recibieron, recibe apoyo del Programa Pensión 65, del Comedor Popular, del Programa Vaso De Leche, todos refieren que no existe delincuencia o pandillaje en la zona. Casi todos no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado. Se espera promover e incentivar la realización de investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las redes de apoyo sociales y comunitarias.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niño V. Metodología de la Investigación: diseño y ejecución [Internet]. Bogotá: Ediciones de la U; 2011. [cited 2018 July 24]. Available from: ProQuest Ebook Central <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198784>
2. Perú CM, editor. Acta Médica Peruana. Año 2011, Vol. 28, Número 4. Lima: D - Colegio Médico del Perú; 2011. [Citado 2018 octubre 12] Disponible en: ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3197670>.
3. Lemus J, Oroz V. Salud pública y atención primaria de la salud [Internet]. Buenos Aires: Corpus Editorial; 2013. Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4822683>.
4. Serrano M. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud (2a. ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2017. [Citado 2018 octubre 12] Disponible en: Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5426004>.
5. Salud pública. México, D.F.: Editorial Alfil, S. A. de C. V.; 2013. [Citado 2018 octubre 14] Disponible en: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3219673>.
6. Tardy M. Salud - Diferentes miradas sobre el concepto de Salud. Documento Universitario. Página 3 de 6. Año 2007-2011. [Citado 2018 octubre 14] Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
7. Sarría A, Villar F. Promoción de la salud en la comunidad. Madrid: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2014. [Citado 2018 octubre 14] Disponible en: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3221433>.

8. Sánchez F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. [Simposio] Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica vol.30 no.4 Lima oct./dic. 2013. [Citado 2018 octubre 14] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400022
9. OMS. Malaria y los determinantes de la salud. Reunión AMI. Guatemala 19 de marzo 2012 [Citado el 20 de noviembre del 2018]. Disponible en URL: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Presentacion-Malaria-Determinantes-Salud-Carter-19-Marzo-2012.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención en salud en Perú. 2005-2015. Lima: OPS; 2017. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34357/OPSPER17024_spa.pdf?sequ
11. Palomino A, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev. internacional de Sociología (RIS) Vol.72, Extra1, pag.71-91. España. Junio, 2014. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales_Palomino-Moral.pdf
12. Salcedo R, Zárate R, González B, Rivas J. Los determinantes sociales de la salud, el caso de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(2):139-44. [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172j.pdf>
13. Ministerio de Salud. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010. Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://info.seremisaludatacama.cl/documents/epidemiologia/PSP_2011_2020/foros%20ciudadanos%20de%20salud/metropolitana.pdf
14. Municipalidad del Distrito de Cura Mori. Contexto cultural de Chato Grande – Cura Mori. Oficina del teniente gobernador. Piura; 2015. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://www.municuramori.gob.pe/historia.php>
15. Garcia J, Velez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia- Noviembre, 2013 – Marzo 2014. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746/863>

16. Torres J, Guarneros N. El impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada. México, diciembre 2015. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5376562.pdf>
17. Chia S, Hormaza M, Ruiz O. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: resultados desde el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en la ciudad de Tunja, 2012. Colombia; 2012. [Citado el 14 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/576/1/Informe%20final%20Tesis%20mayo%20DSS%20Tunja.pdf>
18. Kise C. Determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancia psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote, 2012. [Tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote, 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033268>
19. Beltran J. Determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial. Asentamiento humano Bello Horizonte -Lima, 2015. [Tesis para optar el título de enfermería]. Lima, 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000042326>
20. Alvarez D, Sanchez J, Gomez G Y Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2012, vol.29, n.3, pp.303-313. ISSN 1726-4634. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300003&script=sci_abstract
21. Ulloa M. Determinantes De La Salud En La Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche - Trujillo, 2012. [Tesis para optar el título de enfermería]. Trujillo, 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://Uladech_biblioteca_Virtual.
22. Farfán N. Determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío Ocoto Alto - Tambogrande - Piura, 2012. [Tesis para optar el título de enfermería]. Piura, 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035525>
23. Requena K. Determinantes de la salud de la adolescente mujer en el colegio La Inmaculada - Talara, 2013. [Tesis para optar el título de enfermería]. Talara, 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035528>

24. Jaramillo N. Determinantes de la salud en la mujer adulta del Sector Sur de Curamori -Piura, 2013. [Tesis para optar el título de enfermería]. Piura, 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038948>

25. Fernandez E. Determinantes de Salud de la persona Adulta en el Asentamiento Humano -Lucas Cutivalú II etapa-Catacaos–Piura, 2013. [Tesis para optar el título de enfermería]. Piura, 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039108>

26. Juvinyà Canal D. La promoción de la salud, 25 años después. Promotion health, 25 years after. Barcelona: Documento Universitaria; 2013. [Citado 2018 octubre 12] Disponible en: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4945742>.

27. Ramos A. Actividad física e higiene para la salud. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Servicio de Publicaciones y Difusión Científica; 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3205681>.

28. Uribe M, Rodríguez K, Agudelo M. Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del seguro popular en el municipio de León-Guanajuato. Buenos Aires: CLACSO; 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4760381>.

29. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Primera parte. La Plata: D - Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2007. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4499012>.

30. Cardenas E, Juarez C, Moscoso R, Vivas J. Determinantes Sociales en Salud. 1era Ed. ISBN 978-612-4110-71-9. Lima, Agosto del 2017. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf>

31. Fernandez R. Redes sociales, apoyo social y Salud. Revista de investigación en antropología. Numero 3, Brasil 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
32. Gea E. Salud ambiental. Quito: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4870590>.
33. Madariaga C, Abello R, Sierra O. Redes sociales: infancia, familia y comunidad. Bogotá: Universidad del Norte; 2014. [Citado el 23 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3225021>.
34. Salud OMS. Metas en la promoción de la salud: las declaraciones de las conferencias mundiales. Girona: Documenta Universitaria; 2012. [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4945755>.
35. Carvajal A. Apuntes sobre desarrollo comunitario. Madrid: B - EUMED; 2011. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3201699>.
36. Perrin P. Los servicios de Salud en el Nivel Primario. Unidad de Servicios de Salud en la sede y en el terreno. Cuba, 2016. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los_servicios_de_salud_y_el_nivel_primario.pdf
37. Tristán B. Educación: teoría y práctica. La Habana: Editorial Universitaria; 2016. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4508352>.
38. Recalde H. Trabajo y ciudadanía. Buenos Aires: Ediciones del Aula Taller; 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3216581>.

39. Orteu X. Trabajo y vínculo social. Barcelona: Editorial UOC; 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3214762>.
40. Instituciones y territorio. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4423245>.
41. Santa J. Notas sobre territorio. Madrid: Dykinson; 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4498985>.
42. Kapsambelis V, editor. Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Distrito Federal: FCE - Fondo de Cultura Económica; 2017. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5045735>.
43. Alesso M. Revista de Investigación Científica. Circe. 15, 2011 [Internet]. La Pampa: Red Universidad Nacional de La Pampa; 2011. [cited 2018 July 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3210428>.
44. Hernández R, Coello S. El proceso de investigación científica (2a. ed.) [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2012. [cited 2018 July 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198455>.
45. Seivewright S. Diseño e investigación (2a. ed.) [Internet]. Barcelona: Editorial Gustavo Gili; 2013. [cited 2018 July 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3227044>.
46. Barkley R. Tomar el control del TDAH en la edad adulta. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.; 2013. [Citado el 18 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3217764>.

47. Torre J. Sexo, sexualidad y bioética. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2011. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3196167>.
48. Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura. Clasificación Internacional normalizada de la educación. Unesco 2016. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-sp.pdf>
49. Astudillo M, Paniagua J. Fundamentos de la economía. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de investigaciones económicas. 1 ed. Mexico, 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://ru.iiec.unam.mx/2462/1/FundamentosDeEconomiaSecuenciaCorrecta.pdf>
50. Montes S, Esmerode C, Touceda C. (compiladores) Ocupación, cultura y sociedad, compromiso de la Terapia Ocupacional [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2012 [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL <http://www.revistatog.com/mono/num5/mono5.pdf>
51. Gil C. La vivienda familiar. Madrid: Editorial Reus; 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3428790>.
52. Garcia D, Garcia GP, Tapiero Y, Ramos C. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Universidad del Rosario, Colciencias. Bogotá, Colombia, 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>
53. Alimentación saludable: primera prevención. Santa Fe: Ediciones UNL; 2014. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3229679>.
54. Herrera V. Enfoque determinantes sociales de la salud y la equidad. USMP. México, 2013. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: http://www.academia.edu/4487025/DETERMINANTES_SOCIALES_-_SALUD_P%C3%A9BLICA

55. Fajardo G, Gutierrez J, Garcia S. Acceso Efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública Méx vol.57 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2015[Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
56. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
57. Hernández E. 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>.
58. Psicólogos CC, editor. Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia (5a. ed.). Bogota: Editorial El Manual Moderno Colombia; 2015. [Citado 2018 oct 18]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4183569>.
59. Gonzales T, Determinantes de la salud de las personas adultas maduras del Asentamiento Humano Alto Perú- Sausal -Trujillo, 2012. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Trujillo 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
60. Pastor K Determinantes De Salud En La Persona Adulta Manuel Arevalo 3ºEtapa- La Esperanza -Trujillo, 2012. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Trujillo, 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
61. Cachaca S, Determinantes de la salud biososocioeconomicos en las personas adultas de la comunidad Cerro de Pasco, 2011. [tesis para optar el título de enfermería]. Cerro de Pasco, 2011: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2011.
62. Ministerio de salud de Chile. Determinantes sociales de la salud. [Sitio Internet] [Alrededor de 1 planilla]Chile, 24 de septiembre 2015. [Accedido 24 de octubre 2018] Disponible desde el URL: <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>

63. Vargas E. Bases De La Diferenciación Sexual Y Aspectos Éticos De Los Estados Intersexuales. Reflexiones [En Línea] Costa Rica 2013, 92: [Fecha De Consulta: 29 De Octubre De 2018] Disponible En:<[Http://Tuxchi.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=72927050008](http://Tuxchi.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=72927050008)>
64. Martin E, Generaciones/Clases de edad [Sitio Internet] [Citado el 2016 junio 08]] Páginas, 1. 2016. Disponible desde el URL <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v14n25/art02.pdf>
65. CMT - Censo de mercado de trabajo. Metodología de encuestas. [Sitio Internet] [Citado el 2016 junio 06] Páginas, 1 a 3. Disponible desde el URL: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/estadisticas_laborales.php
66. Massad C. Mis clases de economía... y algo más: microeconomía-macroeconomía. Santiago de Chile: Editorial Universitaria de Chile; 2013. [Citado el 2018 octubre 16] Disponible desde el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3225062>.
67. Mirales M, Ocupacion, empleo e interés. [Artículo virtual] Mexico, 2015 [Citado el 2016 junio 06] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37872/1/WHO_PHP_37_spa.pdf
68. Cardona D, Agudelo H, Zapata J, Rojas M. Condiciones socioeconómicas de hombres y mujeres adultos de Medellín: Redalyc 2015; 24(2): 17-27.
69. Evans R, Morris L, Marmor R. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: los determinantes de la salud de las poblaciones [Serie Internet] Cuba, 2012 [Citado el 2015 diciembre 9] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: https://books.google.com.pe/books/about/Por_qu%C3%A9_alguna_gente_est%C3%A1_sana_y_otra.html?id=VF7-O2FFInQC&redir_esc=y
70. Muñiz M, Labrador J, Arizkuren A. Internacionalización y capital humano. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2012. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3210421>.
71. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Terminología en Censo de Población y vivienda 2015. Perú: INEI; 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL

72. Martínez J, determinantes de la salud de la persona adulta del caserío Pitayo - Lancones –Sullana, 2015. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Sullana 2015 Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
73. Alejos M, determinantes de la salud de la persona adulta Pueblo Joven La Unión - Chimbote, 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
74. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
75. Alzate E, Vélez Ma, López Y. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 2013.
76. Escamirosa F, Montalvo L. Vivienda rural y entorno saludable: caso Ocuilapa de Juárez, Chiapas. Ciudad de México: Editorial Miguel Ángel Porrúa; 2015. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5513320>.
77. Membrado C. La vivienda familiar. Madrid: Editorial Reus; 2013. citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3428790>.
78. Producción de vivienda y desarrollo urbano sustentable. Ciudad de México: CLACSO; 2017. [citado 24 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5102832>.
79. Vázquez O, Relinque F. Vivienda e intervención social. Madrid: Dykinson; 2016. [citado 24 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4760448>.

80. Ascencio O. La evolución de la vivienda vernácula. México, D.F.: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.; 2012. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3219158>.
81. Alonze M, García G. Construyendo el derecho a la vivienda. Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales; 2010. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4760741>.
82. Ziccardi A, González A. Habitabilidad y política de vivienda. Distrito Federal: CLACSO; 2015. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5045259>.
83. Aguilar R. La vivienda para todos. México, D.F.: Instituto Politécnico Nacional; 2010. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3188117>.
84. Fisch S, Pagani G. Vivienda contemporánea: estrategias de proyecto. La Plata: D - Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2014. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4508233>.
85. Elías X. La vivienda y el confort. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012. [citado 23 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3201471>.
86. TUESCA R, Ávila H. Fuentes de abastecimiento de agua para consumo humano: análisis de tendencia de variables para consolidar mapas de riesgo, el caso de los municipios ribereños del departamento del Atlántico. Barranquilla: Universidad del Norte; 2015. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4422267>.

87. López P. Abastecimiento de agua potable: y disposición y eliminación de excretas. México, D.F.: Instituto Politécnico Nacional; 2010. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3186921>.
88. Meza C, Narváez C. Determinantes en la elección del tipo de combustible para cocción de alimentos en asentamientos humanos. Encuentro 42(85): 5-26, 2010. Managua: Universidad Centroamericana (UCA); 2010. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3193603>.
89. Quiroz J, Orellana R. Uso y manejo de leña combustible en viviendas de seis localidades de Yucatán, México. Revista Madera y Bosques. 16(2), 2010. México, D.F.: Red Instituto de Ecología A.C.; 2010. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3206910>.
90. Pecoraio S. Gestión de residuos urbanos. Barcelona: Cano Pina; 2015. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5307379>.
91. Sadhwani J. Gestión y tratamiento de residuos I. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Servicio de Publicaciones y Difusión Científica; 2015. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4776138>.
92. Rivas K. Determinantes de la salud de la mujer adulta en el caserío La Encantada – Chulucanas-Piura, 2012. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura,2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
93. Gonzales A. determinantes sobre estilos de vida de las personas adultas maduras del Asentamiento Humano “Alto Perú” –Sausal -Trujillo, 2015. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Trujillo, 2015. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.

94. Cañizares J, Carbonero C. La salud y la calidad de vida: hábitos y estilos de vida saludables en relación con la actividad física: el cuidado del cuerpo: autonomía y autoestima. Sevilla: Wanceulen Editorial; 2016. [citado 25 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5102750>
95. Tuero C, Márquez S. Estilos de vida y actividad física. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2010. [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3228440>.
96. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. Redalyc 2011; 29(2): 163-169.
97. Recalde M, Recalde H. Educación y prevención del consumo problemático de drogas I: alcohol y tabaco. Buenos Aires: Ediciones del Aula Taller; 2015. [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4422662>.
98. Martínez M, editor. Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes: una mirada ecológica. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2014. [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3429240>.
99. National Sleep Foundation. Guía de dormir [online].Illinois, septiembre 2016. . [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://www.sleepfoundation.org/en-espa%C3%B1ol>
100. Dávila J, Garza M. Medicina familiar. México, D.F.: Editorial Alfil, S. A. de C. V.; 2013. [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3221888>.
101. Fernández J. La profesión médica. Conceptos y opiniones de actualidad. México, D.F.: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.; 2010. [citado 26 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3216544>.

102. Actividad física y salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2010. [citado 28 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3220224>.
103. Ordinola M, Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío San Vicente De Piedra Rodada -Bellavista-Sullana, 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Sullana, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
104. Jimenez L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el Asentamiento Humano Los Paisajes, Chimbote, 2012. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote, 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual
105. Universidad ESAN. ¿Cómo funciona la categorización en establecimientos de salud? [pagina Online] Publicado 20 de marzo del 2018, Lima –Peru. [citado 28 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/03/como-funciona-la-categorizacion-en-establecimientos-de-salud/>
106. González M, Crespo Knopfler S, editors. Salud pública y enfermería comunitaria. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2018. [citado 28 de octubre del 2018] disponible en el URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5485850>.
107. Fuentes S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Oct 30] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es.
108. Restrepo J, Silva C, Andrade F, Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014. [Citado 29 de octubre del 2018] Disponible en el url: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.assa>
109. Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Oct [citado 2018 Oct 30] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400010&lng=es

110. Castillo H, Manchola et al. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7 [Accedido 30 Octubre 2018] pp. 2151-2160. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000702151&script=sci_arttext&tlng=en#ModalArticles
111. Saigí F, Villalobos J. *Sistemas sanitarios de Latinoamérica y el Caribe*. Barcelona: Editorial UOC; 2016. [Accedido 20 Octubre 2018] Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4626783>.
112. Sistema Integral de Salud. SIS. Seguro integral de salud 10 años financiando la salud de los Peruanos [Boletín Online] Perú, 2002-2012 [Accedido 20 Octubre 2018] Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_10añosfinansaludperuanos.pdf
113. Álvarez F. *Calidad y auditoría en salud* (3a. ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones; 2015. [Accedido 20 Octubre 2018] Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4422271>.
114. Mendoza F. *Más allá de las pandillas: violencias, juventudes y resistencias en el mundo globalizado*. Vol. 1. Quito: FLACSO; 2011. [Accedido 20 Octubre 2018] Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5103251>.
115. SobreVilla V. *Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo bellavista-Sullana*, 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Sullana, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
116. Viera W. *Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado El Porton-La Huaca-Paita*, 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Paita, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
117. Medina J. *Determinantes de la salud del Adulto del Caserío de Chua Bajo Sector "S" Huaraz*, 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huaraz, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.

118. Villavicencio A. Determinantes De La Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huaraz, 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
119. ¿Qué es el apoyo social? [página en internet] España: Universidad de Cantabria; 2010 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 4 pantallazos] Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/cienciaspsicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>
120. Núñez S. Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis: transporte sanitario. Málaga: IC Editorial; 2011. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3212235>.
121. OMS. Definición de apoyo de la familia [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>.
122. Oramas A. Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria. Havana: Editorial Universitaria; 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4183693>.
123. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 11(3): 274-286, 2011. Bogotá: D - Universidad de La Sabana; 2011. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3199182>.
124. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo Apoyo social [documento en internet]. Ginebra, 2013. Disponible desde el URL: <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php>. 2013.
125. Barranco A. Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis transversal: MF 0072_2. Madrid: Editorial CEP, S.L.; 2017. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5214075>.

126. Soto W. Ciencias sociales y relaciones internacionales: nuevas perspectivas desde América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2015. [Citado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en URL: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4721752>.
127. Colchado A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda, Vinzo, Distrito Santa-Chimbote, 2012. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote, 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
128. Dominguez Y. Determinantes de la salud de la mujer adulta del Centro Poblado Menor de San Jorge – Ayabaca, 2012[tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Ayabaca, 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
129. Mindis. Pension 65. [documento en internet]. Perú, 2012. Accedido [17 -06-2016]Disponible desde el URL: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/pension-65>
130. Mindis. El Programa Nacional de Asistencia Alimentaria. [documento en internet]. Perú, 2012. Accedido [17 -06-2016]Disponible desde el URL: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/centro-de-informacion/288-ningun-comedor-popular-sera-afectado-por-cierre-del-pronaa>
131. Contraloria general de la república. La CGR y el Programa del Vaso de Leche (PVL).] [Resolución Magisterial] Perú, 18 de enero 2018 [Accedido 20 de octubre del 2018]Disponible desde el URL: https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/resoluciones_ministeriales/rm_011_2018_mimp.pdf

ANEXOS



ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 370)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

Calculo del Tamaño de Muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (370)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (370-1)}$$

$$n = 188$$



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

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA
PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

Dirección.....

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

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO:

1. Sexo: Masculino () 1 Femenino () 2

2. Edad:

Adulta joven de 18 – 29 años ()1

Adulta Madura de 30 – 59 años ()2

Adulta mayor ()3

3. Grado de instrucción:

Sin nivel ()1

Inicial/Primaria ()2

- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()3
- Superior no universitaria ()4
- Superior universitaria ()5

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- Menor de 750 ()1
- De 751 a 1000 ()2
- De 1001 a 1400 ()3
- De 1401 a 1800 ()4
- De 1801 a más ()5

5. Ocupación del jefe de familia

- Trabajador estable ()1
- Eventual ()2
- Sin ocupación ()3
- Jubilado ()4
- Estudiante ()5

6. Vivienda

6.1. Tipo:

- Vivienda Unifamiliar ()1
- Vivienda multifamiliar ()2
- Vecindada, quinta choza, cabaña ()3
- Local no destinada para habitación humana ()4
- Otros ()5

6.2. Tenencia

- Alquiler ()1
- Cuidado / alojado ()2
- Plan social (dan casa para vivir) ()3
- Alquiler venta ()4
- Propia ()5

6.3. Material del piso:

- Tierra ()1
- Entablado ()2
- Loseta, Venilicos o sin vinílicos ()3
- Laminas asfálticas ()4
- Parquet ()5

6.4. Material del techo:

- Madera, estera ()1
- Adobe ()2
- Estera y adobe ()3
- Material noble ladrillo y cemento ()4
- Eternit ()5

6.5. Material de las paredes:

- Madera, estera ()1
- Adobe ()2
- Estera y adobe ()3
- Material noble ladrillo y cemento ()4

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

- 4 a más miembros ()1
- 2 a 3 miembros ()2
- Independiente () 3

7. Abastecimiento de agua:

- Acequia ()1
- Cisterna ()2
- Pozo ()3
- Red pública ()4
- Conexión domiciliaria ()5

8. Eliminación de excretas:

- Acequia ()1
- Acequia, canal ()2
- Letrina ()3
- Baño público ()4
- Baño propio ()5
- Otros ()6

9. Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()1
- Leña, carbón ()2
- Bosta ()3
- Tuza (coronta de maíz) ()4
- Carca de vaca ()5

10. Energía eléctrica:

- Sin energía ()1
- Lámpara (no eléctrica) ()2
- Grupo electrógeno ()3
- Energía eléctrica temporal ()4
- Energía eléctrica permanente ()5
- Vela ()6

11. Disposición de basura:

- A campo abierto ()1
- Al río ()2
- En un pozo ()3
- Se entierra, quema, carro colector ()4

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

10 a 12 horas ()3

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

Diariamente ()1

4 veces a la semana ()2

No se baña ()3

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

SI ()1

NO ()2

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

Camina ()1

Deporte ()2

Gimnasia ()3

No realizo ()4

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

Caminar ()1

Gimnasia suave ()2

Juegos con poco esfuerzo ()3

Correr ()4

Deporte ()5

Ninguna ()6

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()1
- Amigos ()2
- Vecinos ()3
- Compañeros espirituales ()4
- Compañeros de trabajo ()5
- No recibo ()6

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()1
- Seguro social ()2

- Empresa para la que trabaja ()3
- Instituciones de acogida ()4
- Organizaciones de voluntariado ()5
- No recibo ()6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

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

Muy largo ()1

Largo ()2

Regular ()3

Corto ()4

Muy corto ()5

No sabe ()6

No se atendió ()7

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

Muy buena ()1

Buena ()2

Regular ()3

Mala ()4

Muy mala ()5

No sabe ()6

No se atendió ()7

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

SI ()1

NO ()2

Muchas gracias por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)

5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

Tabla

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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



ANEXOS N°3

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

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



ANEXOS N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

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

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

P29									
Comentario									

P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°05

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA
CENTRO POBLADO CHATO GRANDE – CURA MORI - PIURA, 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 informaran de modo general, guardando en reserva la
identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación
firmando el presente documento.

FIRMA

.....



ANEXO N° 06

PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Bienes de consumo:			
Papelería	1 millar	22.00	22.00
Lapiceros	8 unidades	2.00	16.00
Lápiz	4 unidades	0.50	2.00
Borrador	2 unidad	1.00	1.00
USB	2 unidad	25.00	50.00
Folder y fasters	4 unidades	0.80	3.20
Cuaderno	2 unidad	3.50	7.00
Computador	2 unidad	2000	4000.00
Total de Bienes			4101.12
Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Servicios:			
Pasajes	5 viajes	24.00	96.00
Impresiones	188 unidades	0.20	37.60
Copias	200 unidades	0.05	100.00
Internet		60.00	60.00
Anillados	1 unidades	12.00	12.00
Personal		150.00	150.00
Total de servicios			455.60
Total de gastos			6643.2

ANEXO N° 07 CRONOGRAMA

N°	Actividades	AÑO 2015			AÑO 2016							AÑO 2017		AÑO 2018	
		set	Oct.	Nov	Abr	May	Jun	Ago	Set	Oct	Nov	Mar	Abr	Octubre	Noviembre
1	Elaboración del proyecto de investigación														
2	Presentación y aprobación del proyecto.														
3	Recolección de datos a partir de la metodología propuesta.														
4	Procesamiento de los datos.														
5	Análisis estadístico.														
6	Interpretación de los resultados														
7	Análisis y discusión de los resultados.														
8	Redacción del informe final de investigación														
9	Presentación del informe final de investigación														
10	Elaboración de artículo científico														
11	Revisión de la tesis para obtener el título profesional de enfermería														
12	Prebanca														
13	Sustentación de tesis para obtener el grado de Licenciada en enfermería														
14	Artículo científico														



ANEXO N° 08: SOLICITUD

"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"

CONSTANCIA

La tenencia de gobernación del caserío Chato –Grande Distrito de cura-morí-Piura, Hace Constar que la Srta. Carrera Herrera Gabriela Ivon de 21 Años de Edad con DNI N°76513766, Estudiante de la UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE, perteneciente a la Escuela de Enfermería, con fines de investigación, informando a la población del proyecto de investigación, que está llevando a cabo *"Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío Chato -Grande- Cura Mori – Piura 2015"*.

Se expide el presente documento para los fines que se le brinda el permiso de llevar a cabo esta investigación formativa.

GRACIAS.



Teniente gobernador:

DNI 02712960

Solicitante:

DNI 76513766

Recibido: 14/05/2015

Hora: 2:00 pm



Municipalidad Distrital de Cura Mori

RUC N° 20146721924

CREADA 19 FEBRERO DE 1965 - LEY N° 15434

MARCO MUESTRAL DEL DISTRITO DE CURA MORI

Estructura poblacional por sexo y edad.

VARIABLE / INDICADOR	Distrito CURA MORI	
	Cifras Absolutas	%
POBLACION DISTRITAL		
Población Censada	16,923	100
Hombres	8,566	50.6
Mujeres	8,357	49.4
Población por grandes grupos de edad	16,923	100
00-14	6,432	38
15-64	9,471	56
65 y más	1,020	6

Fuente: INEI. Censos Nacionales

Centros Poblados urbanos de Cura Mori

CENTRO POBLADO	ZONA	VIVIENDAS	HOGARES	PERSONAS CENSADAS		
				TOTAL	HOMBRES	MUJERES
CUCUNGARA	1,2,3	1718	1522	7304	3621	3683
NUEVO POZO DE LOS RAMOS	4	468	501	2542	1294	1249
CHATO GRANDE	5	140	99	370	198	172
CHATO CHICO	6	150	114	571	294	277
SANTA ROSA	7	172	171	779	386	393
NUEVO CHATO GRANDE	8	268	192	799	394	405
NUEVO ZONA MORE, NUEVO SAN ANTONIO	9	137	136	547	285	261
ALMIRANTE GRAU	10	398	403	1786	913	873
TOTAL		3439	3138	14673	7384	7289

Fuente: INEI. Censos Nacionales 2015

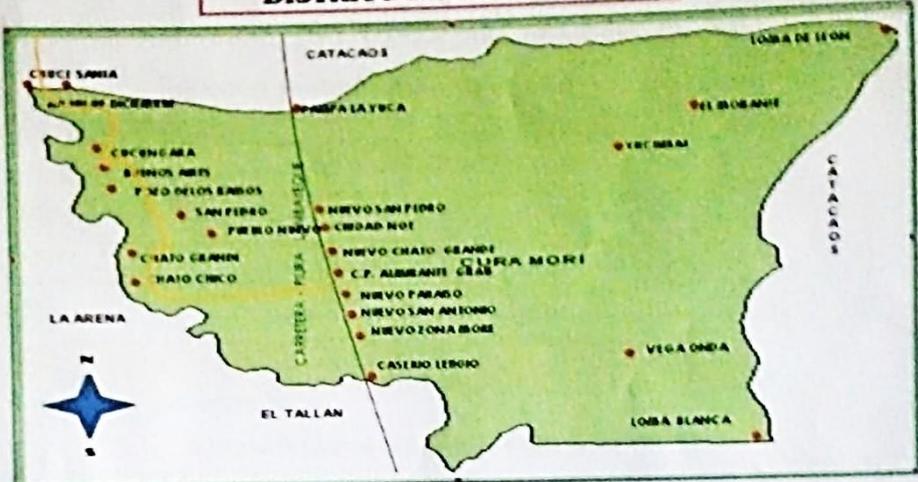


[Handwritten signature and official stamp]

ANEXO N° 10: MAPA DE SITIO DE ESTUDIO


Municipalidad Distrital de Cura Mori
RUC N° 20146721924
CREADA 19 FEBRERO DE 1965 - LEY N° 15434

DISTRITO DE CURA MORI



The map shows the following localities: CUSCI SANIA, CUSCO DE DICIEMBRE, CUSCO AREA, FINCA DE LOS ANDES, SAN FIDRO, FERRO NUEVO, CIUDAD NOI, LA ARENA, CHATO GRANDE, HATO CIRCO, EL TALLAN, CATACAOS, PARRA LA YUCA, NUEVO SAN FIDRO, NUEVO CHATO GRANDE, C.P. ALBERNI GRAN, CERA MORI, NUEVO PARADO, NUEVO SAN ANTONIO, NUEVO ZONA BORE, CASERO LERGO, EL TALLAN, LOBA DE LEON, DEL BUBANIE, YUCUMAM, VEGA ONDA, LOBA BLANCA, and CATACAOS.





Google Earth

Jr. Sullana N° 500 - Mz. D-2, Lote 05 Casco Urbano Cucungara, Distrito de Cura Mori, Plura - Plura Telf. 073 - 366011



Municipalidad Distrital de Cura Mori

RUC N° 20146721924
CREADA 19 FEBRERO DE 1965 - LEY N° 15434

RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO POBLADO CHATO GRANDE

Chato Grande apareció en el año 1910, siendo un caserío formado tierras comunales de gente ganadera y campesina, por Don Jacobo Cruz Villegas, el cual era uno de los curacas del Valle, jefe de la tribu de sembradores y guardadores de camote. Era una de las parcialidades de la etnia Meknón conformada por los capitanes Cheroqué, Cul Upuc, Mecchatu, YarlecEquec, Sirlu Upuc, Chato grande entre otros poblados cerca como lo son San Pedro y Chato Chico, era una ruta muy transitada por aquí pasaban los arrieros con sus acémilas para irse en lomo de burro hacia el sur a Chiclayo;

Eran los Tiempos de Manuel Yarleque, cuando los hacendados de la CIA. Irrigadora, se enfrentaron a los Pobladores de Chato Grande por sus tierras comunales queriendo apoderarse así de ellas, debido a eso Don Manuel Yarleque junto a Miguel Vilchez Lalupú, Nicanor Valencia, Enrique Vilchez Rivas gobernantes de Curungara, Chato chico y Pozo de los Ramos, decidieron hacerle frente a los hacendados buscando la independencia se unieron, de tal manera que se independizaron de Catacaos, En una Lucha tenaz, recién el 19 de febrero de 1965 logró su objetivo: y fueron reconocidos cada uno como centro poblado, y pertenecientes al nuevo distrito de Cura Mori.

Actualmente Chato Grande es gobernado por el Teniente: Sr. Asunción Yovera Ramos; Esta comunidad presenta luz eléctrica, carece de red intradomiliaria de agua y desagüe, Cuenta con la existencia de lozas deportivas en sus alrededores, e instituciones educativas primarias.

Cura Mori – Piura, 20 de octubre 2018.

