



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA
ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO-
VICHAYAL- QUERECOTILLO-SULLANA,2018**

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

AUTORA:

Br. MARÍA CLARET SALAS TÁVARA

ASESORA:

Mgtr. MARÍA LUPE QUEREBALÚ JACINTO

SULLANA-PERU

2019

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio.
Presidente

Mgtr. Susana María Miranda Vines de Sánchez
Miembro

Mgtr. Nelly Castillo Figueroa
Miembro

Mgtr. María Lupe Querebalú Jacinto
Asesora

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso porque con su infinita Misericordia y bondad no me abandona. A pesar de las dificultades por las que he atravesado me permite la oportunidad de dar un nuevo paso en mi vida profesional.

.

A la comunidad del asentamiento humano Vichayal – Querecotillo, por brindarme su apoyo y todas las facilidades necesarias para la ejecución de la presente investigación.

MARÍA CLARET

DEDICATORIA

A MIS PADRES Francisco y Zulema
por darme su comprensión,
confianza y estar siempre a mi lado
apoyándome en mis estudios.

**A LA SANTÍSIMA VÍRGEN
MARÍA:** por ser la madre que
escucha en los momentos más
dolorosos por los que uno atraviesa
en la vida, en ella pongo y pondré
toda mi confianza. Gracias por estar
siempre a mi lado.

MARÍA CLARET

RESUMEN

La investigación es de tipo cuantitativo descriptivo, tuvo como objetivo general, determinar los determinantes de salud en la persona adulta en asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana, 2018. La muestra 254 personas adultas, aplicándose el cuestionario sobre Determinantes de la Salud. Y utilizó el programa SPSS versión 19. Presentándose resultados en tablas y gráficos de una sola entrada Concluyendo: Determinantes de la salud del Entorno Socioeconómico: más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, con secundaria completa /incompleta, ingreso económico menor de 750 soles, más de la mitad tienen un trabajo eventual, vivienda unifamiliar, la tenencia es propia, piso de tierra, paredes de quincha, la mayoría posee techo de Eternit; más de la mitad, duermen 2 a 3 miembros, en su totalidad tiene agua a domicilio, más de la mitad tienen de baño propio, usan gas para cocina, en su totalidad tienen luz permanente. Determinantes de los estilos de vida: más de la mitad no fuma, ni consumen alcohol, duermen de 6 a 8 horas; baño diario, más de la mitad no se realizan exámenes médicos, ni actividad física en su tiempo libre. Alimentación: más de la mitad consume frutas, carne, huevos, fideos; lácteos, pescado, verduras, diario, frituras, dulces y refrescos con azúcar 1 o 2 veces a la semana. frituras 3 o más veces por semana. Determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad se atendieron en Centro de Salud, tienen SIS, no recibe apoyo social natural, ni apoyo social organizado y no existe pandillaje en su zona.

Palabras claves: Determinantes, persona adulta, salud.

SUMMARY

The research is of descriptive quantitative type, had like general objective, to determine the determinants of health in the adult person in human settlement Vichayal-Querecotillo-Sullana, 2018. The sample shows 254 adults, applying the questionnaire on Determinants of Health. And he used the SPS program version 19. Presenting results in tables and graphs of a single entry Concluding: Determinants of the health of the Socioeconomic Environment: more than half are of Feminine sex, mature adults, with complete / incomplete secondary, economic income less than 750 soles, more than half have temporary work, single-family housing, own tenure, dirt floor, quincha walls, most have a roof of Eternit; more than half, 2 to 3 members sleep, in its entirety it has water at home, more than half have their own bathroom, they use gas for cooking, in their entirety they have permanent light. Determinants of lifestyles: more than half do not smoke, or consume alcohol, sleep 6 to 8 hours; daily bath, more than half do not perform medical exams, or physical activity in their free time. Food: more than half consume fruits, meat, eggs, noodles; dairy, fish, vegetables, daily, fried foods, sweets and soft drinks with sugar 1 or 2 times a week. fried 3 or more times per week. Determinants of social and community networks, more than half were attended at the Health Center, have SIS, do not receive natural social support, or organized social support and there is no gang in their area.

Keywords: Determinants, adult person, health.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	19
2.1 Antecedentes.....	19
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	25
III. METODOLOGÍA	29
3.1 Diseño de la investigación.....	29
3.2 Población y muestra.....	29
3.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	31
3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	41
3.5 Plan de análisis.....	43
3.6 Matriz de consistencia.....	44
3.7 Principios éticos.....	46
IV. RESULTADOS	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Análisis de resultados.....	76
V. CONCLUSIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1.....	47
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
TABLA 2.....	51
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO –VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
TABLA 3.....	60
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL- QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
TABLA 4.....	67
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
TABLA 5.....	71
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
TABLA 6.....	73
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO 1.....	48
SEXO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 2.....	48
EDAD EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 3.....	49
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 4.....	49
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 5.....	50
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 6.1.....	53
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 6.2.....	53
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

GRAFICO 6.3.....	54
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 6.4.....	54
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 6.5.....	55
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 6.6.....	55
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 7.....	56
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRÁFICO 8.....	56
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

GRAFICO 9.....	57
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 10.....	57
ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 11.....	58
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 12.....	58
FRECUENCIA QUE RECOGEN BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 13.....	59
TIPO DE ELIMINACIÓN DE BASURA QUE EMPLEAN LAS PERSONAS ADULTAS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 14.....	62
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 15.....	62
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

GRAFICO 16.....	63
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 17.....	63
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 18.....	64
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 19.....	64
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 20.....	65
ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZO LA PERSONA ADULTA EN LAS DOS ÚLTIMAS POR MÁS DE 20 MINUTOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 21.....	66
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

GRAFICO 22.....	68
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 23.....	68
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 24.....	69
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 25.....	69
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 26.....	70
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMINTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 27.....	70
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 28.....	72
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

GRAFICO 29.....	72
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 30.1.....	74
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 30.2.....	74
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 30.3.....	75
RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	
GRAFICO 30.4.....	75
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMINTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018.	

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo y diseño de una sola casilla con una muestra de 254 personas adultas y se realizó con el propósito de determinar los determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo- Sullana, 2018. Se aplicó conjuntamente con las personas adultas el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario sobre determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. 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 esta comunidad.

El objetivo es suscitar cambios en la salud dar apertura a una visión más social e inclusiva. La conferencia de Alma Ata hizo una determinación fundamental al identificar y aceptar la salud como un objetivo social existentes en los países. Demandó la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional para proteger la salud, ayudar a una mejor calidad de vida, disminuir las desigualdades y alcanzar el desarrollo económico y social (1).

Los resultados que se han obtenido nos demuestran que más de la mitad de personas adulta son adultos maduros, sexo femenino, con estudios de secundaria completa/incompleta, con un ingreso económico menor de 750 soles mensuales, casa propia, se abastece de agua a través de conexión domiciliaria, más de la mitad utiliza el gas para cocinar sus alimentos. La mayoría de adultos utiliza el carro recolector de basura para su eliminación, más de la mitad nunca ha consumido tabaco de forma habitual, la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad no se ha realizado examen médico. La mayoría no realizan actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume fideos diariamente, más de la mitad se ha atendido en el centro de salud los 12 últimos meses, así mismo cuentan con seguro del SIS-MINSA, Más de la mitad no recibió apoyo social natural, también la mayoría no recibido apoyo social organizado.

El presente estudio está organizado de la siguiente forma: introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

En las últimas dos décadas se han producido importantes cambios en la percepción y explicación de las causas de los problemas de salud. El análisis de la relación entre las estructuras socioeconómicas de la población y el proceso de obtención de salud y bienestar no es nuevo; a partir de un amplio proceso académico se ha hecho cada vez más explícita dicha relación (2).

Se conoce como determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. Se pueden separar a estos determinantes de la salud en dos grupos: Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos. Y los de responsabilidad del sector salud, dentro del trabajo del estado en beneficio de la salud de la población, se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros (3).

Este trabajo de investigación se apoya en los pilares conceptuales de los determinantes de la salud, según la organización mundial de la salud (OMS), las condiciones sociales en que las personas viven existe una influencia muy fuerte en las posibilidades de tener una mejor salud. Así tenemos que la pobreza, las inequidades sociales, viviendas humildes, la discriminación, condiciones de vida nada saludables sobre todo en la infancia, y la falta de trabajo son determinantes. La mayor parte de las enfermedades y muertes es porque existe inequidades en salud en el propio país así como entre países (4).

En la década de los años sesenta, y el complejo panorama económico y político internacional dejó en evidencia el deficiente estado de los sistemas de salud en muchos países del mundo. La región latinoamericana fue un claro exponente de esta situación, implementó políticas desarrollistas enfocadas al crecimiento económico sostenido a fin de obtener mejoras en las condiciones de vida (5).

La determinación social de la salud es un concepto que va ganando simpatizantes entre las personas que deben tomar decisiones respecto a la salud de la población. Es irrefutable que se puedan prevenir diversas enfermedades desde el comienzo si se promueven las condiciones sociales que sostienen una vida saludable. No obstante, esta idea viene siendo el cimiento, para la formulación de políticas y diseños de estrategias dirigidas a la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades, aún no es parte central del modelo que enmarca los esfuerzos construcción de políticas de salud pública y condiciones de vida, ni de los aspectos operativos para las diferentes tareas de la salud pública (6).

Esta declaración apoya la tesis de que la categoría “Determinación Social,” a diferencia del concepto de “Determinantes Sociales”, posibilita devolver al fenómeno salud su carácter complejo, multidimensional e histórico que permite profundizar el estudio de las diferencias y las injusticias sociales para restituir las inequidades de clase, de raza y de género que subyacen en cada sociedad. El fomento de la organización, la participación movilización Social hacen parte del proyecto de transformación social que promueve desde esta perspectiva para defender la vida y los derechos humanos integrales (7).

Sobre determinantes sociales de la salud se creó para apoyar a los países en beneficio de la salud y tratar los factores sociales que conducen a una inadecuada salud y las inequidades. La Comisión destacó la atención en los determinantes sociales de la salud que según se ha comprobado figuran entre las causas más destacadas de mala salud y desigualdades en los países y entre ellos (8).

En el futuro habrá un permanente esfuerzo entre los expertos de la salud pública por afinar y profundizar en el concepto de los determinantes sociales de la salud (DSS) y del bienestar colectivo, a fin de que su mejor comprensión sea útil a las más efectivas intervenciones posibles en busca del ideal de que todos los integrantes de la sociedad accedan a las condiciones que hagan que el discurrir de la vida sea lo más satisfactorio posible (9).

Actualmente los determinantes sociales de la salud (DSS) han llegado a constituirse en un instrumento conceptual esencial de la salud pública para detallar, y precisar las inequidades sociales en las condiciones de vida. En investigaciones previas, Cardona adujo bases históricas que los más notables investigadores y promotores de cambios de orientación en las políticas de salud de los estados europeos del siglo XIX realizaron estudios que evidenciaban que las difíciles condiciones de vida y de salud de las poblaciones más pobres estaban asociadas a factores que tenían que ver con las estructuras políticas y económicas de sus respectivas sociedades (9).

Las declaraciones de todas las conferencias internacionales sobre promoción de la salud de la organización mundial de la salud (OMS) encuentran explícitos el tema de los determinantes sociales de la Salud (DSS). Ello ha permitido que se avance en la superación del enfoque exclusivamente biologista de la salud y que se insista en la necesidad de transformar las estructuras económicas y políticas para superar las desigualdades sociales y alcanzar la salud y el bienestar para todos (10).

Se hizo público, el proceso de construcción y consolidación de la salud pública desde sus orígenes como disciplina se ha soportado principalmente en el concepto de los determinantes sociales de salud para formular muchas de sus hipótesis. Así también para establecer principios y estrategias de promoción de la salud y proponer políticas públicas para la equidad en salud. Esta disciplina reconoce los conceptuales del enfoque de los determinantes sociales de salud en sus diferentes niveles de desarrollo, teniendo en cuenta las limitaciones de orden político y económico global para lograr la salud y la vida digna para todos (10).

En el año 2003, la organización mundial de la salud (OMS) propuso establecer una política de relacionamiento entre el conocimiento y la acción, tras un intento por conformar una base científica y movilizar Sectores de diversas instancias para la formulación de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en salud y recuperar los valores de Alma Alta. Como consecuencia De ello, en 2005 conformó la Comisión Determinantes Sociales de Salud (CDSS) y designó como su coordinador a Michael Marmot, un reconocido académico inglés quien desde tiempo atrás venía

liderando una vasta producción bibliográfica sobre el concepto de los Determinantes Sociales de Salud (11).

La salud en el Siglo XXI, toma gran importancia en la historia de la humanidad, teniendo una dimensión muy especial en cuanto a seguridad. La salud ha crecido en los niveles de interés en el mundo, cuando se habla de seguridad se está describiendo las amenazas de epidemias, el bioterrorismo se ha dado prioridad al tema de salud. La salud de la población está establecida por las interacciones difíciles de las características individuales y sociales que se aproxima una variada serie de factores en forma integral e interdependiente (12).

En las últimas décadas, En la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, llevada a cabo en 2011 en Rio de Janeiro- Brasil, se dio la declaración que sobresale la necesidad de que los gobiernos definieran sus políticas de salud sobre la base de la necesidad de intervenir aquellos determinantes que explican el deterioro de las condiciones de vida y de salud de la población (13).

En esta declaración, se ratificó el compromiso de actuar sobre los Determinantes Sociales Salud para lograr edificar sociedades integradoras, equitativas, económicamente productivas y sanas. Para ello, se requiere la actuación política tanto al interior de los países como a escala mundial, y se resaltó la importancia de la ayuda internacional, la gobernanza mundial, la participación social reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de políticas públicas contra la inequidad (13).

La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. En nuestro país el Perú, últimamente, se están dando grandes cambios con la finalidad de afianzar lo que es promoción de la salud con una posición nueva, reciente, que se propague, difunda el entorno de la educación sanitaria individual y la utilización del mensaje social a la variación de la conducta de la persona (14).

Equidad; Medidas que deben adoptarse Todo enfoque integral que aborde los primeros años de vida requiere políticas coherentes, compromiso y liderazgo a nivel nacional e internacional. También exige un amplio conjunto de medidas que favorezca el desarrollo de la primera infancia y programas y servicios educativos que lleguen a todos los niños del mundo (15).

Acceso y el empleo de los servicios de salud es necesaria para poder gozar de buena salud y de esta manera lograr una igualdad sanitaria. El sistema de cuidado de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de éstos y a la experiencia que se tiene como paciente. Los responsables de los servicios de atención de salud tienen una importante función de rectoría que desempeñar en todos los ámbitos de la sociedad, para que las políticas y las intervenciones de otros sectores contribuyan a aumentar la equidad sanitaria (15).

Inequidades sanitarias se denomina a las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas ignominias infamias, son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (16).

Enmendar, corregir, las desigualdades en una generación; consiste en Mejorar las condiciones de vida cotidianas por ello tiene que haber igualdad, equidad desde el principio, Esto tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias (16).

La Comisión pide que se establezca un mecanismo interinstitucional que asegure, garantice la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, que se

disponga de un paquete integral de programas de calidad para todos los niños, las madres y los dispensadores de atención; que se ofrezca una educación y enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todos los niños (16).

En el futuro habrá un permanente esfuerzo entre los expertos de la salud pública por afinar y profundizar en el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y del bienestar colectivo, a fin de que su mejor comprensión sea útil a las más efectivas intervenciones posibles en busca del ideal de que todos los integrantes de la sociedad accedan a las condiciones que hagan que el discurrir de la vida sea lo más satisfactorio posible (9).

Un nivel de vida bajo es un importante determinante de inequidad sanitaria, que influye en toda nuestra trayectoria vital, entre otras cosas, a través de sus efectos en el desarrollo de la primera infancia. La pobreza infantil y la transmisión de la pobreza de una generación a otra son importantes obstáculos; para renovar la salud de la población y restringir las desigualdades sanitarias. Tenemos que cuatro de cada cinco personas en el mundo necesitan de la atención básica que brinda el seguro social (16).

En América latina y el Caribe se considera una de las regiones de mayor inequidad social y sanitaria en el mundo, sobre todo en desigualdad distributiva de los ingresos. Las desigualdades sociales, económicas y en salud que se perciben en nuestra región, por ello se necesitan políticas, normas y regulaciones que respondan, en su diseño como en su ejecución, La extrema desigualdad puede alterar el proceso de formulación de políticas, aún en contextos democráticos, pues se traduce en desequilibrios en la forma en que el poder de influencia sobre el proceso político está repartido en una sociedad (17).

Actualmente plantea la Agenda para el 2030, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), identifica un rol importante que cumplir en hacer más equitativo el proceso de formulación de políticas en pro del derecho universal a la salud. En primer lugar, se debe seguir produciendo y diseminando análisis concretos y evidencia acerca de los determinantes sociales de la salud; esto es, sobre la estrecha correlación

existente entre las condiciones sociales de varios grupos de población y sus condiciones de salud, y la desigualdad distributiva impuesta por aquellas (17).

La región de las Américas ha alcanzado altos grados de aseguramiento en salud, que no siempre se han traducido en niveles elevados de utilización de los servicios preventivos, o en la reducción de barreras de acceso. La utilización de servicios preventivos está sensiblemente condicionada por persistentes desigualdades entre ricos y pobres. La mortalidad asociada a los servicios de salud se ha reducido en la mayoría de los países entre el 2010 y el 2014, pero también ha aumentado particularmente en el Caribe no hispanohablante. Pese a los esfuerzos y avances de algunos países, la distribución del personal de salud exhibe grandes desigualdades, diferencias (17).

Los países deben enfrentar no solo la falta de personal de salud, sino una distribución débilmente correlacionada con el panorama epidemiológico y la distribución geodemográfica de la carga de morbilidad. Los gastos en salud muestran una significativa variabilidad entre países, y un avance regional muy insuficiente. Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay son los únicos que asignan más de 6% de su PIB al gasto público en salud. Así tenemos que veintidós países de la Región aumentaron sus gastos relativos al PIB entre el 2010 y el 2014, pero un incremento inferior al lustro anterior, con la excepción de Bolivia, Paraguay y Perú (17).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la Región: causan cada año casi cuatro de cada cinco muertes. De todas las muertes por enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las cuatro principales causas de muerte. Los cuatro principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles son una alimentación nada saludable, la actividad física insuficiente, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol (17).

El consumo del alcohol constituye un considerable problema de salud pública, que ocupa el segundo lugar en el mundo. El consumo de tabaco es un factor de riesgo fundamental de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La aplicación eficaz de las medidas establecidas en el convenio marco de la organización mundial Salud para el Control del tabaco promueve la reducción del consumo de tabaco y la exposición al tabaco. Encontramos que la obesidad aumenta las probabilidades de presentar diabetes, hipertensión, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, ciertos tipos de cáncer, apnea obstructiva y osteoartritis, entre otros. América es la región de la organización mundial salud con la prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad, y afecta más a las mujeres que a los hombres (17).

El cáncer afecta cada año a casi 3 millones de personas, y causa 1,3 millones de muertes, 45% de las cuales son prematuras (es decir, ocurren en personas menores de 70 años). En América latina y el Caribe, las principales causas de las muertes por cáncer son el de pulmón, el de estómago y el colorrectal en los hombres, y el de mama, el de estómago, el de pulmón, el cervicouterino y el colorrectal en las mujeres. Las enfermedades no transmisibles representan un problema para el alivio de la pobreza y el desarrollo sostenible. Para poder hacer un diagnóstico temprano de las enfermedades no transmisibles cuando son más fáciles de tratar se requieren sistemas de salud fuertes. Gran parte de los países de la región de las Américas han adquirido el compromiso de abordar y vigilar eficazmente las enfermedades no transmisibles (17).

A fines de la década pasada se inició un proceso de reforma del sistema de salud peruano, pese a mantener íntegro, intacto su histórica segmentación, ha generado importantes cambios. Como parte del proceso de reforma se diferenciaron sus funciones bajo el supuesto de que esto mejoraría la gobernabilidad, así como la eficiencia y la transparencia en la asignación y la utilización de los recursos. En el país existen dos subsistemas de salud, el público y el privado. El público busca expresar la lógica del derecho ciudadano a la salud y el privado se funda en la lógica de mercado. El Ministerio de Salud (Minsa), en su rol de autoridad sanitaria nacional, gobierna el sistema. Recientemente, se creó la Superintendencia de Salud (Susalud), entidad

supervisora del conjunto de organizaciones del sistema, con quien comparte importantes responsabilidades en la gestión de la política de salud (18).

Nuestro país está entre los países que invierten menos en salud, y donde los pobladores no tienen recursos, es por ello que el pueblo pide que el gobierno se trace metas y designe más presupuesto. La falta de inversión y la mala gestión de los recursos disponibles generan la ineficiencia de los servicios y la afectación de la salud y economía de millones de peruanos. La grave crisis que atraviesa el sector salud, donde a diario se escuchan denuncias de hospitales desabastecidos de medicamentos y que no cuentan con servicios básicos de agua potable, además de la existencia de establecimientos hacinados que carecen de equipos para atender emergencias y con pacientes que duermen en sillas, y hasta en el piso (19).

En cuanto a morbilidad por enfermedades crónicas en la población adulta, se encontró que la prevalencia de diabetes mellitus en 2015 fue de 3,2 %, más alta en mujeres (3,6 %) que en hombres (2,9%); por regiones, la mayor prevalencia está en Lima metropolitana (4,5 %). En la población mayor de 15 años, 34,7 % tienen sobrepeso (35,8 % hombres, 31,7 % mujeres) y 17,5 %, obesidad (14,4 % hombres, 26,2 % mujeres). Tanto para sobrepeso como obesidad, las prevalencias por región fueron más altas en Lima metropolitana y en zonas urbanas (40,2% y 6,5%, respectivamente). En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial, en 2015 fue de 14,8 %, con mayor prevalencia en hombres (18,5 %) que en mujeres (11,6 %) (18).

De acuerdo a un informe realizado por el Ministerio de Salud (Minsa), en el país hay alrededor de 70,000 personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de esta cantidad, el 55% son jóvenes con un promedio de edad entre 20 a 34 años. La alta incidencia se debe a que muchos jóvenes empiezan su vida sexual a muy temprana edad y no emplean métodos de protección al momento de tener relaciones sexuales, algunos por desconocimiento y otros porque le restan valor a la importancia que tienen. El 97% de contagios son transmitidos vía sexual.” En tanto, el 3% de los contagios restantes son producidos durante la maternidad (la madre tiene el virus) y la transfusión sanguínea (18).

Alrededor de 16,250 personas, es decir, 1 de cada 4 portadores del VIH, no sabe que tiene el virus. El problema es que una persona portadora no presenta síntomas durante los primeros años y recién se manifiesta cuando se encuentra en una etapa avanzada, conocida como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Se remarcó que el desconocimiento del diagnóstico trae muchas consecuencias a los infectados, una de ellas es la transmisión del virus a una persona sana. Frente a esta situación el 2016 se produjeron 2,700 nuevas infecciones y que este año calculan será la misma cantidad (20).

Lima y Callao tienen la tasa más alta, un informe que hizo el ministerio de salud, indica que estas ciudades concentran la mayor cantidad de portadores del virus con un 63%. En segundo lugar, se encuentra Loreto con el 6%, mientras que Arequipa, La Libertad y Lambayeque ocupan el tercer lugar con 4% cada una. Del total de personas con VIH y Sida, el 70% son hombres. En los últimos años se ha logrado reducir en un 46% la cantidad de fallecidos por el VIH, actualmente tenemos la terapia antirretroviral (TARGA) que permite controlar la infección de los portadores y tener una mejor calidad de vida, cada año fallecen 1,800 personas por Sida en el país (21).

Las regiones que requieren una mayor priorización son Loreto, Lambayeque, Lima, Callao, Tumbes, Ucayali y San Martín, y no solo por la mayor mortalidad y muerte prematura, sino por el número de casos de Sida notificados por departamento. En un segundo lugar se ubica Piura, Madre de Dios, Ica, La Libertad, Tacna y Arequipa, en la que muestra que la epidemia del VIH está afectando en mayor magnitud a las regiones de la costa y selva del país. En los últimos años se ha avanzado en la lucha contra la epidemia del VIH en el país, sin embargo, persisten algunos problemas a nivel operativo, así como factores sociales y estructurales que es necesario sean abordados de manera multisectorial si se tiene por objetivo controlar la propagación del VIH en la población (22).

En el caso de Tuberculosis, en 2013 la tasa de incidencia fue de 97,9 por 100 mil, lo que significó 31,000 casos de tuberculosis en la forma sensible, 1,260 casos multi drogaresistentes (MDR) y 66 extremadamente drogaresistentes (XDR) las regiones con

más incidencia fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali y Tacna. No obstante, en los establecimientos del Minsa se ha reducido la incidencia de tuberculosis de 80,7 %, en 2011, a 64,3 %, en 2015; y la morbilidad por tuberculosis de 89,9 %, en 2011, a 73,1 %, en 2015. al 2017 fueron de 31,518 casos (23).

Enfermedades trasmisibles por vectores, en 2013 se reportó 4,4 % de la población en riesgo de malaria; no obstante, el programa presenta evidentes mejoras en la vigilancia. En junio de 2015, un total de 23 853 casos. En cuanto al *Aedes aegypti*, que es el vector transmisor de los virus del dengue, de chikungunya y de zika, se encuentra disperso en 20 regiones del país, por lo cual el riesgo de contagio es alto. En el caso del dengue, se pasó de 12,009 casos confirmados y 16 defunciones, en 2012, a 10584 casos confirmados, 12,807 casos probables y 26 defunciones, en el primer semestre de 2016. Por otro lado, para junio de 2016 se habían reportado 56 casos de fiebre chikungunya y 91 casos de infección por virus de Zika (77 autóctonos y 14 importados) (22).

La salud de poblaciones nativas según la Enaho 2012, en el país existen más de 310 000 nativos amazónicos, que integran 51 pueblos étnicos, divididos en 14 familias lingüísticas. Su dispersión geográfica existe una baja accesibilidad a servicios de salud públicos y se ha estimado que solo 10% de comunidades nativas cuentan con al menos un puesto de salud (24).

El cáncer constituye uno de los problemas de salud pública en el Perú y en el mundo por la alta tasa de mortalidad, así como por la discapacidad que produce. El aumento de las tasas de incidencia y de mortalidad asociadas a neoplasias genera un aumento de los costos a los sistemas de salud por utilización de estos servicios. La carga de enfermedad por cáncer se debe a la utilización de los servicios terapéuticos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía, procedimientos que conllevan a costos elevados y a la necesidad de infraestructura adecuada con recursos humanos capacitados. Ningún sistema de salud está preparado para sostener el gasto que genera el aumento de la incidencia de cáncer en las últimas décadas (25).

Las políticas sanitarias abordan el problema del cáncer desde la prevención y detección precoz de casos de cáncer en personas con factores de riesgo. Gran parte de las neoplasias en el Perú están asociadas a hábitos de vida poco saludables como el consumo de tabaco excesivo y alcohol, consumo descontrolado de grasas y el bajo consumo de vegetales. Asimismo, están asociadas a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori*. Las principales neoplasias en adultos, a nivel nacional, están localizadas en el cérvix, estómago, mama, piel y próstata (25).

El 75 % de los casos de cáncer son detectados en estadios avanzados III y IV en el Perú, se diagnostican al año aproximadamente 45,000 nuevos casos de cáncer, convirtiéndose en un problema de salud pública por la alta tasa de mortalidad que se registra. Los especialistas analizan la situación actual del cáncer en Perú y brinda detalles de los avances en el tratamiento y del rol de los especialistas dentro de un trabajo multidisciplinario (26).

El aumento anual de crecimiento en las personas mayores de 60 años determinará en los próximos decenios en envejecimiento de la población peruana y Piurana, los planes sanitarios se plantea retos importantes al sistema nacional y regional de salud. Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de defunción, alcanzando el 16.28%. Las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el segundo lugar y representan el 8.66%. El tercer lugar lo ocupan los eventos de intención no determinada, es decir aquellas externalidades que constituyen agresiones o lesiones físicas que desencadenan el fallecimiento. Estas externalidades constituyen el 5.16% de los fallecidos (26).

El 19.51% de la población tiene cobertura de salud por la seguridad social;(ESSALUD) el 54.47% es afiliado al Seguro Integral de Salud; (SIS) el 5.3% está afiliado a seguros privados de salud, encontramos que 20.72% de la población no cuenta con ningún aseguramiento de salud. La principal causa de consulta externa en establecimientos de Ministerio de salud MINSA en la población general, es infecciones respiratorias agudas que llegan al 34.1% del total, en segundo lugar las

enfermedades de la cavidad bucal con 7.6% y enfermedades infecciosas intestinales con 6.8%. En la consulta externa de la red médica asistencial de EsSalud, la primera causa de consulta es las personas en contacto con servicios de salud para investigación y exámenes, que representan el 8.87% del total, seguido en segundo lugar por faringitis y amigdalitis aguda que representan el 6.02% y en tercer lugar las dorsopatias con el 4.72% del total de atenciones (26).

Desde la parte epidemiológica, la región Piura y todas sus provincias se encuentran en un estado de pos transición. La morbilidad por las enfermedades no transmisibles se ha incrementado en los últimos años. Sin embargo, la intensidad de uso de las mismas es baja (3.5 de intensidad de uso para enfermedades crónicas en ESSalud contra 5.29 de intensidad de uso en consulta general del MINSA). Asimismo, este grupo de enfermedades son responsables del 64% de todas las muertes que ocurren en el País (26).

La dirección regional de salud de Piura confirmó un caso autóctono de zika, y se sospecha de un nuevo caso de Mayaro, el Ministerio de Salud descartó la presencia de los virus Mayaro y Oropuche ,tras detectar el primer caso autóctono de zika en Piura, el cual afectó a una mujer de 49 años de edad el 18 de mayo,2017 la dirección de Salud (Diresa) comenzó la vigilancia y seguimiento para conocer si más personas habrían sido afectadas, se investigan otros dos casos presentados en el asentamiento humano Los Algarrobos, y la urbanización Las Mercedes (26).

Se conoció que Piura es la región con mayor incidencia de casos de dengue se reportó un incremento de casos empieza a notificar más de 500 casos por semana. Entre los distritos con mayor incidencia, muestran tendencia ascendente: Piura, Sullana, Veintiséis de Octubre, Tambo Grande, Catacaos, Chulucanas, Pariñas y Bellavista. Otros distritos con tendencia decreciente son: Castilla, Miguel Checa y Marcavelica. Mientras que el distrito de Salitral tiene tendencia estacionaria en las últimas semanas. Hay un alto riesgo de diseminación de estas enfermedades en la costa norte del país y regiones. Considerando la amplia dispersión del *Aedes aegypti*, las intensas lluvias en

la costa norte, el incremento de humedad y el alto desplazamiento de personas desde zonas endémica (26).

El desabastecimiento de agua como un determinante fundamental en el proceso salud-enfermedad sobre todo de diarrea aguda y desnutrición aguda y de enfermedades transmitidas por artrópodos. El déficit de agua a nivel nacional del 40% de todas las diarreas agudas y el 41.2% de los casos de dengue, de acuerdo a la evaluación de vulnerabilidades, los distritos con mayor vulnerabilidad sanitaria son: Lagunas, Pacay pampa, Huarmaca, Frías, Sapillica, Lalaquiz, El Tallán (26).

Los problemas sanitarios cuya vigilancia y atención deben fortalecerse y priorizarse en la región son: Las infecciones respiratorias agudas, especialmente las neumonías, cardiovasculares: (isquémicas cardíacas, hipertensivas). Las lesiones causadas por externalidades como accidentes de tránsito y violencia. Tumores de colon, de estómago, de mama, de próstata. Desnutrición crónica y tuberculosis (26).

Esta problemática no es indiferente, y desconocedor de la realidad de la persona adulta del asentamiento humano Vichayal que se encuentra en el distrito Querecotillo, provincia de Sullana, el cual pertenece a la jurisdicción del centro de salud de Querecotillo, está ubicado en el distrito que lleva el mismo nombre en la provincia de Sullana. Este asentamiento humano tiene como límites al norte con el barrio sur, al Sur con la carretera a Salitral, este y oeste con las plantaciones de banano. Según estadística del año 2018, este asentamiento humano cuenta con una población adulta de 749 habitantes, los cuales realizan diferentes ocupaciones tales como: estudiantes, profesionales, agricultores, (en especial de sembríos de banano orgánico los cuales sirven para su alimentación y exportación) obreros, amas de casa, entre otros (27).

Según el plan de desarrollo concertado actualizado al 2021 brindada por la municipalidad provincial de Sullana, con fuente del INEI censos nacionales 2017, la población de comunidad saludable es 54,560 habitantes; la población adulta aproximadamente era de 53.9 %; es decir 29,408 habitantes; considerando que la tasa de crecimiento poblacional es de 1.4 % la proyección de la población al 2018 es de

55,324 habitantes; la población adulta aproximadamente será del 54%, es decir 29,875 habitantes (28).

Según el informe de la dirección de salud Luciano Castillo Colonna- Sullana; en la estadística del centro de salud “Comunidad Saludable” el total de atenciones es de 8426 en personas adultas. Encontramos que las 10 primeras causas de morbilidad registradas hasta el año 2016: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (1387 casos); enfermedades de cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (725 casos); obesidad y otros de hiper alimentación (538 casos); dorsopatias (598 casos); otras enfermedades del sistema urinario (559 casos); anemias nutricionales (59casos); enfermedades infecciosas intestinales (185 casos); trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (547 casos); enfermedades hipertensivas (110 casos); diabetes mellitus (142 casos) (29).

Las 10 primeras causas de mortalidad registradas hasta el año 2015: bronconeumonía, no especificada (10 casos); neumonía, no especificada (8 casos); infarto agudo de miocardio, sin otra especificación (8 casos); septicemia, no especificada (13 casos); hipertensión esencial (7 casos); otras cirrosis del hígado y las no especificas (20 casos); diabetes mellitus no especificada, con complicaciones (4 casos); diabetes mellitus no especificada (10 casos); neumonía bacteriana, no especificada (1 caso); tumor maligno del colon, parte no especificada (6 casos) (30).

La infraestructura de las casas de este asentamiento humano es de material quincha, adobe, cuenta con los servicios básicos (luz, agua, 2 horas al día, desagüe, telefonía satelital,) cuenta con 01 CEI N° 326, 01 IE N°14871 nivel primario 01 organización de vaso de leche, 01 comedor popular 01 club deportivo. Dicho asentamiento humano cuenta con 07 calles de las cuales 02 de ellas están asfaltadas. Dentro de la problemática del asentamiento humano encontramos la falta de recojo de basura por el carro recolector ocasionando de esta manera malos olores, presencia de moscas y roedores, así como también la proliferación de zancudos, que es un foco infeccioso para la transmisión de las enfermedades como dengue, chicungunya, zika y malaria, también accidentes de tránsito, provocados generalmente por jóvenes que conducen

motocicletas en estado étlico. Las enfermedades más frecuentes en este asentamiento humano son aquellas derivadas de los estilos de vida nada saludables en especial la población adulta que padece enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes, hipertensión arterial, artrosis, y en invierno enfermedades respiratorias agudas (27).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: ¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo-Sullana, 2018?

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

Determinar los determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo-Sullana, 2018.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal- Querecotillo -Sullana.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal– Querecotillo -Sullana.
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para la persona adulta y su impacto en la salud, apoyo social, en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal- Querecotillo-Sullana.

Justificación de la presente investigación fue:

Actualmente nuestro País no es desconocedor de los cambios que se producen en el mundo como son: La expansión demográfica, y crecimiento de las ciudades, el cambio de ritmo de vida el avance tecnológico, que han originado en la población de Sullana, desigualdades, diferencia y deficiencias sanitarias. Este estudio procura identificar los determinantes de la salud con la finalidad ayudar a restituir el cambio de esta problemática, que sin duda nos preocupa.

Esta investigación es importante para el personal que labora en la institución de salud de Querecotillo, porque las conclusiones y recomendaciones a las que se llegue contribuyan, y cooperen, en la mejoría de la atención integral hacia las personas adultas de esta comunidad, e incremente la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud del adulto, con la finalidad de disminuir los factores de riesgo y controlar los problemas sanitarios de las personas adultas en la comunidad.

La investigación permitió que las instituciones formadoras de profesionales de la salud, se vinculen, socialicen los resultados y desde los primeros ciclos se incorporen, contenidos como determinantes de la salud, con la finalidad de garantizar el conocimiento sobre esta problemática sanitaria, ayudando de esta manera en la formación de profesionales con una visión clara y objetiva sobre la inequidad sanitaria, buscando estrategias preventiva promocional hacia la población adulta.

También es conveniente e importante realizar estudios de investigaciones para que las autoridades regionales de la dirección de salud de Piura, municipales, y del asentamiento humano Vichayal de Querecotillo identifique individualmente los determinantes de la salud, se motiven, impulsen e incorporen cambios para lograr reducir las desigualdades en la población, mejorar la salud de la misma, y acrecentar acelerar el desarrollo socioeconómico del país.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Barragán L y De Las Mercedes A. (31), en su tesis titulada “Estilos de vida saludables en personal docente, administrativo y de Apoyo de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil 2015”, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida saludable del personal docente, administrativo el tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población y muestra constó de un grupo de 40 personas Concluye: que el mayor porcentaje de la población de estudio consume siempre proteínas, casi la mitad de la población consume siempre lácteos, vegetales y verduras; consume la cantidad requerida de agua, la frecuencia de las comidas el mayor porcentaje consume tres veces al día. En cuanto a la actividad física realizan ejercicios vigorosos por 20 a 30 minutos al menos 3 veces a la semana, el mayor porcentaje refiere que realizan esporádicamente caminatas. El mayor porcentaje padece sobrepeso, obesidad tipo I, obesidad tipo II, obesidad tipo III; evidenciando que esto constituye un factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas y la tercera parte la muestra estudiada tiene su peso normal y nadie tiene problemas de desnutrición. Dimensión salud mental el menor porcentaje refiere dormir y estar bien descansado siempre; tiene la capacidad de afrontar los problemas y estrés con tranquilidad, manifiestan evitar relaciones conflictivas demuestran ser positiva y optimista siempre.

Ugalde K . (32), en su investigación titulada “Estilos de vida saludables en adultos de 35 a 65 años de edad con enfermedades crónicas en el recinto Chigue la provincia Esmeraldas”, El objetivo fue determinar estilos de vida saludables en adultos de 35 a 65 años con enfermedades crónicas en el

reciente Chigue de la provincia Esmeraldas, la investigación fue de tipo descriptivo, se realizó desde inicios de febrero a agosto del 2016. El diseño fue cualitativo, permitió determinar las condiciones de vida y salud de las personas, si los hábitos de vida son los adecuados para sus patologías. Se concluyó: en los adultos con enfermedades crónicas no se evidenció que mantenga estilos de vida saludables, por razones que realizan hábitos no beneficiosos para la salud, existe inactividad física, inadecuada alimentación, no tienen una dieta adecuada para su patología, el tratamiento farmacológico no lo toman continuamente, no practican hábitos y estilos de vida adecuados. Los adultos de 65 años de edad, con enfermedades crónicas como hipertensión arterial diabetes, asma, se exponen al consumo de cigarrillo, se mantiene sedentarios, no cumplen con el tratamiento, La intervención de enfermería en estos pacientes no es la adecuada, no se planifican las actividades, las visitas domiciliarias son pocas, no realiza charlas educativas para mantener informado al paciente, existe una actitud poco agradable en la atención de los pacientes.

Cutiopala I y Chauca S. (33), en su estudio titulado “Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes Diabéticos. Distrito de salud Chambo-Riobamba, noviembre 2017– marzo 2018” El objetivo del estudio fue describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se concluyó: en relación a las características sociodemográficas y clínicas exploradas en la muestra de estudio predominó el sexo femenino comprendido en las edades de 50-79 años, la religión católica, estado civil casados. Así como el nivel de instrucción básica, ocupación amas de casa y conviven con su pareja. Los trastornos referidos con mayor porcentaje fueron la hipertensión arterial, la artritis y los problemas de la visión. Los cambios en su vida personal, la capacidad individual para adaptarse a la enfermedad, las limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, el descanso y los problemas económicos, se encuentran entre las dimensiones

de calidad de vida más afectadas, las que generan en el enfermo dificultades para el mantenimiento de su salud.

A nivel Nacional:

Paredes H . (34), en su investigación titulada “Estilos de vida y características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015”. Tuvo como propósito describir y analizar los estilos de vida y su relación con las características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. De enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, Su muestra una población de 45 pacientes con diabetes mellitus tipo II. Conclusiones: las características sociales encontradas: la mayoría de pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen entre 60 a 79 años de edad, son amas de casa; más de la mitad son viudos; y de sexo femenino, profesan la religión católica, y casi la mitad son iletrados. La mayoría de pacientes con diabetes mellitus tipo II presentan estilos de vida poco saludables. En cuanto a los estilos de vida y las características sociales en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, predominan los pacientes de 40 a 59 años con estilos de vida saludables representando en más de la mitad, de 80 a más tienen estilos de vida poco saludables esto es en su totalidad, más de la mitad de mujeres tienen estilos de vida saludables; en cuanto al estado civil más de la mitad son divorciados y tienen estilos de vida saludables, mientras que más de la mitad son viudos y tienen estilos de vida poco saludables; en su totalidad pacientes tienen primaria completa con estilos de vida saludable.

Jícaro E y Oblea R. (35), “Determinantes sociales de la salud familiar de la comunidad de San Francisco-Corrales-Tumbes, 2016” El estudio tuvo como objetivo Identificar los determinantes sociales que influyen en la de la salud familiar de la comunidad de San Francisco Corrales. Fue una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal. La muestra la conformaron 50 familias de la comunidad. Las conclusiones: reportan que el determinante social estilos de vida influye regularmente en la salud de la

comunidad, donde menos de la mitad se automedican, fuman cigarrillos y toman alcohol, no visitan al odontólogo una vez al año, no manejan el estrés y la tensión. Dentro de las prácticas saludables se reportan que realizan actividad física diaria, consumen alimentos balanceados, determinante social medio ambiente influye regularmente en la salud de la comunidad menos de la mitad no disfruta del cuidado de la familia y el entorno, queman la basura, votan la basura al canal. A veces reciclan la basura, botan la basura al río, menos de la mitad usan aerosoles. Los resultados reportan que el determinante social sistema sanitario la influencia es deficiente, siendo la atención que recibe del personal de salud en la institución es inoportuna en un menos de la mitad no puede pagar el costo de la atención. Menos de la mitad Nunca recibe visita del personal de salud. A veces puede pagar el costo de los medicamentos prescritos por la institución.

Tito J y Curasi M. (36), en su tesis titulada “Factores Asociados al abandono de los adultos mayores del centro poblado de Jayllihuaya, Puno -octubre a diciembre, 2016” el cual tuvo como objetivo. Describir los factores asociados al abandono de los adultos mayores del centro poblado de Jayllihuaya, de la ciudad de Puno, durante el periodo de octubre a diciembre del 2016. Material y métodos: Investigación observacional, prospectiva, transversal, descriptivo, analítico, tuvo como muestra de 125 adultos mayores. Conclusiones: los factores asociados al abandono de los adultos mayores del centro poblado de Jayllihuaya, de la ciudad de Puno, son: menos de la mitad son de 70 a 79 años, más de la mitad son de sexo femenino, estado civil menos de la mitad son viudos(as), número de hijos menos de la mitad tienen de 4 a 6 hijos, convivencia menos de la mitad viven solos, tipo de vivienda más de la mitad casa propia, comunicación con la familia más de la mitad es fluida en malos términos, la mitad no tiene instrucción, más de la mitad tiene dependencia económica, y recibe ayuda de pensión 65, más de la mitad son amas de casa, Índice de masa corporal menos de la mitad tienen obesidad leve, más de la mitad sufren de otras enfermedades crónicas, audición severa, visión agudeza visual moderada, olfato, padece de insomnio, estado cognitivo es moderada,

todos con un nivel de significancia, más de la mitad tienen abandono parcial y menos de la mitad con abandono total .

A nivel local:

Alburqueque L . (37), en su tesis titulada: “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío San Juan de la Virgen - Ignacio Escudero - Sullana, 2013”, cuyo trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo de una sola casilla. Conclusiones: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos de la persona adulta tenemos: más de la mitad son de sexo masculino, adultos maduros, tienen vivienda unifamiliar; menos de la mitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/ secundaria incompleta, un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; la mayoría tienen vivienda propia, piso de tierra, techo de eternit/calamina, paredes de adobe, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente. Según el determinante de estilos de vida, la mayoría no fuma, ni han fumado nunca de manera habitual; menos de la mitad ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, no se ha realizado ningún examen médico. Respecto a la dieta alimenticia tenemos: más de la mitad consumen fruta, pan-cereales diariamente; la mayoría consumen pescado, fideos-arroz-papas, lácteos diariamente. En el determinante de redes sociales y comunitarias, más de la mitad no recibieron apoyo social natural, ni apoyo social organizado, ni apoyo de comedor popular, ni vaso de leche, se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, recibió una calidad de atención regular; la mayoría tienen SIS- MINSA, no existe pandillaje.

Sosa S. (38), en su tesis titulada: ”Determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano José Obdulio Rivera - Querecotillo - Sullana, 2013”, cuyo trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo de una sola casilla, siendo su muestra de 215 personas adultas, Conclusión: En cuanto a los determinantes biosocioeconómicos, la mayoría de personas adultas son de sexo femenino, adultos maduros, con ingreso

económico menor de 750 soles mensuales, jefe del hogar tienen trabajo eventual; menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria incompleta/completa. Todos tienen energía eléctrica permanente; la mayoría tienen casa propia, piso de material de tierra, techo es de calamina, agua de conexión domiciliar, baño propio, utilizan gas, los determinantes de estilos de vida, todos se bañan diariamente, la mayoría no fuma no consumen bebidas alcohólicas duermen de 6 a 8 horas, no realizan ningún examen médico periódicamente, en cuanto a su dieta alimenticia diariamente: más de la mitad consume fideos, menos de la mitad consume pescado y hortalizas; 3 o más veces a la semana. En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría se atendió en un centro de salud, tienen SIS-MINSA, consideran regular la de calidad atención más de la mitad refiere que si existe delincuencia o pandillaje. La mayoría no recibió apoyo social natural, ni organizado. No recibe apoyo de los programas del estado.

Calle S. (39), en su estudio titulado “Estudio Socioeconómico de los Centros Poblados de la Margen Izquierda del Río Piura-Distrito de Tambo Grande Comunidad Campesina de Castilla – Piura, 2011”. Tuvo como muestra 140 familias, El procesamiento de la información se obtuvo de las encuestas, fue a través del software (SPSS 12), para la obtención de indicadores y su posterior interpretación. Conclusión: Las actividades económicas están basadas en la ganadería, agricultura, se dedican comercio y en menor proporción oferta de Servicios de construcción, empleada doméstica, acceso a servicios de electricidad, solo tiene acceso los pobladores con mejores ingresos para cubrir dicho servicio, no ha beneficiado a todos los pobladores los cuales tienen que solicitar la instalación del servicio a la empresa correspondiente. Los pobladores acuden al servicio de salud de sus localidades y localidades vecinas; y en menor proporción a los centros de salud y hospitales de Sullana, Tambo grande y Piura; es muy frecuente enfermedades como la epilepsia en menores La característica de la vivienda predominante en la zona son de piso, de tabique revestida de barro, techo de calamina, reciben de agua por camión cisterna con alumbrado eléctrico, cocinan con leña, sin servicios higiénicos con letrinas.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.

La investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para favorecer, viabilizar, la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y de esta manera identificar los puntos de entrada de las intervenciones (40).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (40).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sana (41).

En la parte externa está representada por influencias sociales y de la comunidad. Los vínculos sociales influyen en los comportamientos personales en la parte anterior. Las personas que se ubican en el extremo inferior de la escala social tienen pocos nexos y sistemas de apoyo para su distribución, se

va debilitando por su estado y situación de privación de las comunidades que viven a menudo con pocos servicios sociales y de apoyo (41).

En el siguiente nivel, se encontramos los factores que tienen una relación con la condición de vida y del trabajo, acceso a la alimentación y servicios básicos. Tenemos que las pésimas condiciones de sus viviendas, exposición a condiciones de trabajo muy riesgosas el acceso muy limitado a los servicios de salud originan riesgos para los que se encuentran en una situación socialmente pobre y marginada. La condición económica, cultural y ambiental predominante en la sociedad engloba su totalidad los demás niveles (41).

En este modelo existen tres tipos de determinantes sociales de la salud. Primero son estructurales, que originan las desigualdades en la salud, implica lo que es vivienda, las condiciones de trabajo, acceso a servicios y abastecimiento de instalaciones esenciales, segundo determinantes intermediarios, son el resultado de los acontecimientos sociales y comunitarias, que pueden brindar el apoyo a las personas de la comunidad en condiciones menos favorables, los terceros llamados proximales, se refiere a la conducta personal y las diversas formas de vivir que podrían promover o causar daño a la salud (42).

a) **Determinantes estructurales**

Se refiere específicamente aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de la sociedad y definen la posición económica de las personas. Estos mecanismos conforman la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las categorías del poder, prestigio y el acceso a los recursos. Se ubican en este nivel las relaciones de género y de etnia (42).

b) **Determinantes intermediarios**

En los determinantes intermedios 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 determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Cada una de esas categorías se comportan de manera diferente en el individuo y su entorno según la posición social que le ha tocado vivir (42).

c) Determinantes proximales.

Se refiere al comportamiento de cada persona y las diversas maneras de vivir que pueden promover o hacer daño a la salud. Los determinantes sociales de la salud es un instrumento necesario para estudiar los impactos en salud más destacados para la población (43).

El modelo de Dahlgren y Whithead, el entorno obtenido del planteamiento de determinantes de la Salud unifican todos los ámbitos de acción más significativos de la comunidad, intentando generar compatibilidad de modelo entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (43).

Mi salud: Refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social. La salud puede ser entendida, en una aproximación, como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. Se puede decir que la salud es el anhelo más esencial, primordial del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad (43).

Comunidad: Es importante y significativo en la cimentación social para la salud. Es un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en

grados variables, por “Es un grupo de habitantes características (étnicas, localizados en la misma área, culturales, profesionales, etc.) bajo las mismas regulaciones comunes y/o por intereses y generales y que tienen normas aspiraciones que pueden devenir normas, culturas y organizaciones comunes (43).

Servicios de salud: Hace referencia al sistema de asistencia que reúne el ejercicio, habilidad, el acceso y la calidad del sistema de salud. Ya que los servicios de salud son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad (43).

Trabajo: Hace referencia a las condiciones de trabajo y a las conveniencias laborales, comprendiendo las leyes laborales, ambientes, y seguro social y el efecto que causa en la salud. Significa toda la actividad humana que se puede o se debe reconocer como trabajo entre las múltiples actividades de las que el hombre es capaz y a las que está predispuesto por la naturaleza misma en virtud de su humanidad (43).

Territorio (ciudad): Reúne los requisitos para habitar el ambiente, la condición de las viviendas y acceder a los servicios sanitarios básicos y el impacto que causaría en la salud. Es un lugar o área delimitada bajo la propiedad de una persona o grupo, una organización o una institución (43).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Tipo y Nivel:

Descriptivo: Especificaciones, propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (44,45).

Cuantitativo: Son aquellas que pueden ser medidas en términos numéricos (44,45).

Diseño de la Investigación:

Diseño de una sola casilla: Utilizan un solo grupo con el objeto de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio, sirve para resolver problemas de identificación (46,47).



Donde:

M: Representa la muestra

O: Representa lo que observamos

3.2. Población y muestra

Población

La población universo estuvo constituida por 749 personas adultas que habitan del asentamiento humano Vichayal - Querecotillo Sullana.

Muestra

El tamaño de la muestra fue de 254 personas adultas del asentamiento humano Vichayal –Querecotillo-Sullana, y se utilizó la técnica del muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

Cada adulto del asentamiento humano Vichayal –Querecotillo -Sullana en sus diferentes grupos etarios, que forma parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión.

- Persona adulta que vive más de 3 años en el asentamiento humano Vichayal –Querecotillo- Sullana, que formo parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación
- Persona adulta en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo – Sullana, que acepto participar en el estudio.
- Persona adulta en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo – Sullana, que tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión.

- Persona adulta del asentamiento humano Vichayal –Querecotillo-Sullana; que tenga algún trastorno mental.
- Persona adulta del asentamiento humano Vichayal –Querecotillo-Sullana; que tenga problemas en la comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (48).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Masculino
- Femenino

Edad

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala razón

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

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (50).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala de intervalo

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

- De 1801 a más

Ocupación del jefe de familia

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

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

Definición operacional

Escala nominal

Tipo

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

Tenencia

- Alquiler
- Cuidados/alojado
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler vente
- Propia

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

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
- Vela
- Otro

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 semanas, 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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros.

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

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.

Realización de examen médico periódico

Si ()

No ()

Actividad física en tiempo libre.

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

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

- Caminar

- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Ninguna

Alimentación

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala ordinal:

- Muy buena
- Buena

- Regular
- Mala

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

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

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
- Otros

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

¿Existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa?

Si ()

No ()

Apoyo social natural.

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- 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
- Otro

3.4. Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos:

Técnicas

En la presente investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (58).

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre los determinantes de la salud de la persona adulta, elaborado por Dra. Vilches A y consta de dos partes: datos de identificación y la segunda parte con datos de determinantes biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda , material de piso material de techo material de paredes números de habitaciones abastecimiento de agua combustible para cocinar energía eléctrica frecuencia con la que recogen basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de los estilos de vidas (frecuencia de fumar, frecuencia de 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,

tipos de seguro, calidad de atención que recibió) El instrumento estuvo conformado por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

- Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes 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:

EVALUACION CUANTITATIVA

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterios 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 en la persona adulta del Perú. (ANEXOS 3 y 4).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (59).

3.5. Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos y análisis de datos:

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

- Se coordinó con la persona adulta sobre su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 19.0 se presentaron los datos en tablas simples luego se elaboraron sus respectivos gráficos.

3.6. Matriz de consistencia

TITULO: DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO –SULLANA,2018

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES DE LA INVESTIGACION	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
<p>¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal - Querecotillo - Sullana, 2018?</p>	<p>Determinar los determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal - Querecotillo - Sullana, 2018?</p>	<p>-Identificar los determinantes del entorno socioeconómico en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal - Sullana. -Identificar los determinantes de los estilos de vida en la</p>	<p>-Determinantes del entorno biosocioeconómicos. Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental). -Determinantes de los estilos de vida. Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo,</p>	<p>Tipo y nivel de investigación. Cuantitativo, descriptivo. Diseño de la investigación Diseño de una sola casilla. Población Universo. Está constituida por 749 personas adultas en el asentamiento humano -Vichayal-Querecotillo - Sullana.</p>

		<p>persona adulta en el asentamiento humano Vichayal - Querecotillo- Sullana.</p> <p>-Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal - Querecotillo - Sullana.</p>	<p>actividad física), morbilidad.</p> <p>-Determinantes de las redes sociales y comunitarias. acceso a los servicios de salud para las personas adultas y su impacto en la salud, apoyo social</p>	<p>Muestra.</p> <p>El universo muestral estuvo constituido por 254 personas adultas en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo - Sullana, 2018 y la muestra estuvo determinada con la técnica del muestreo aleatorio simple.</p>
--	--	--	--	---

3.7. Principios éticos

Se valoró previamente los aspectos éticos de la investigación, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como también se planteó si los resultados que se puedan obtener fueran éticamente posibles (60).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05)

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

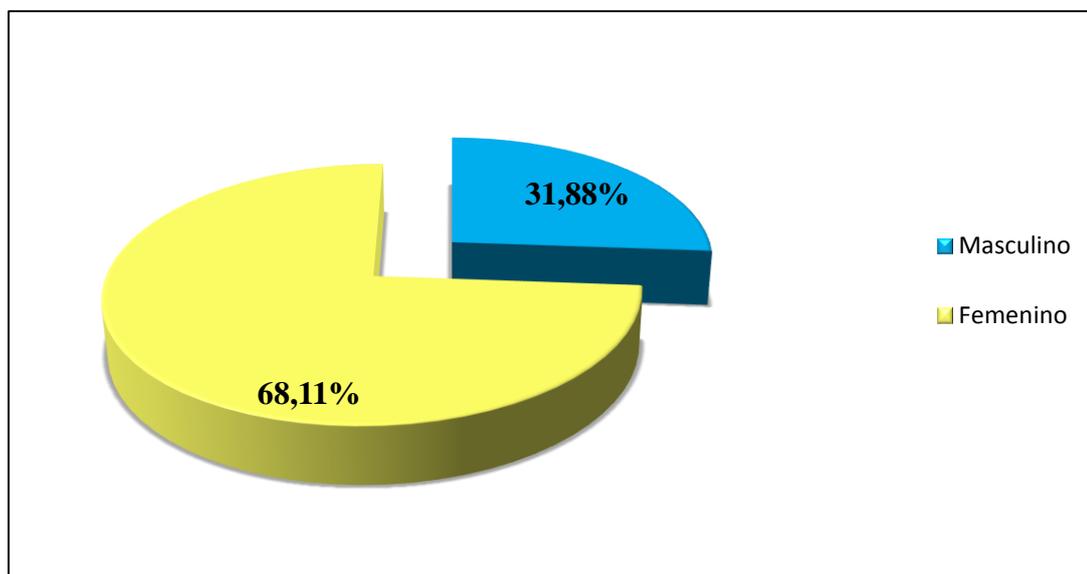
TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018

Sexo	n	%
Femenino	173	68,11
Masculino	81	31,89
Total	254	100,00
Edad (años)	n	%
Adulto Joven(18 años a 29 años)	62	24,41
Adulto Maduro(De 30 a 59 años)	157	61,81
Adulto Mayor(60 a más años)	35	13,78
Total	254	100,00
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	11	4,33
Inicial/Primaria	50	19,69
Secundaria Completa / Incompleta	164	64,56
Superior universitaria	3	1,18
Superior no universitaria	26	10,24
Total	254	100,00
Ingreso económico Familia(Soles)	n	%
Menor de 750	177	69,69
De 751 a 1000	75	29,53
De 1001 a 1400	2	0,78
De 1401 a 1800	0	0,00
De 1801 a más	0	0,00
Total	254	100,00
Ocupación	n	%
Trabajador estable	27	10,63
Eventual	224	88,19
Sin ocupación	0	0,00
Jubilado	3	1,18
Estudiante	0	0,00
Total	254	100,00

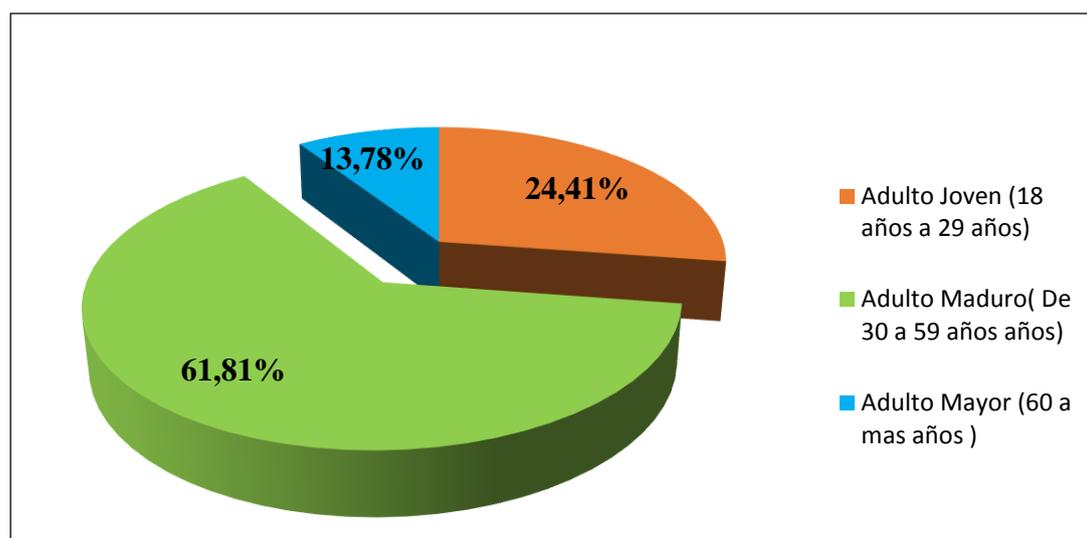
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo– Sullana, 2018.

GRÁFICO 1: SEXO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



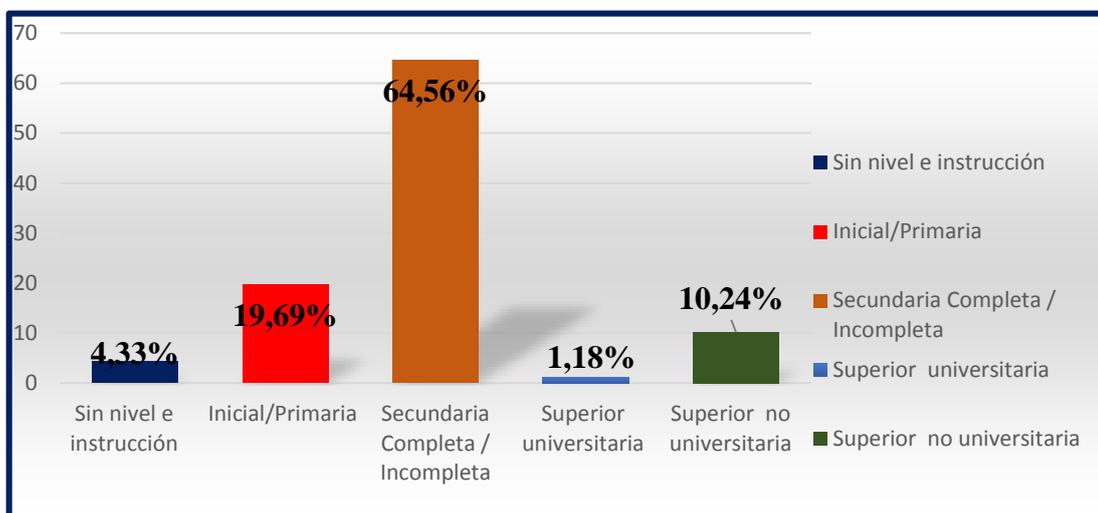
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRÁFICO 2: EDAD EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO SULLANA, 2018



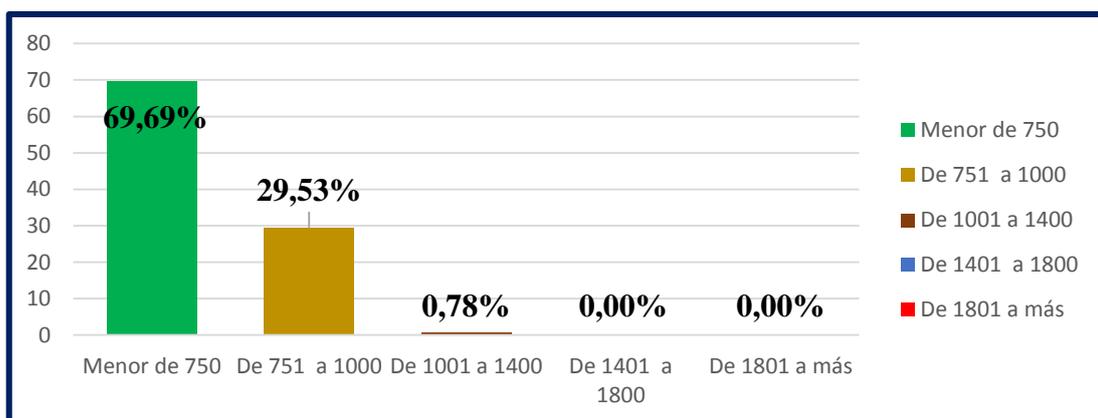
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRÁFICO 3: GRADO DE INSTRUCCION EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO SULLANA, 2018



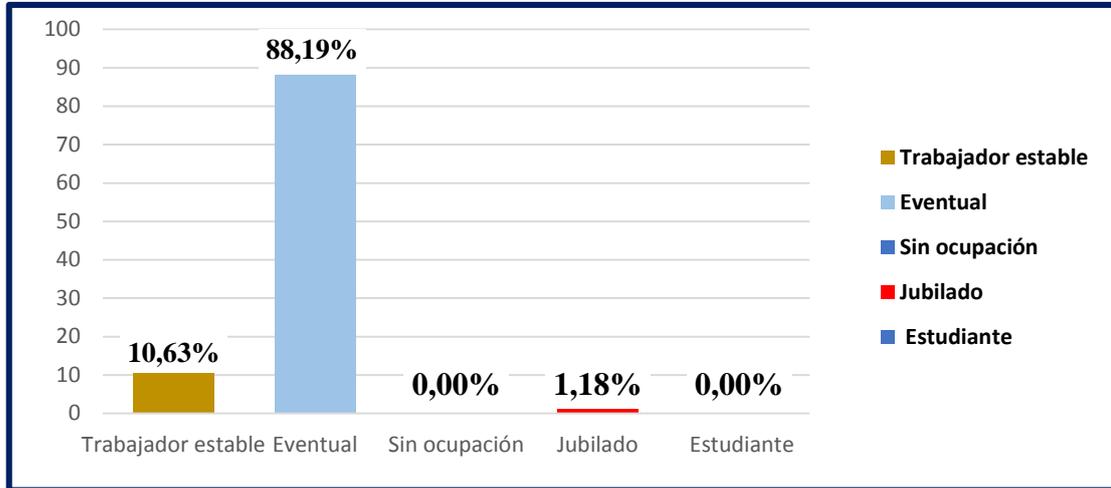
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRÁFICO 4: INGRESO ECONOMICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO -VICHAYAL QUERECOTILLO- SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRÁFICO 5: OCUPACION EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

TABLA 2

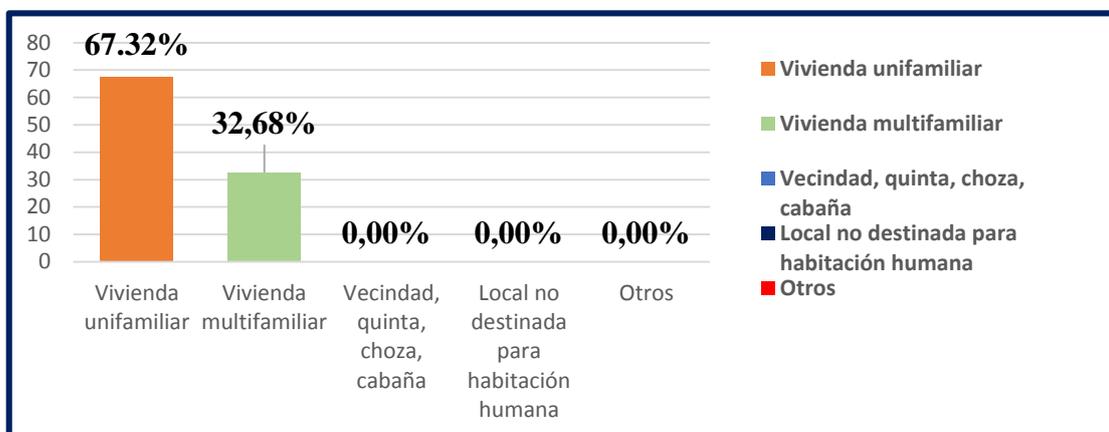
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	171	67,32
Vivienda multifamiliar	83	32,68
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,00
Local no destinada para habitación humana	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	254	100,00
Tenencia	n	%
Alquiler	13	5,12
Cuidador/alojado	63	24,80
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00
Alquiler venta	1	0,39
Propia	177	69,69
Total	254	100,00
Material del piso	n	%
Tierra	132	51,97
Entablado	0	0,00
Loseta, vinílicos o sin vinílico	5	1,97
Láminas asfálticas	116	45,67
Parquet	1	0,39
Total	254	100,00
Material del techo	n	%
Madera, estera	0	0,00
Adobe	0	0,00
Estera y adobe	0	0,00
Material noble, ladrillo y cemento	13	5,12
Eternit	241	94,88
Total	254	100,00
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	0	0,00
Adobe	8	3,15
Estera y quincha	129	50,79
Material noble ladrillo y cemento	117	46,06
Total	254	100,00
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	15	5,91
2 a 3 miembros	146	57,48
Independiente	93	36,61
Total	254	100,00
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,00
Cisterna	0	0,00
Pozo	0	0,00
Red pública	0	0,00

Conexión domiciliaria	254	100,0
Total	254	100,00
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,00
Acequia, canal	0	0,00
Letrina	57	22,44
Baño público	0	0,00
Baño propio	197	77,56
Otros	0	0,00
Total	254	100,00
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	186	73,23
Leña, carbón	68	26,77
Bosta	0	0,00
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00
Carca de vaca	0	0,00
Total	254	100,00
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,00
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00
Grupo electrógeno	0	0,00
Energía eléctrica temporal	0	0,00
Energía eléctrica permanente	254	100,00
Vela	0	0,00
Total	254	100,00
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,00
Al río	0	0,00
En un pozo	0	0,00
Se entierra, quema, carro recolector	254	100,00
Total	254	100,00
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0	0,00
Todas las semana pero no diariamente	0	0,00
Al menos 2 veces por semana	174	68,50
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	80	31,50
Total	254	100,00
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	191	75,20
Montículo o campo limpio	63	24,80
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	254	100,00

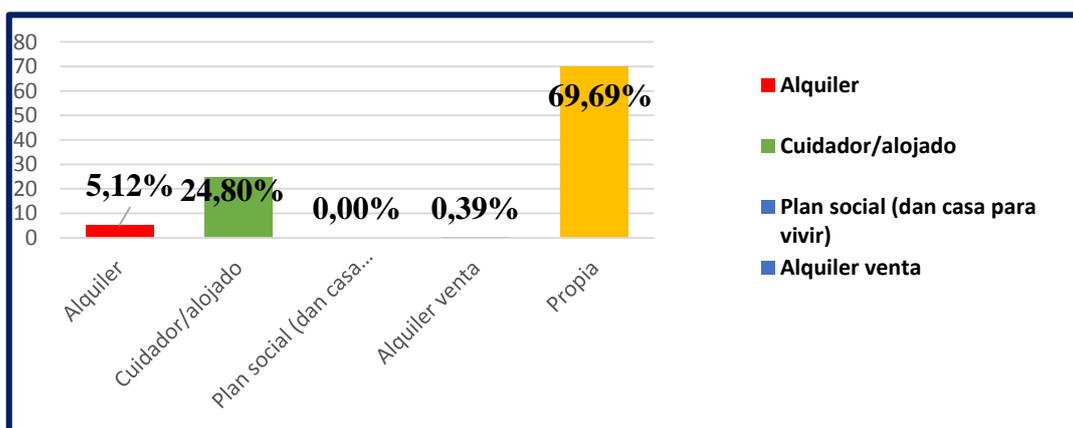
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.1: TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL – QUERECOTILLO- SULLANA, 2018



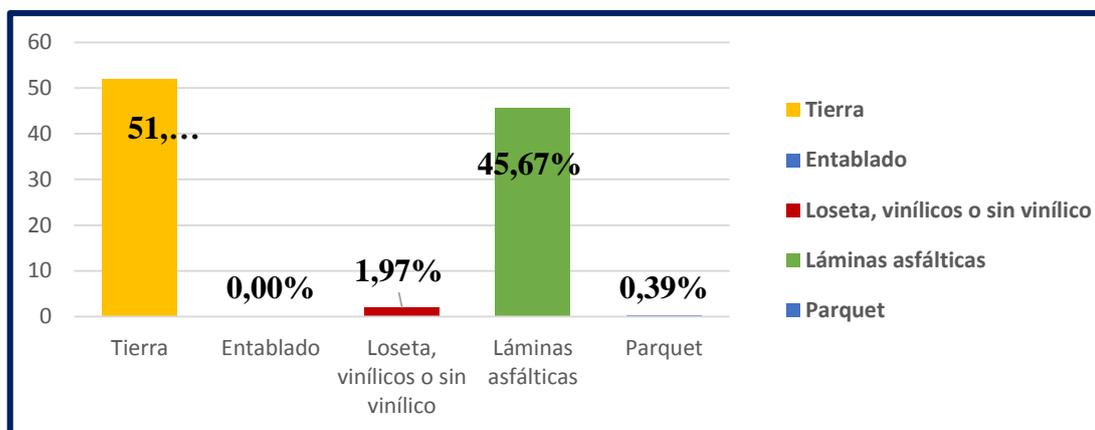
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL – QUERECOTILLO -SULLANA, 2018



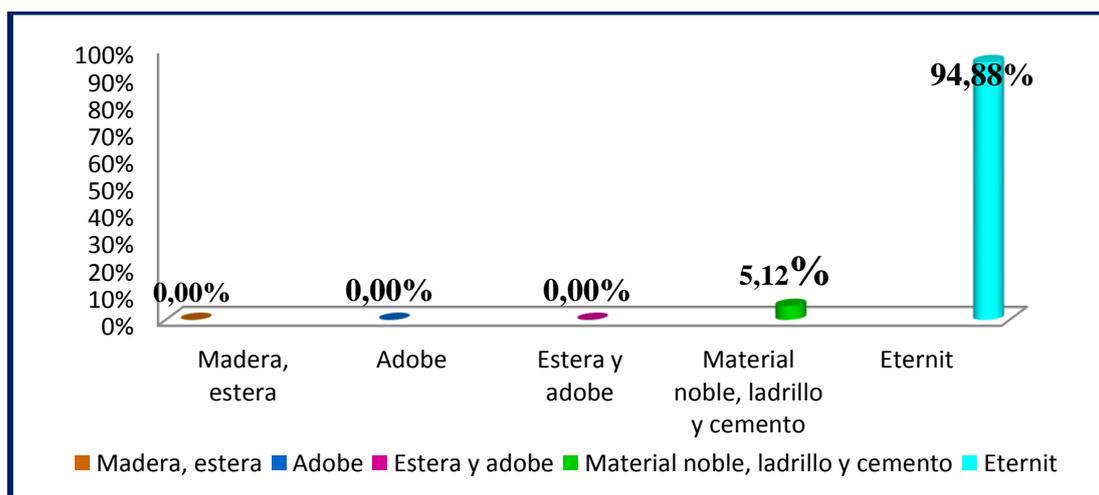
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO – VICHAYAL -QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



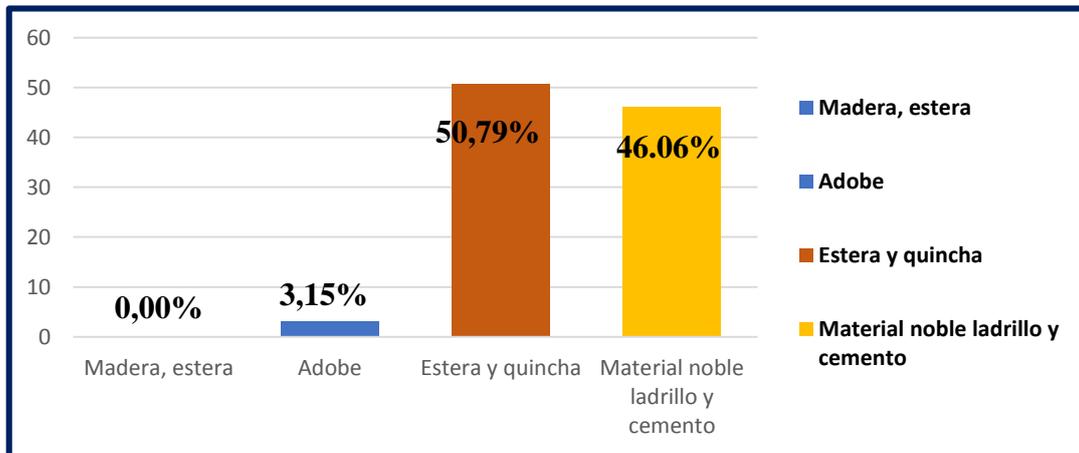
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



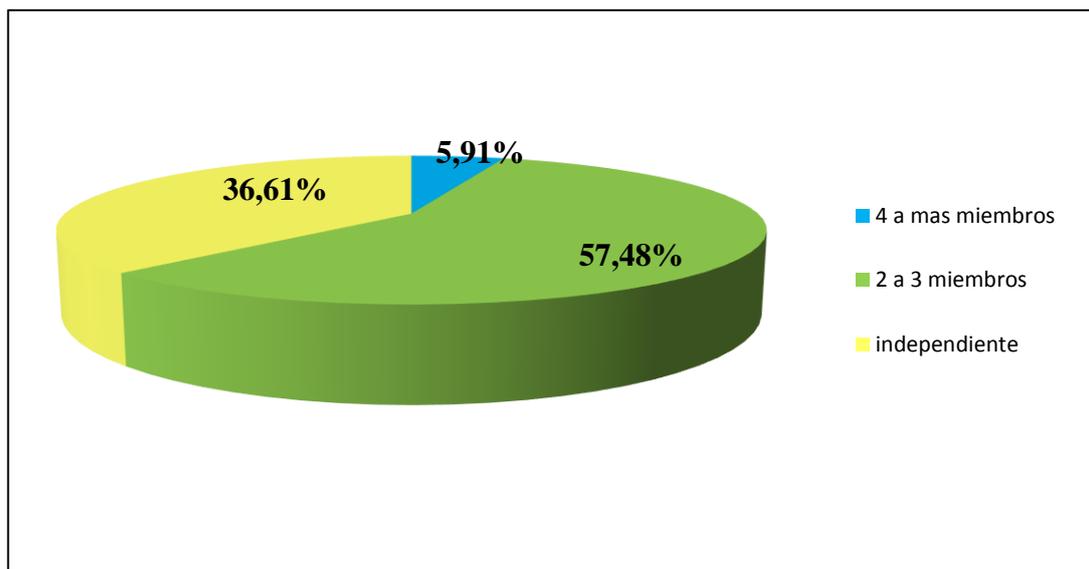
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.5: MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



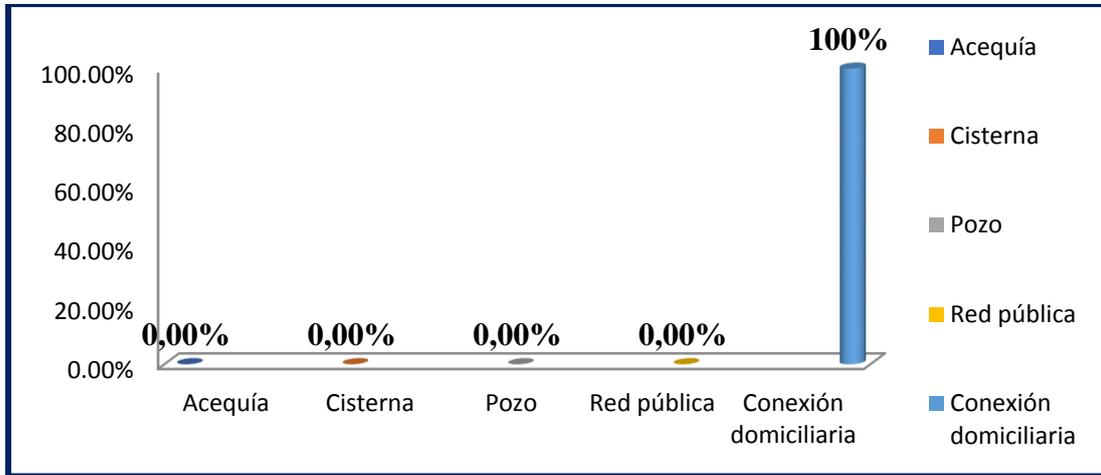
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 6.6: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



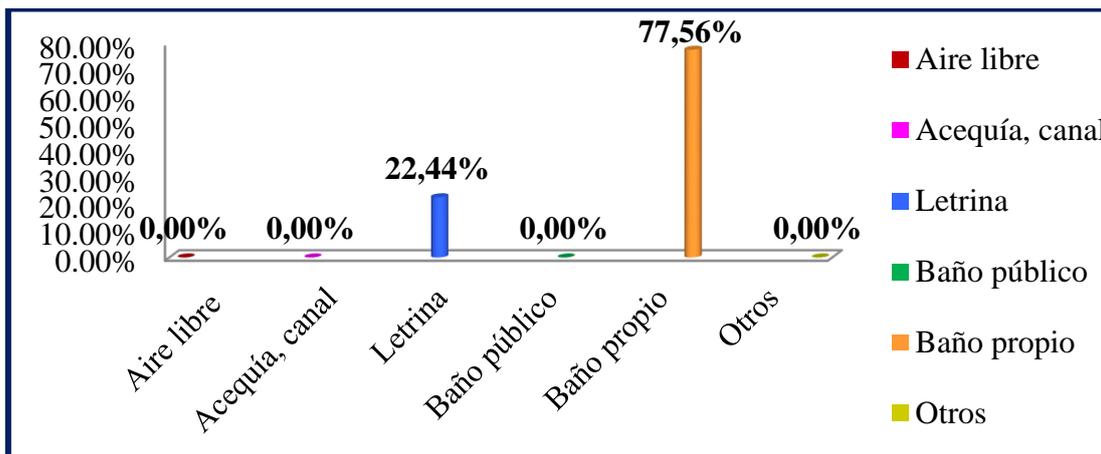
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



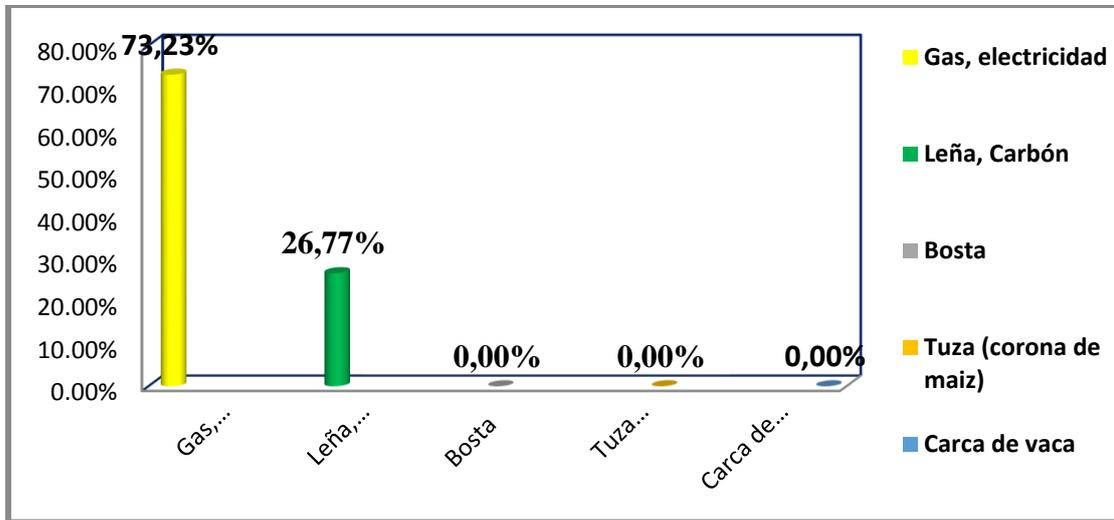
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal– Querecotillo -Sullana, 2018

GRÁFICO 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018.



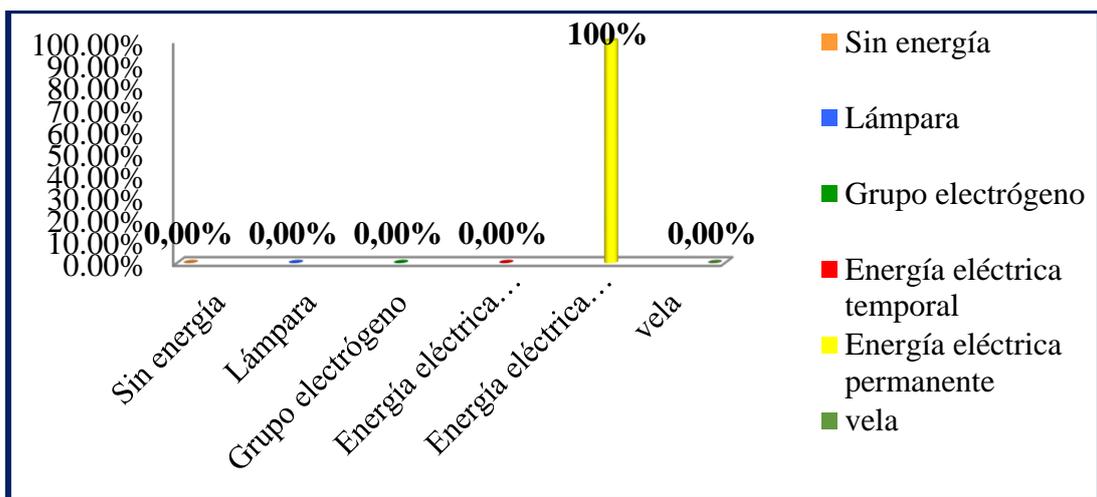
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 09: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



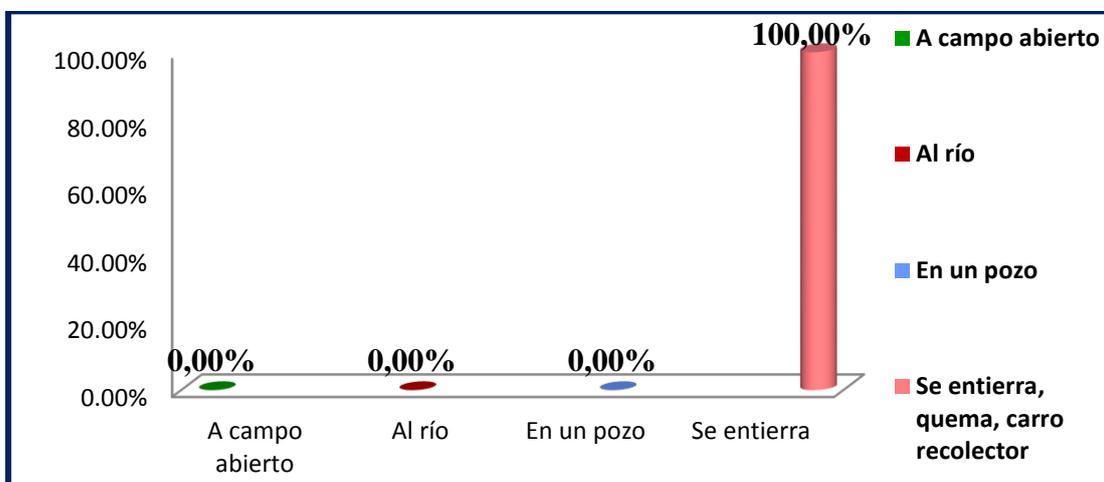
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 10: ENERGIA ELECTRICA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO SULLANA, 2018



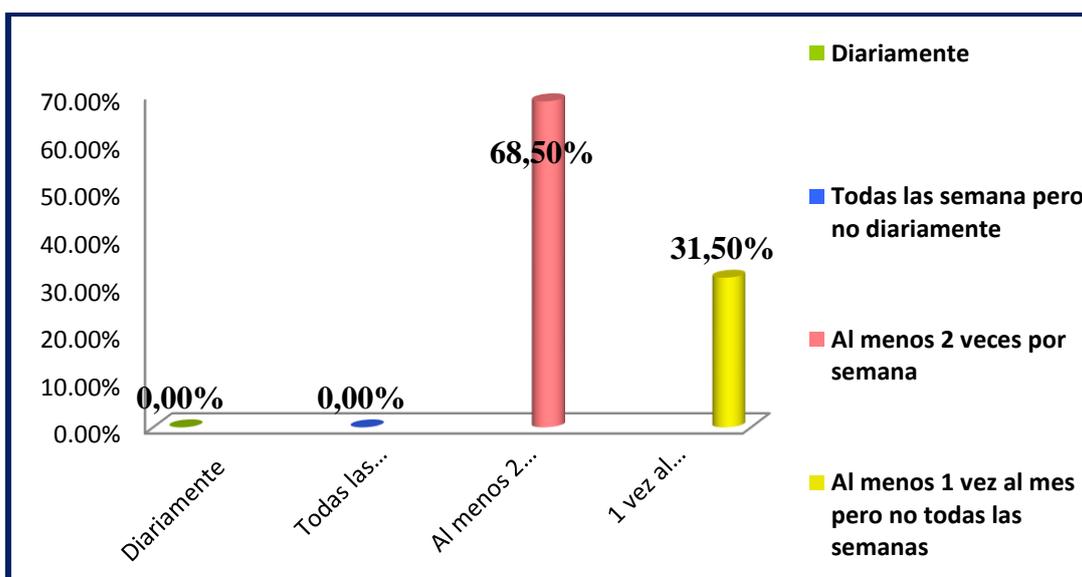
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal– Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



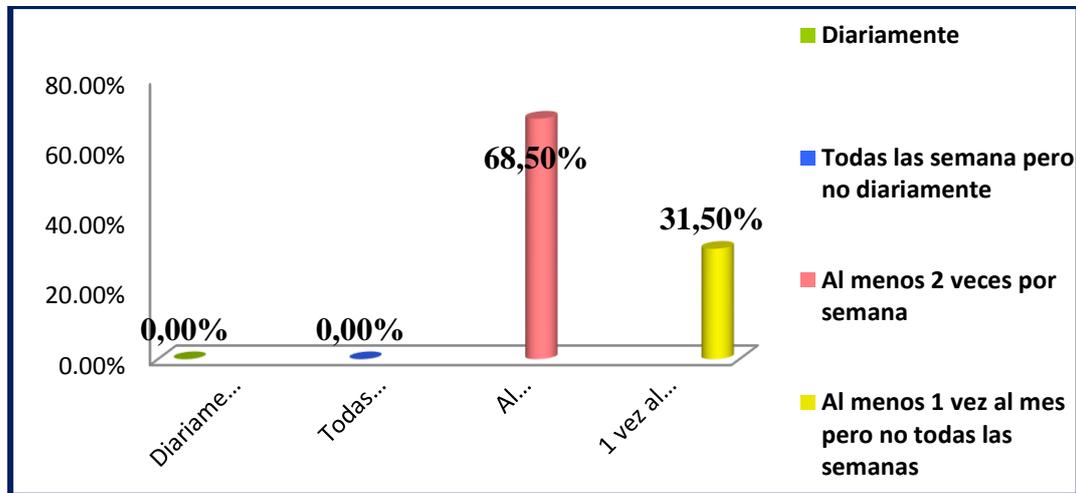
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 12: FRECUENCIA QUE RECOGEN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicado en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 13: TIPO DE ELIMINACION DE BASURA QUE EMPLEAN EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA,2018

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	1	0,39
Si fumo, pero no diariamente	17	6,69
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	40	15,75
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	196	77,17
Total	254	100,00
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,00
Dos a tres veces por semana	0	0,00
Una vez a la semana	0	0,00
Una vez al mes	0	0,00
Ocasionalmente	129	50,79
No consumo	125	49,21
Total	254	100,00
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	254	100,00
[08 a 10)	0	0,00
[10 a 12)	0	0,00
Total	254	100,00
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	254	100,00
4 veces a la semana	0	0,00
No se baña	0	0,00
Total	254	100,00
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	108	42,52
No	146	57,48
Total	254	100,00
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	20	7,87
Deporte	27	10,63
Gimnasia	0	0,00
No realizo	207	81,50
Total	254	100,00
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	14	5,51
Gimnasia suave	0	0,00
Juegos con poco esfuerzo	0	0,00
Correr	2	0,79
Deporte	13	5,12
Ninguna	225	88,58
Total	254	100,00

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

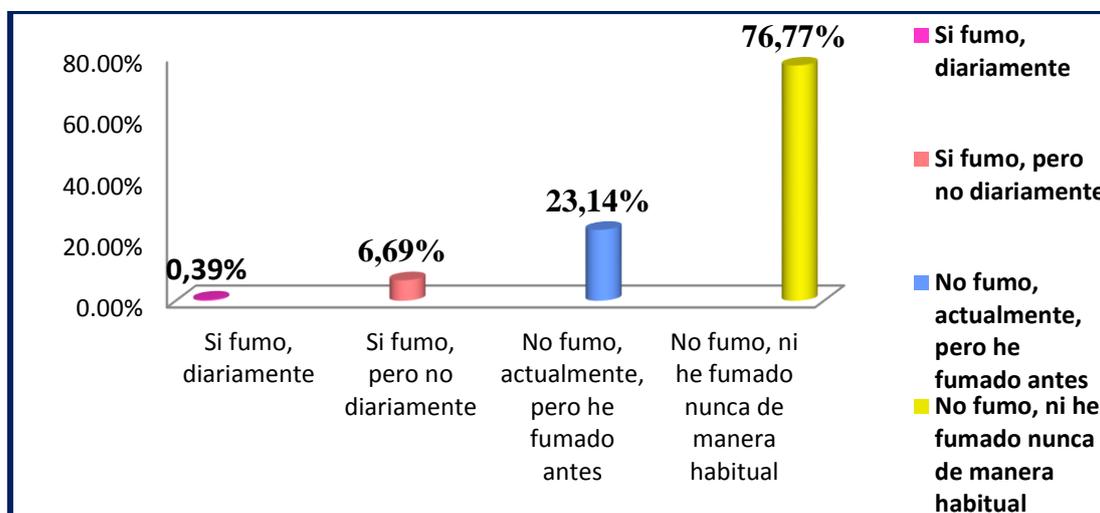
TABLA 3

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA
EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO –
SULLANA, 2018**

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	134	52,76%	76	29,92%	43	16,93%	1	0,39%	0	0,00%
Carne	55	21,65%	116	45,67%	79	31,10%	4	1,57%	0	0,00%
Huevos	139	54,72%	97	38,19%	16	6,30%	2	0,79%	0	0,00%
Pescado	107	42,13%	96	37,80%	50	19,68%	1	0,39%	0	0,00%
Fideos	223	87,80%	24	9,45%	6	2,36%	1	0,39%	0	0,00%
Pan, cereales	98	38,58%	81	31,89%	64	25,19%	6	2,36%	5	1,97%
Verduras, hortalizas	134	52,76%	73	28,74%	42	16,54%	4	1,57%	1	0,39%
Legumbres	105	41,34%	77	30,32%	51	20,08%	9	3,54%	12	4,72%
Embutidos	6	2,36%	55	21,65%	88	34,65%	54	21,26%	51	20,08%
Lácteos	118	46,46%	88	34,65%	27	10,62%	11	4,33%	10	3,94%
Dulces	3	1,18%	27	10,63%	91	35,83%	76	29,92%	57	22,44%
Refrescos con azúcar	4	1,57%	31	12,21%	83	32,68%	73	28,74%	63	24,80%
Frituras	23	9,06%	102	40,16%	78	30,71%	29	11,41%	22	8,66%

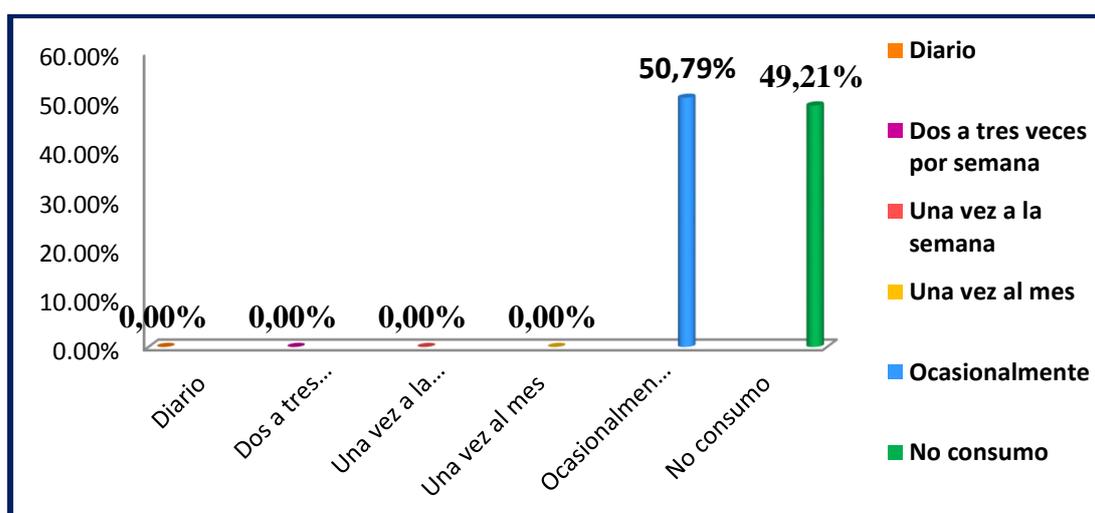
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vélchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 14: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL- QUERECOTILLO - SULLANA, 2018



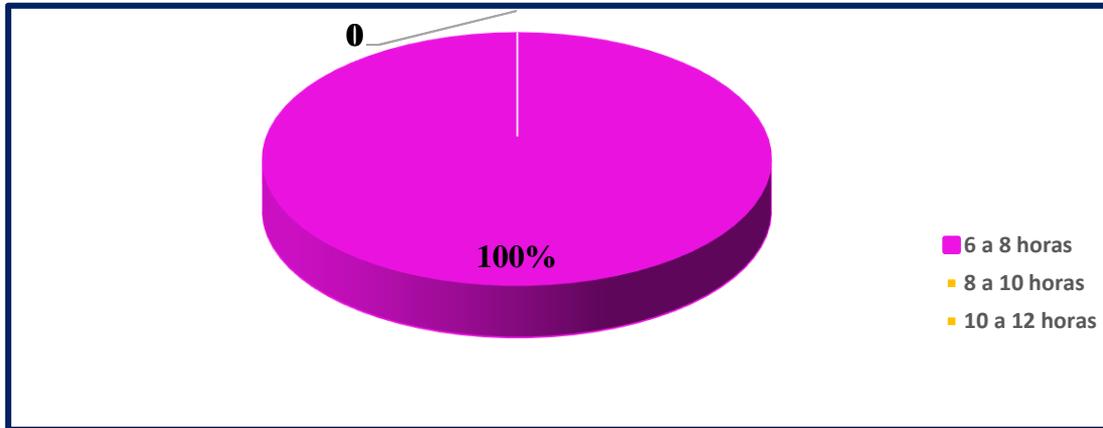
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



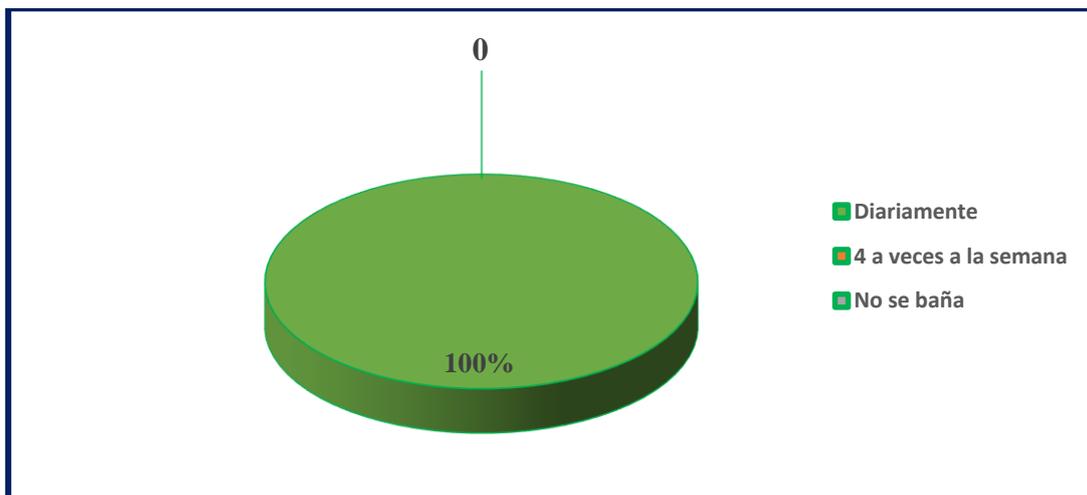
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 16: NUMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



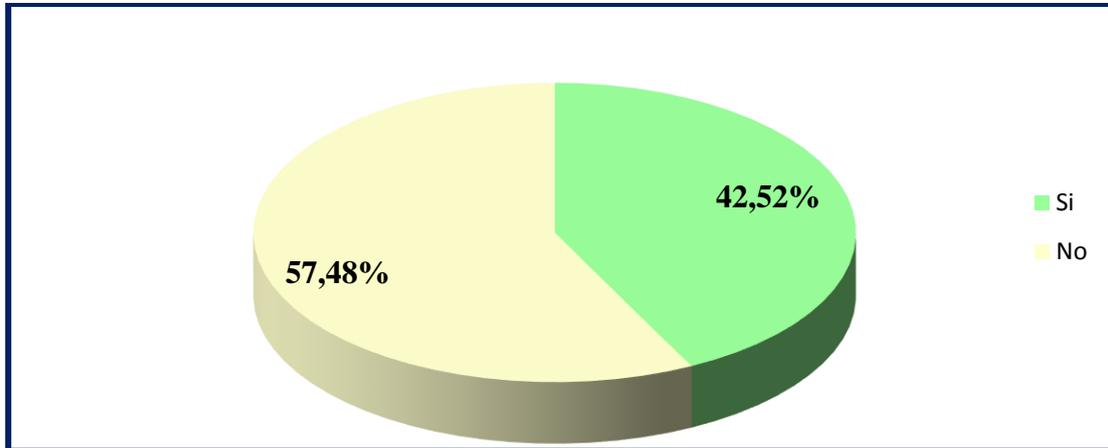
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 17: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



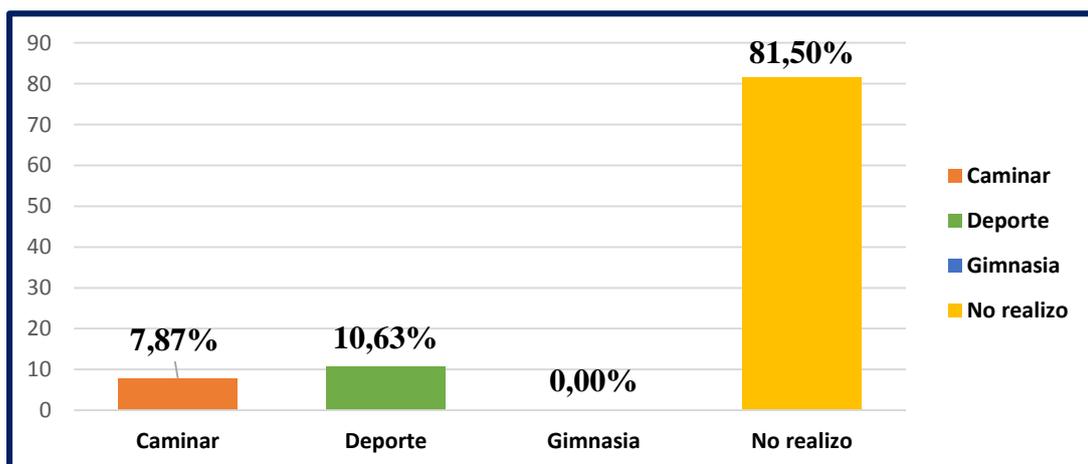
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 18: EXAMEN MEDICO PERIODICO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



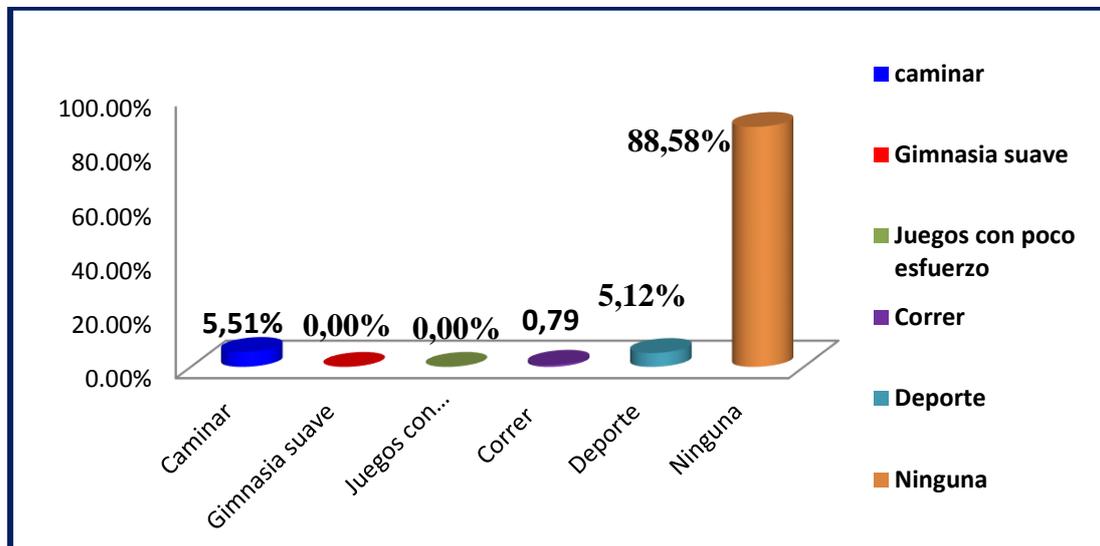
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 19: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL- QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



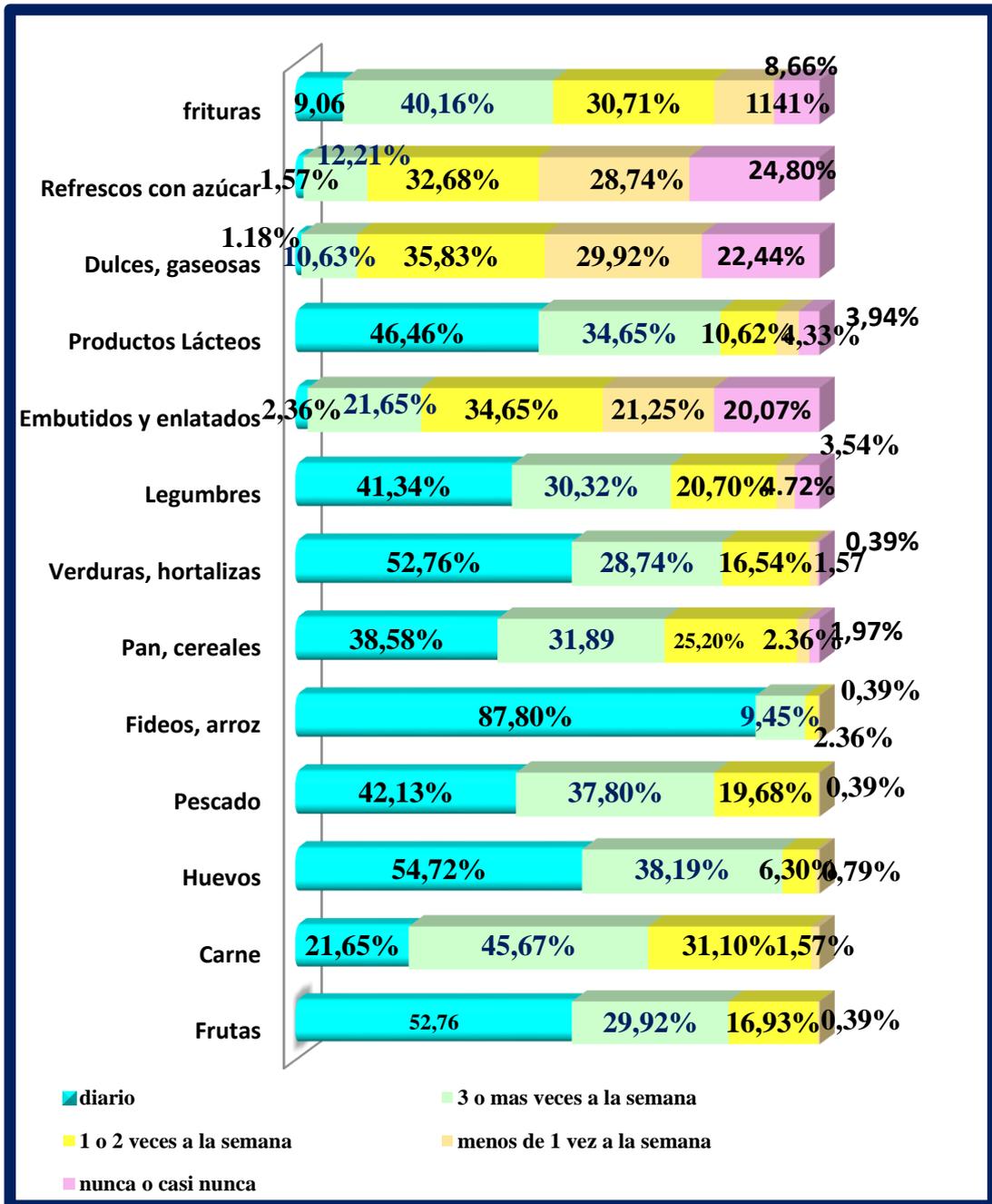
Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 20: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZO LA PERSONA ADULTA EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS POR MAS DE 20 MINUTOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL –QUERECOTILLO- SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 21: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vélchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal– Querecotillo -Sullana, 2018

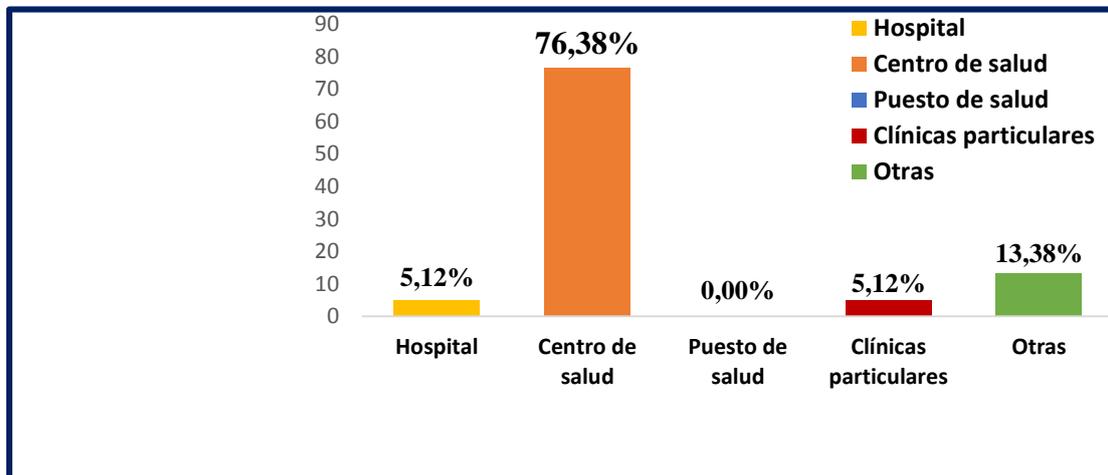
TABLA 4

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO - SULLANA, 2018.

¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:	n	%
Hospital	13	5,12
centro de salud	194	76,38
puesto de salud	0	00,00
clínicas particulares	13	5,12
otros	34	13,38
Total	254	100,00
¿Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está?	n	%
Muy cerca	38	14,96
Regular	0	0,000
Lejos	199	78,35
Muy lejos	16	6,30
No sabe	1	0,39
Total	254	100,00
¿Qué tipo de seguro tiene usted?	n	%
ESSALUD	30	11,81
MINSA	180	70,87
SANIDAD	0	0,00
otros/no cuentan	44	17,32
Total	254	100,00
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	12	4,72
Largo	108	42,52
Regular	117	46,06
Corto	17	6,69
Muy corto	0	0,00
No sabe	0	0,00
Total	254	100,00
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	1	0,39
Buena	84	33,07
Regular	123	48,43
Mala	44	17,32
Muy mala	2	0,79
No sabe	0	0,00
Total	254	100,00
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	82	32,28
No	172	67,72
Total	254	100,00

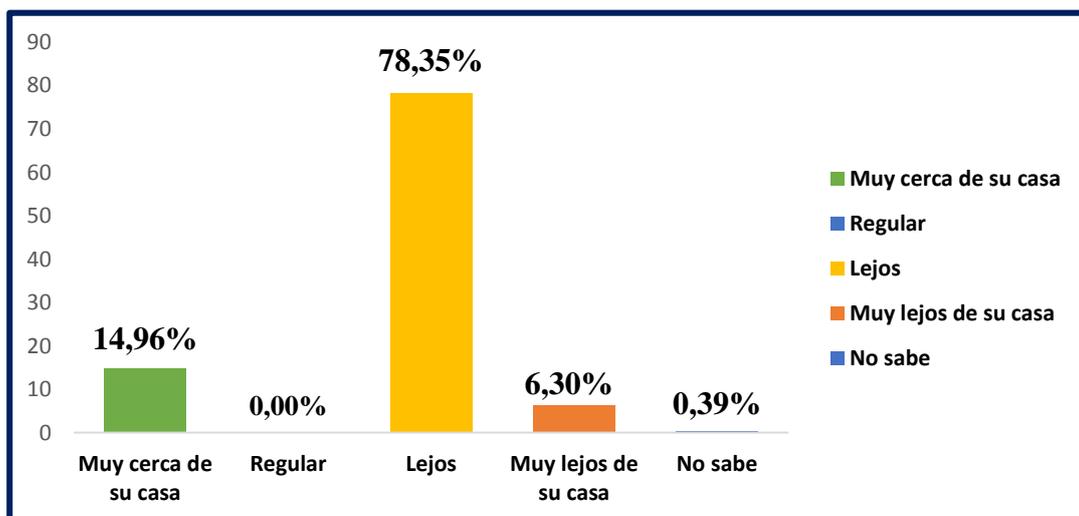
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal– Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 22: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



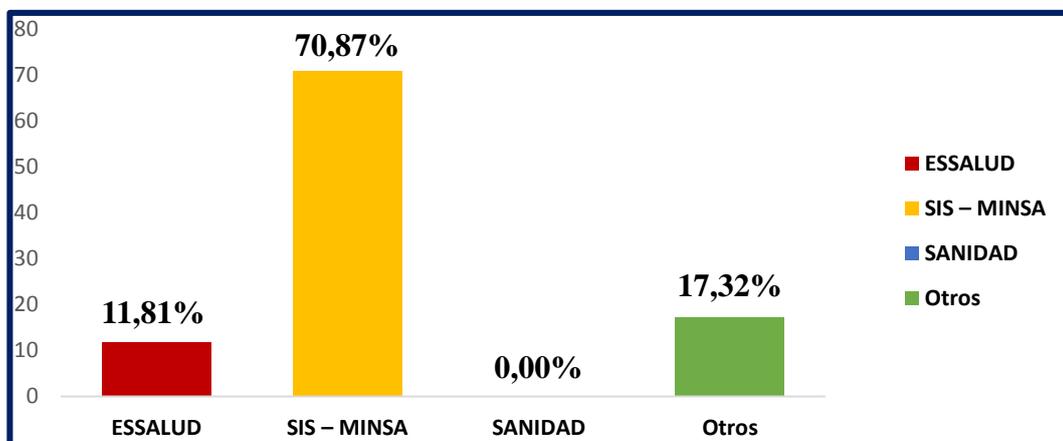
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 23: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO-SULLANA,2018



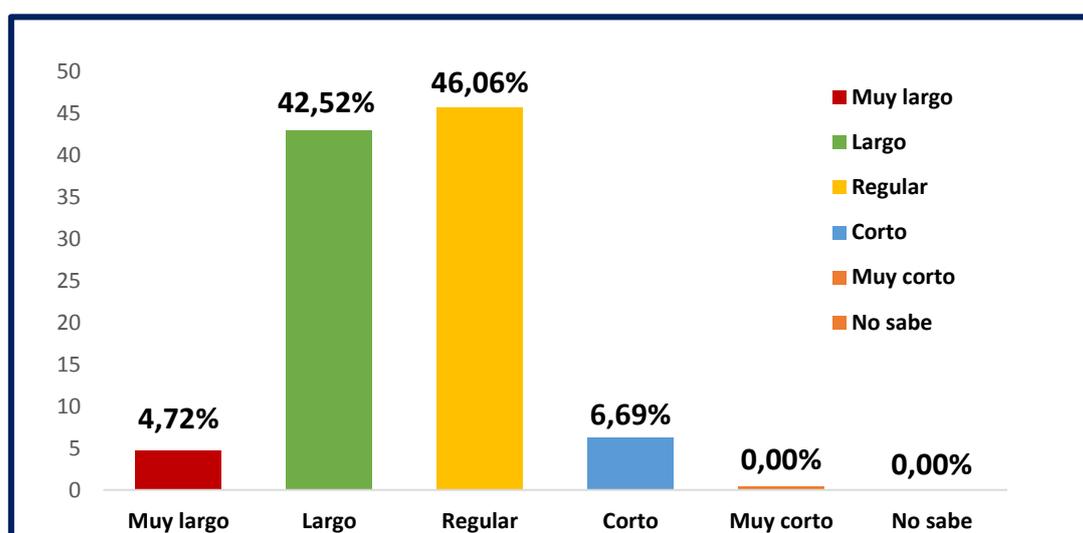
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 24: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



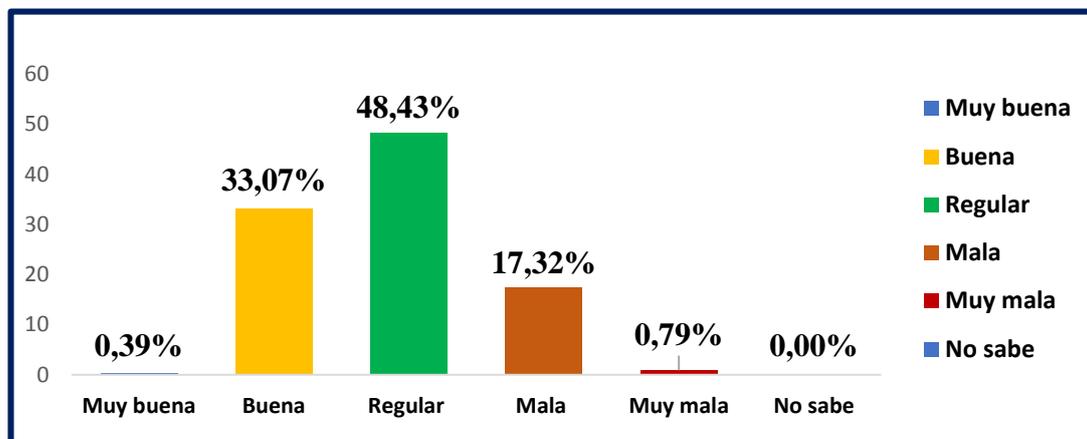
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 25: TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



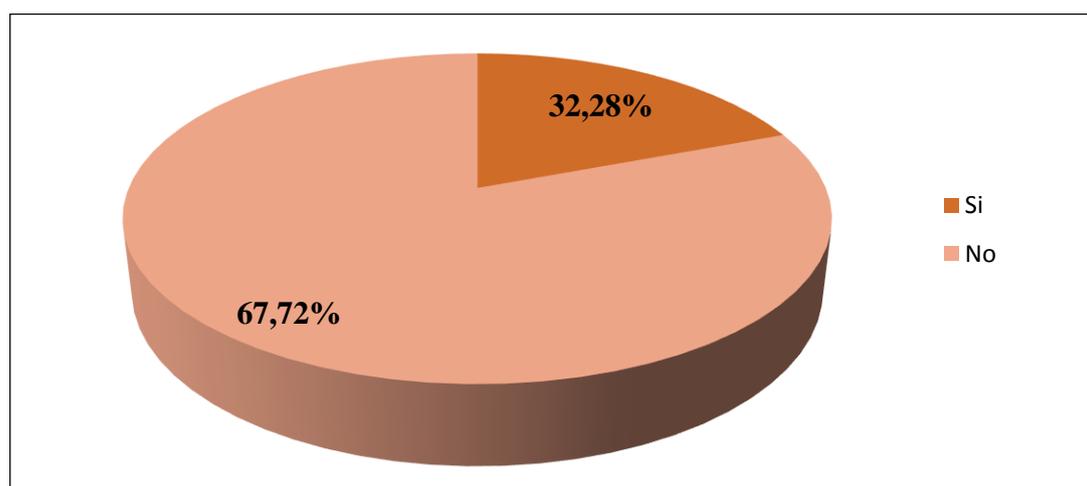
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo - Sullana, 2018

GRAFICO 26: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 27: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

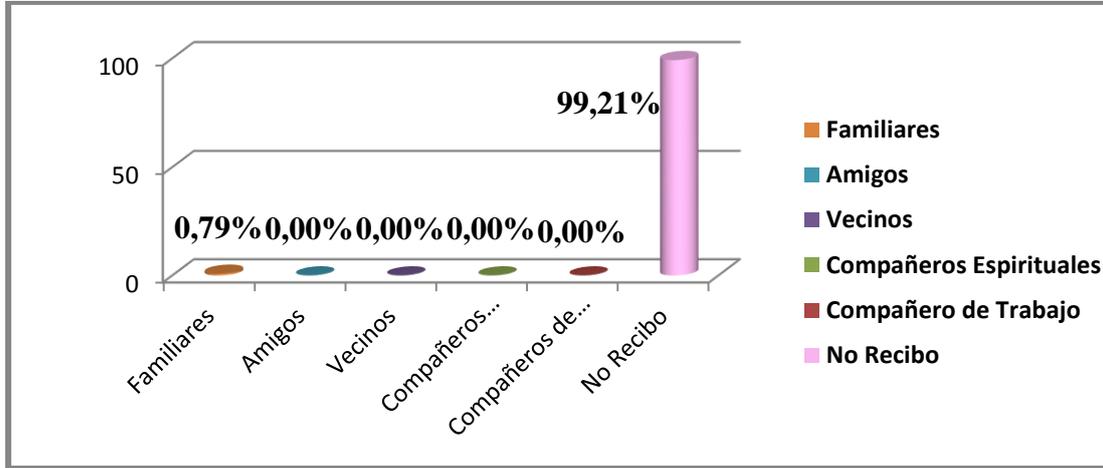
TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	2	0,79
Amigos	0	0,00
Vecinos	0	0,00
Compañeros espirituales	0	0,00
Compañeros de trabajo	0	0,00
No recibo	252	99,21
Total	254	100,00
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,00
Seguridad social	0	0,00
Empresa para la que trabaja	0	0,00
Instituciones de acogida	0	0,00
Organizaciones de voluntariado	0	0,00
No recibo	254	100,00
Total	254	100,00

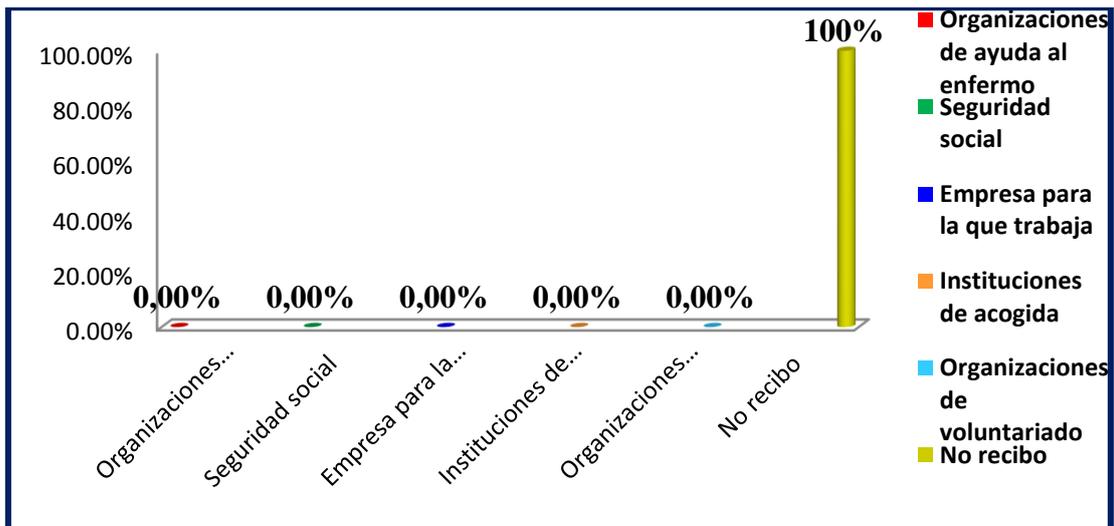
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 28: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 29: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL - QUERECOTILLO-SULLANA, 2018



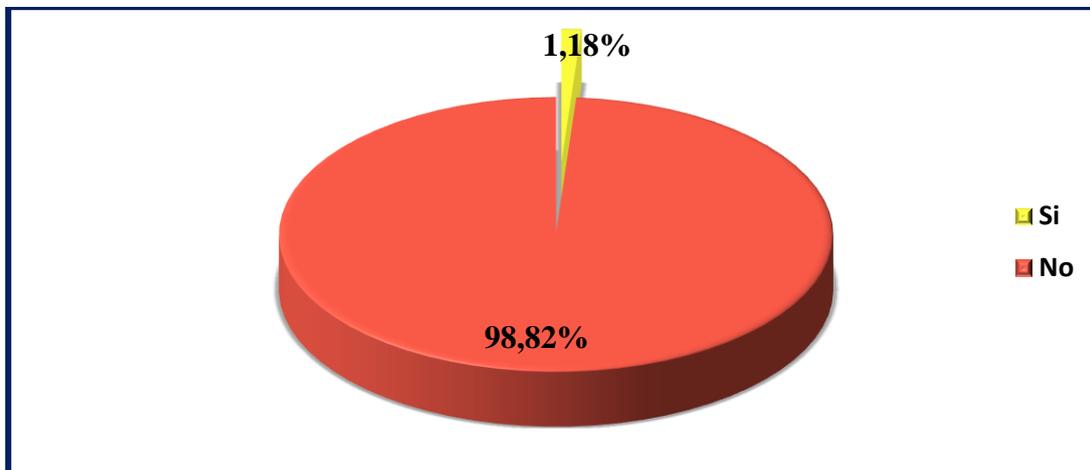
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

TABLA 6**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO – SULLANA, 2018**

Recibe apoyo social de las organizaciones	SI		NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pensión 65	3	1,18	251	98,82	254	100,0
Comedor popular	1	0,39	253	99,61	254	100,0
Vaso de leche	37	14,57	217	85,43	254	100,0
Otros	0,00	00,00	254	100,00	254	100,0

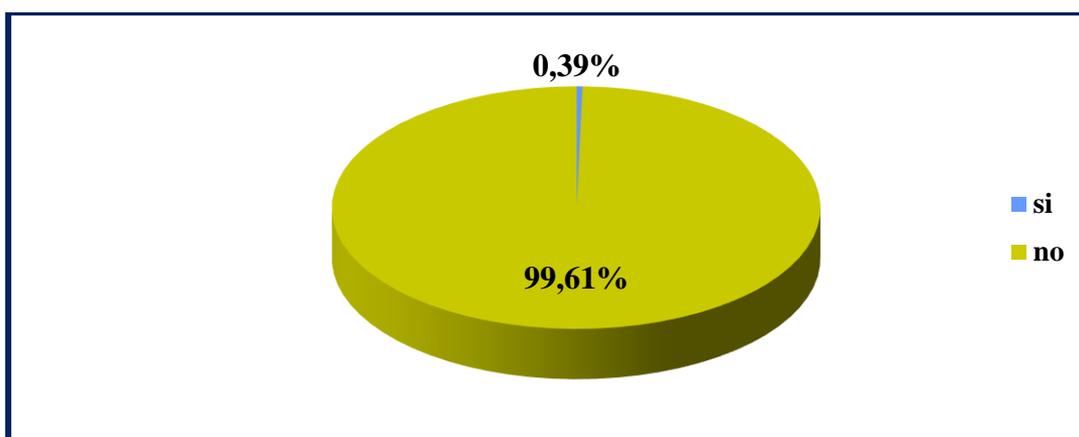
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018.

GRAFICO 30.1: RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL QUERECOTILLO-SULLANA, 2018.



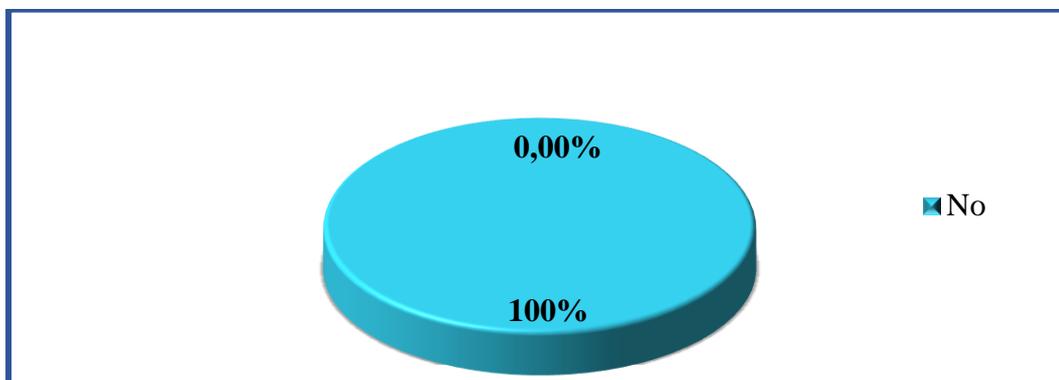
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 30.2: RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL –QUERECOTILLO-SULLANA,2018



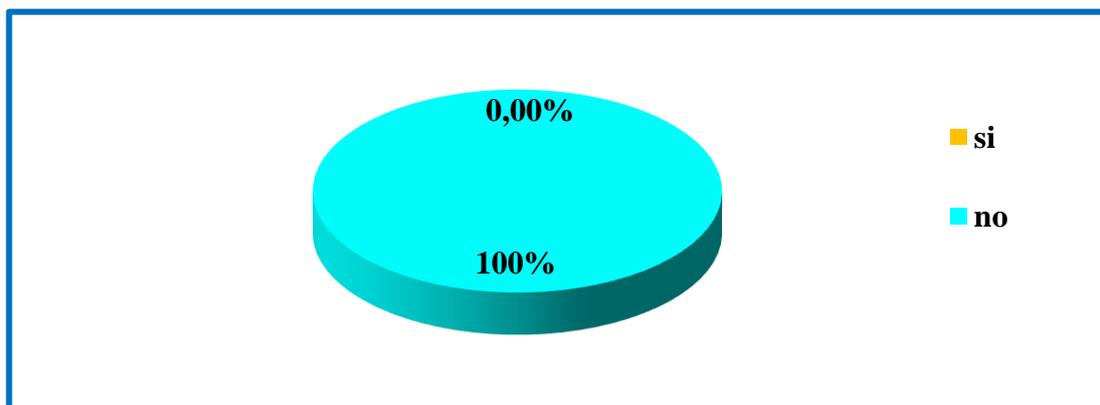
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vílchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 30.3: RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL-QUERECOTILO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Vilchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

GRAFICO 30.4: RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERCOTILLO-SULLANA, 2018



Fuente: Cuestionario de determinantes de la Salud en adultos elaborado por Dra. Vilchez A, aplicada en la persona adulta en el asentamiento humano Vichayal – Querecotillo -Sullana, 2018

4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las variables determinantes biosocioeconómicas, de las personas adultas en el asentamiento humano Vichayal -Querecotillo-Sullana, 2018.

En tabla 1: El 68,11% son de sexo femenino, el 61,81% de las personas adultas son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 meses, 29 días), respecto al grado de instrucción se observa que el 64,56% tienen grado de instrucción secundaria completa /incompleta, además el 69,69% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 88,19% son trabajadores eventuales.

Los resultados de esta investigación se asemejan a los de Correa B. (61), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre –Sullana”. Tuvo como resultado en determinantes de la salud biosocio económicos que el 55,68% de ellos son de sexo femenino, el 51,14% están en la etapa adulto maduro tienen una edad comprendida de (30 y 59 años 11 meses 29 días). Respecto al grado de instrucción el 52,27% tienen secundaria completa/incompleta, se observa también que el 63,07% tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, además el 73,86% son trabajadores eventuales.

Los resultados se aproximan con los encontrados por Yaipén L. (62), en su estudio “Estilos de vida y enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014”. Evidenciaron que 95,7% tienen ingreso económico menor de 750 nuevos soles el 50% de la población es femenina como también masculina y difieren en la edad de la población entre 24- 43 años Más de la mitad son agricultores; profesan mayormente la fe católica, El 40% tienen primaria completa y 42,9% son casados.

Los resultados difieren del estudio de Paredes H. (34), en su estudio titulado “Estilos de vida y características sociales de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015”. El grupo etario de 60 a 79 años con el 56.6%, la ocupación que predomina fue amas de casa con 64.4% y el 35.6% son comerciantes. En estado civil son viudos el 35.6%, el 28.9% son casados, el 17.8% son convivientes, solo el 8.9% son solteros y divorciados. En cuanto al grado de instrucción son iletrados el 46.7%, tienen primaria incompleta el 37.8%, el 6.7% tienen primaria completa y el 4.4% representan los grupos con secundaria incompleta y secundaria completa. Pero guarda semejanza Referente al sexo el 68.9% son mujeres y el 31.1% son varones.

Sexo Características biológicas que definen a los seres humanos como varón o mujer. 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 (63).

Edad Periodo que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. Cada edad tiene sus propias características. Existe un acuerdo general en clasificar los distintos periodos de la vida en cuatro grandes bloques: infancia, juventud, madurez y vejez Adulto maduro algunos le llaman la segunda adultez (64).

Etapa adulta madura o madurez media: periodo entre los 40 y 65 años; es aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, el desarrollo de su inteligencia y económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras en las personas adultas maduras Erikson la denomina, la etapa de la crisis de productividad vs estancamiento. Los primeros treinta años anuncian lo que Levinson ha llamado formalización, entonces en esta etapa muy importante del ciclo vital, ya que esta es considerada de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es en definitiva el período en el que se consigue la plena autorrealización (65).

Ocupación Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares (66).

En la investigación realizada al asentamiento humano Vichayal-Querecotillo, Sullana. Los resultados obtenidos fueron más de la mitad de la población son personas de sexo femenino, en comparación del sexo masculino esto se debe que el estudio se desarrolló por la mañana y muchos de los esposos salen a trabajar en sus diversas labores como son agricultura, trabajos eventuales, comercio, esto me permite emitir un juicio que el varón es el encargado de proveer y mantener a su familia, a la vez que no existe igualdad de género ya que la mujer está dedica al cuidado de los hijos y del hogar, es una posición machista de nuestra sociedad, por ello es importante desterrar esta mentalidad tan absurda que el hombre tiene más derechos que la mujer o que esta le pertenece. Todos somos iguales ante la ley y con los mismos derechos.

En cuanto al grado de instrucción se encontró que más de la mitad de la población de este asentamiento humano cuenta con estudios secundaria completa e incompleta, se debe a que provienen de hogares de bajo nivel socioeconómico, esto hace que los padres no valoren la importancia de que los hijos sigan una carrera profesional, optando que los jóvenes una vez culminado sus estudios secundarios empiecen a trabajar en las diversas actividades como agricultura, comercio, o actividades eventuales para apoyar en la economía del hogar, otro factor es la falta de oportunidades en la sociedad, muchos de ellos prefieren trabajar para ayudar en el sustento familiar, falta de educación sexual y reproductiva, las mujeres salen embarazadas muy jóvenes y hacen ya su familia sin pensar en el futuro de los hijos.

El ingreso económico encontramos que la mayor parte de la población de dicho asentamiento humano solo cuenta con un ingreso económico menor del sueldo mínimo, que es 750 nuevo soles esto se debe a que, en el Perú, existe un fenómeno de desigualdad muy marcado en cuanto al acceso de oportunidades que no permiten a las personas tener un nivel de vida aceptable y de un sueldo digno. Aunado a ello la poca preparación académica que cuentan los pobladores por lo que estarán condenados muchos de ellos a vivir en la pobreza. Es por ello que el salario que perciben no les alcanza para cubrir y satisfacer las necesidades básicas de su hogar.

Cuando se habla de ocupación, encontramos que gran parte de la población de este asentamiento humano, cuenta con un trabajo eventual esto se debe a la poca preparación académica que recibieron el cual los limita a acceder a un trabajo mejor remunerado. Esta condición permite que estén a merced de empresas informales, y personas inescrupulosas contraten mano de obra barata y sin ningún beneficio.

En la tabla N° 02: Sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda se pudo observar que los adultos del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana, 2018 el 67,32% tienen una vivienda unifamiliar, el 69,69% de las personas adultas poseen una vivienda propia, el 51,97% el piso de las viviendas es de tierra, el 94,88% cuenta con un techo de material de Eternit, calamina, el 50,79% el material de las de las paredes son de adobe, quincha, en cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 57,48% utilizan de 2 a 3 miembros de la familia, el 100% de las personas cuentan con conexión domiciliaria para el abastecimiento de agua, así mismo el 100% cuenta con energía eléctrica permanente el 77,56% poseen baño propio para eliminar sus excretas, el 73,23% utiliza como combustible el gas para preparar sus alimentos, en cuanto a la disposición de la basura el 100% hace uso del carro recolector, el 68,50% menciona que el carro recolector pasa al menos 2 veces por semana, y el 75,20% suelen eliminar la basura a través del carro recolector.

Los resultados se asemejan con los encontrados por Astudillo G. (67), en su investigación “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013” Con una muestra de 243 personas adultas; refleja como resultados determinante de la salud relacionados con la vivienda que el 79,42% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 90,12% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 75,31% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 97,12% de las viviendas tienen techo de plancha de Eternit calamina, así también el 50,21% de las viviendas tienen sus paredes de adobe. En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 55,14% la utilizan de 2 a 3 Miembros. Además, encontramos el 51,03% se abastece de agua conexión.

Estos resultados difieren con el de Hadad N. (68), en su estudio relacionados con “Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010”; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, el 73.3% tienen material de piso es de cemento, el 43.3% el material de techo es de concreto, el 56,7% así mismo el material de las paredes es de cemento, el 36.6% posee 1 habitación para dormir, pero guardan semejanza en que el 100% de la población tiene vivienda propia, el 96.6% tiene agua entubada en casa, el 83.4% usa gas para cocinar sus alimentos 92.5% cuenta con energía eléctrica en casa, el 76.6% refiere que recogen su basura diariamente y el 93% elimina su basura en carro recolector de basura.

Los resultados se asemejan a los estudios realizados por Alzate E, et al (69), quienes Investigaron sobre la “Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia” (Colombia) – 2011. Se encontró que el 58.3% de la población cuenta con vivienda propia, el 25% son arrendadas, el 8,3% en sucesión y el 3,4% en préstamo. EL material del piso y paredes es liso impermeable con el 100%, el 100% cuenta con techo de Eternit. El 93.1% de viviendas tiene cobertura de energía. El 69% cuentan con acueducto veredal. Pero Difieren en que el 11,8% de las personas utilizan leña y madera como combustible para la cocción de los

alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,6% en el total de las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,6%, el 11.7% quema, el 11.7% bota al campo abierto.

Los resultados obtenidos en la investigación difieren con Rosario S. (70), “Determinantes de la salud en mujeres adultas jóvenes, asentamiento humano José Luis Sánchez Milla - Nuevo Chimbote, 2013”. Del 100% se encontró un 20,0% de viviendas son del tipo multifamiliares, el 100% tiene techo de esteras, paredes de esteras y maderas. También se encontró que un 100% de personas se abastecen de agua por cisterna, un 91% eliminan sus excretas en letrinas, el 49% utiliza leña y carbón para cocinar, un 24,2% utiliza velas para iluminarse por las noches, el 84,2% entierra o quema la basura ya que en 93,7% dijeron que el carro recolector de basura pasa al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.

Vivienda Saludable Es el espacio físico donde las personas 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. Vivienda saludable implica un diseño, localización y construcción y se extiende luego al uso y mantenimiento, es decir, la localización, materiales usados para su edificación, seguridad proceso constructivo, composición de su espacio, calidad de sus acabados, el contexto periférico global si está relacionada a la educación sanitaria de sus moradores, a los estilos y condiciones de vida (71).

La vivienda como espacio vital La vivienda es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan (72).

Los pisos de la vivienda, se refiere al material de construcción de la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda, como: tierra, cemento; losetas, terrazos, cerámicos o similares parquet o madera pulida laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (73).

El hacinamiento es un problema realmente extendido en el mundo entero, la población mundial es muy numerosa y cada vez son menos los espacios disponibles para contenerlos. Se evidencia este fenómeno es en las grandes ciudades, capitales del mundo, ya que es en éstas donde la mayor parte de la gente quiere vivir por las posibilidades laborales, de desarrollo o educativas que ofrecen, pero con un déficit en materia de oportunidades, las condiciones como la pobreza también resultan ser disparadores de situaciones de hacinamiento. Ante la escasez de recursos económicos, por no poder pagar el alquiler de una vivienda cómoda, que disponga de varias habitaciones, los pobres, no tienen más opción que convivir todos juntos en pequeñas casas, y en los casos más extremos hasta en habitaciones mínimas, que deben compartir (74).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos es una de las principales causas de la contaminación de nuestras ciudades, pueblos y barrios, deteriora el paisaje y pone en riesgo la salud de las personas. Se recomienda para el manejo de los residuos sólidos, mantener los recipientes que contienen los residuos tapados y en un lugar alejado de los animales, las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones (75).

Acerca del tipo de vivienda en el asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana es unifamiliar esto se debe a que la población tienen un concepto bien definido lo que significa la familia es por ello que lo

demuestran al momento de formar su propio hogar, el cual está conformada por padres e hijos.

La tenencia de la vivienda es propia esto se debe a que los dirigentes, y autoridades de este asentamiento humano realizaron gestiones ante la municipalidad el cual les han hecho entrega de títulos de propiedad, además en los años en que se fundó esta población, era más fácil acceder a una vivienda y obtener dicha titulación.

En cuanto a la edificación de sus viviendas , más de la mitad utilizó el material de adobe y quincha, además cuentan con piso de tierra, techo de Calamina, esto se debe a que las familias no cuentan con los recursos económicos para tener una vivienda de material noble, es más económico utilizar estos materiales para edificar sus viviendas, pocas familias pueden acceder a un préstamo para lucir sus viviendas, hay que tener en cuenta que el piso de tierra no es saludable ya que ocasiona diversas enfermedades en especial del sistema respiratorio, así como también presentar alérgias.

Encontramos que más de la mitad no cuentan con una distribución adecuada de las viviendas es por ello que en una habitación duermen de 2 a 3 personas, la construcción hoy en día es de manera informal, es decir no ha intervenido la mano de ningún ingeniero o arquitecto, es producto del autoconstrucción o del maestro de obras, esto se debe que las familias no cuenta con los medios económicos para distribuir de manera adecuada su vivienda. Es por ello que no existe privacidad e intimidad de los miembros de la familia, y se corre el riesgo de que se cometan abusos sexuales en los miembros de la familia. Esto también ocasiona hacinamiento en las familias las cuales están expuestas a diversas enfermedades como la pediculosis, sarna, o TBC.

La población cuenta con agua a través de conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente, es satisfactorio que en la actualidad esta población con recursos económicos precarios cuente con estos servicios para

satisfacer sus necesidades, esto se debe a que las personas que la habitan tienen una idea de la salubridad, y han hecho un esfuerzo por contar con estos servicios, los cuales pagan a las empresa que lo brindan.

La eliminación de la basura la población utiliza el carro recolector, el problema, que no pasa todos los días solo 2 veces por semana, ocasionando un problema sanitario, ya que proliferan las moscas, roedores, esta problemática no es solo de este municipio; es una constante a nivel nacional en la que las municipalidades incumplen con el servicio recojo de la basura, generalmente esto se debe a una mala gestión municipal y sobre todo por actos de corrupción en los municipios que no cancelan a tiempo a sus proveedores y trabajadores los cuales dejan de laburar, provocando que personas inescrupulosas, arrojen basura en la vía pública, los perros callejeros también son parte del problema porque rompen las bolsas de basura dejadas por malos vecinos, formándose montículos de basura, con el calor se descompone emitiendo malos olores y por consiguiente una mala vista panorámica de la ciudad.

En la tabla N° 03: Sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana, 2018. El 77,17% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. Así el 50,79% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente El 100% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 100% se baña diariamente. Así también el 57,48% no se ha realizado ningún examen médico periódicamente. El 81,50% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre Así mismo el 88,58% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia se observa que 52,76% consume frutas, 54.72% huevos, 38.58% pan y cereales, 42.13% pescado 87.80% fideos, 41.34% legumbres, 52.76% verduras y hortalizas, 46.46% lácteos

diariamente, 45.67% consume carne 3 veces por semana, el 40,16% consume frituras 3 o más veces por semana, el 34,65% consume embutidos, de 1-2 veces a la semana, el 35,83% consume dulces y gaseosas 1-2 veces por semana y el 32,68 % consume refrescos con azúcar. 1 -2 veces por semana.

Un estudio similar al presente es el de Castro Y. (76), “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de la Población La Convención-Cuzco, 2013”. Donde concluyó que el 68,1% no fuman, ni han fumado de manera habitual, el 62% ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 79% duermen de 6 a 8 horas, 77,9% se bañan diariamente, 26% consumen frutas, hortalizas y verduras diariamente 72,5% no se realizan el chequeo médico, Excepto del 49 % realizan actividad física caminando, 57,4% realizo caminata durante las dos últimas semanas, 32,1% consumen carne 2 a 3 veces/semana, 72 % pan, cereal, fideos casi diariamente, , 27% consumen pescado de 1 vez a la semana, 39,3% consumen huevo 1 o 2 veces a la semana, 31% consumen otros alimentos.

Estos resultados se relacionan con lo encontrado por Giménez M. (77), en su estudio de investigación titulada “Nutrición y Alimentación: su relación con la Salud Bucal” Santa fe, 2011 Concluyendo que: De una muestra de 96 personas adultas, consumen diariamente o más de 3 veces por semana leche (52,0%), pollo (56%), huevos (40,0%), hortalizas (70,0%), frutas (70,0%), Arroz (76,0%), fideos (74,0%), pan (66,0%) galletas (66,0%), encontrando diferencia que comen empanadas y pizzas 2-3veces por semana el (54,0%), de 1 a 2 veces por semana yogurt (36,0%) , queso (36,0%), pescado (28,0%), embutidos (48,0%), legumbres (38,0%) y alimentos que nunca consumen pastas (44,0%).

Los resultados difieren con lo encontrado por Jacinto P. (78), en su estudio titulado “Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A. H. Villa España Chimbote, 2012”. Donde concluye que el 68,75% (55) de las mujeres adultas maduras obesas no fuman, ni han fumado nunca; el 41,25%

(33) consumen bebidas alcohólicas una vez al mes, el 83,75% (67) duermen de (08 a 10) horas; el 100,0% (80) se bañan 4 veces a la semana; el 75,0% (60) realiza algún examen médico en un establecimiento de salud el 75,0% (60) caminan, el 25,0% (20) realizaron juegos poco esfuerzo, el 25,0% (20) deporte; es actividad física en las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos el 50,0% (40) caminaron. en lo referente al consumo de comidas se asemeja debido a que el 75,0% (60) consumen Frutas diario; el 75,0% (60) consumen carne 3 o más veces a la semana; el 37,5% (30) consumen huevo; 3 o más veces a la semana, y el 37,5% (30) 1 o 2 veces a la semana; el 93,75% (75) consumen pescado 3 o más veces a la semana; el 100% (80); consumen fideos Pan y cereales diario; el 62,5% (50) consumen Verduras y hortalizas.

Los resultados obtenidos difieren a los de Martínez E, et al (79), estudiaron sobre “El Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín -Colombia 2011”. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25.5%. El consumo es severo en el 9.6%, moderado en el 7.6% y leve en el 8.3%. El 17.2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57.3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar.

La teoría de enfermería de Nola Pender en el Modelo de Promoción de la Salud, se basa en la educación de las personas pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (80).

El modelo de autocuidado por Dorothea E Orem en 1969, refiere el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. Teoría del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado, Teoría de los sistemas de enfermería (81).

El estilo de vida saludable está dado por el mantenimiento de una dieta alimenticia suficiente y equilibrada, abstinencia del tabaco, consumo 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 (82).

Examen Periódico de Salud es un examen médico en el cual se intenta averiguar el estado de salud de una persona, presumiblemente sana. En base a este examen se emite un diagnóstico, siendo muy importante para dar tratamiento. Se realiza de acuerdo al método clínico, es un proceso por el cual un médico profesional llega a dar un diagnóstico haciendo uso de sus conocimientos, de la información que le brinde el paciente, así como las herramientas para hacer análisis más a fondo. El estado de salud es responsabilidad de cada persona (83).

La alimentación saludable es aquella que aporta a cada individuo todos los alimentos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales, en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta y envejecimiento), cada persona tiene unos requerimientos nutricionales en función de su edad, sexo, talla, actividad física que desarrolla y estado de salud o enfermedad, Para mantener la salud y prevenir la aparición de muchas enfermedades hay que seguir un estilo de vida saludable; es decir, hay que elegir una alimentación equilibrada, realizar actividad o ejercicio físico de forma regular evitar fumar y tomar bebidas alcohólicas (84).

Según la organización mundial de la salud, la actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y la prevención de las enfermedades, para todas las personas y a cualquier edad. La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, que han sido avalados por investigaciones científicas (85).

Más de la mitad de la población no ha fumado cigarro, consumen bebidas alcohólicas solo en ocasiones esto dice mucho de la población tiene presente la importancia de cuidar su salud esto evitara enfermedades, respiratorias, pulmonares, así como también enfermedades del sistema gastro intestinal, como son: Cirrosis, gastritis. Además, es parte de la idiosincrasia de nuestra población las mujeres no fuman ni toman esto es habito de los varones.

El resultado de la investigación nos muestra que más de la mitad de la población de este asentamiento humano no se ha realizado exámenes médicos periódicos, esto se debe a que muchos aún no están empoderados y desconocen la importancia de hacerse chequeos médicos preventivos, es por ello que muchos de las personas son diagnosticados con diversas enfermedades crónicas como son diabetes, hipertensión arterial, artrosis, etc, en general la población no tiene hábito, y cultura de prevención, también porque las consultas médicas particulares son costosas, y no cuentan con los medios económicos para acceder a ella, otra de las razones es el caos que existe actualmente en el sistema de salud a pesar que la gran mayoría cuenta con seguro Integral de salud acceder a una cita es muy dificultoso ya. que hay que madrugar para poder conseguir.

En el estudio se encontró que más de la mitad no realizó actividad física por más de 20 minutos, esto se debe a que no existen lugares apropiados para libre esparcimiento, además la tecnología ha hecho de las personas volverse sedentarios, ya no salen a caminar, vemos que desde muy niños los padres permiten a sus hijos el uso de celulares y la computadora en el cual los

pequeños prefieren los juegos en línea en vez de practicar juegos que le permitan esfuerzo físico. Si esto no se corrige a tiempo tendremos personas con enfermedades degenerativas a temprana edad.

En relación a la dieta podemos decir que las personas adultas del asentamiento humano tienen un alto consumo de carbohidratos, tiene que ver mucho con la alimentación propia del país, nuestra dieta es básicamente arroz como plato principal, aunque si comen frutas, verduras, proteínas a diario, el cual tienen un alto contenido de vitaminas y minerales beneficiosas para su salud, encontramos que utilizan las frituras muy seguido esto si no se corrige tendremos en el futuro personas con enfermedades degenerativas por los malos estilos de vida y alimentación inadecuada .

En la tabla N°4: Según los determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana, 2018. El 76,38% se ha atendido en los 12 últimos meses en el Centro de salud, así también se observa que el 78,35% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron lejos de su casa, el 70,87% está asegurado en el SIS-MINSA, el 46,06% espero regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 48,43% considera que la calidad de atención es regular; el 67,72% refiere que no existe delincuencia ni pandillaje en la zona.

Los resultados guardan semejanza con los de Seminario M. (86), en su investigación “Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado El Cucho – Bellavista - Sullana, 2014”, el 85,00% está asegurado en el SIS-MINSA. Excepto que El 70,00% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, el 70,00% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron como regular, el 60,77% espero corto tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 68,47% considera buena la calidad de atención. El 61,92% refiere que si existe delincuencia y pandillaje en la zona.

De igual forma difiere con lo obtenido por Longaray C. (87), en su estudio “Impacto del Seguro Integral de Salud en el Acceso a los Servicios de Salud. Lima, 2010”. Donde concluyó que el 29,3% se atendieron en hospital Essalud, 68,1% tienen seguro Essalud, 61,1% refieren que la calidad de atención de salud fue mala .encontrando semejanza que el 55,1% refiere que la distancia del lugar donde se atendieron está lejos de su casa, 50% manifiesta que el tiempo de espera fue largo.

Los resultados se asemejan con los encontrados por Calle S. (39), en su estudio titulado “Estudio Socioeconómico de los Centros Poblados de la Margen Izquierda del Rio Piura-Distrito de Tambo Grande Comunidad Campesina de Castilla – Piura, 2011”. El lugar de atención está lejos de su casa,51% manifiesta que el tiempo de espera fue largo, el 30%de los personas refieren que no hay pandillaje cerca de su casa. excepto el 46,4% de la población recurre con frecuencia a una posta médica del mismo caserío para atenderse, 47,2% refiere que la calidad de atención de salud fue mala, 44,2% tienen otro tipo de seguro.

La situación de la salud en el Perú presenta grandes problemas estructurales de muchos años que constituyen desafíos para el sector salud. Existen las unidades ejecutoras con problemas semejantes a poblaciones emergentes periféricos concentrando los recursos y economías sin la adecuada planificación. Existen establecimientos de salud que se encuentran en la zona rural y peri urbana que no cuentan con recursos para la adecuada atención a la población más pobre que tiene la mayor posibilidad de enfermar o morir por no tener acceso a los servicios de salud (88).

Desde que surgió de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos, enfoques, y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles

de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. El objetivo medular, central es tratar que la población tenga responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas con esa finalidad (89).

La promoción de la salud y la educación para la salud guardan un gran propósito mejorar la información y a los servicios que se relacionen con la salud, con la finalidad de que la las personas obtenga un estricto control sobre su propia salud para su propio bienestar. (90).

En el sector salud, la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, fomentando así un énfasis institucional con perspectiva gerencial (91).

El Seguro Integral de Salud, como Organismo Público Ejecutor, 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 (92).

En la investigación realizada en el asentamiento humano Vichayal-Querecotillo-Sullana; se encontró que más de la mitad cuenta con SIS y se atendió en el centro de salud de la misma localidad, esto se debe a la falta de recursos económicos que no les permite trasladarse a otras ciudades como son Sullana, Piura para tratarse con médicos especialistas y pagar una consulta particular, esto les demanda un gasto adicional que no está en su presupuesto debido a la precariedad de su condición económica.

La grave crisis que afecta al sector salud tanto en la infraestructura como en la calidad de las atenciones de parte del personal de salud aunado a ello el mal trato que reciben de éste; lejos de tratarlos con amor y paciencia por su condición de salud reniegan de ellos, es por ese motivo que la calificación que recibió es de regular, en cuanto a la distancia que existe desde el asentamiento humano hasta el centro de salud lo calificaron como lejos. Sí; efectivamente está retirado es por ello que las personas suelen tomar movilidad, como es el motocar.

Observamos que más de la mitad cuenta con: SIS – MINSA. El seguro Integral de Salud SIS - MINSA, es otorgado a las personas de escasos recursos económicos con la finalidad de poder recibir atención adecuada además de tratamientos para paliar los problemas de salud que puedan tener. Este programa se viene dando en todo el Perú, el asentamiento humano Vichayal cuenta con un centro de salud, si el problema es complejo se le transfiere al hospital de su localidad para llevar un tratamiento adecuado.

En la Tabla 5 y 6 : Según los determinantes de redes sociales y comunitarias según apoyo social natural y organizado en la persona adulta del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo –Sullana, 2018. el 99,21% no han recibido apoyo social natural y 100% no reciben ningún apoyo organizado, el 98,82% no reciben apoyo de parte del programa pensión 65, así también 99,61 no reciben apoyo del comedor popular, el 85,43% no cuentan con el apoyo del programa vaso de leche, el 100% no reciben ningún apoyo de parte de otras instituciones o programas del estado.

Los resultados guardan semejanza con los de Ordinola D. (93), en su estudio “Determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano Sánchez Cerro- Sullana, 2015”, se observa que el 86,27% no recibió apoyo social natural, el 98,04 % no ha recibido apoyo social organizado.

Estos estudios se asemejan a los encontrados por Ávila M. (94), en su estudio “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013” podemos observar que el 97,4% no ha recibido apoyo social natural, y el 99,4% no ha recibido apoyo social organizado.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Alejos M. (95), en su estudio “Determinantes de la Salud de la persona adulta. Pueblo Joven La Unión –Chimbote, 2013”. Donde su muestra estuvo conformada por 357 personas adultas, de las cuales se observa que el 100% no recibe pensión 65, el 84% no recibe apoyo de comedor popular, el 78% no recibe apoyo de vaso de leche excepto el 100% recibe apoyo de otros medios.

Estos resultados difieren con los encontrados por Martínez J. (96), en su estudio “Determinantes de la Salud en la persona Adulta en el caserío de Pitayo-Lancones-Sullana, 2013”. Donde su muestra estuvo conformada por 140 personas adultas de las cuales, el 85,71% si recibe apoyo del comedor popular. El 78,57% si recibe apoyo del vaso de leche, que el 92,86% si recibe algún otro apoyo excepto el 95,710% no recibe pensión 65.

Se denomina apoyo social la que se reconoce que las relaciones de las personas, en sus entornos de trato con los demás, cumplen una serie de funciones que van a determinar la aparición o no de problemas, y el grado de bienestar personal. Asimismo, se contempla el trabajo como un posible elemento integrador de la persona, ya que le da la posibilidad de otorgarle un estatus, o favorecer la satisfacción de necesidades sociales (97).

El programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado mediante la Ley N° 24059 y complementada con la Ley N° 27470, a fin de ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la deficiencia alimentaria en la que se encuentra. este programa, cuenta con la participación de la comunidad, tienen como fin último elevar su nivel nutricional y así contribuir

a mejorar la calidad de vida de las personas que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales (98).

Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 protege a los adultos mayores de 65 años a más que se encuentran en condición de pobreza extrema, brindándoles una subvención económica de 250 soles de manera bimestral. Con esto, se ayuda a que sus necesidades básicas sean atendidas, que sean revalorados por su familia y comunidad, y se contribuye a dinamizar pequeños mercados y ferias locales. Este programa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) se crea el 19 de octubre del 2011 (Decreto Supremo N° 081-2011-PCM) como respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable (99).

Los comedores populares surgieron como estrategia de supervivencia, priorizando las zonas de pobreza y extrema pobreza, brindando apoyo a los comedores que cumplen con las normas establecidas por el programa. Están integrados por mujeres, cuya actividad principal es la preparación de alimentos y el apoyo social. El apoyo está destinado preferentemente a personas y familias vulnerables y en alto riesgo nutricional y/o especialmente niños, niñas, madres gestantes (100).

Se evidenció que la mayoría no recibe apoyo social natural ni apoyo social organizado, las personas se caracterizan por que son trabajadoras y tratan de cualquier manera buscar soluciones ante una adversidad. También se debe a que las municipalidades, o la entidad encargada de registrar y empadronar a las personas más humildes y necesitadas del asentamiento humano no lo hacen con la debida responsabilidad, además muchos de ellos me hicieron saber de qué personas que no lo necesitan reciben esta ayuda. Esto quiere decir que no existe una correcta fiscalización de parte de las autoridades.

En la investigación realizada a la persona adulta del asentamiento humano Vichayal-Querecotillo, en relación a los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se encontró que en su mayoría refieren no recibir apoyo del Programa Pensión 65, comedor popular; ni del programa vaso de leche y en su totalidad refieren no recibir apoyo de otra institución o programas del estado. Esto puede deberse a que las autoridades no le dan la debida importancia para empoderar a las personas y hacerles de conocimiento quienes pueden acceder a éste apoyo que brinda el estado.

También se da el caso de que no existe una adecuada fiscalización de estos programas sociales por el ente encargado, dando lugar que personas inescrupulosas se beneficien de estos programas asistenciales; así también puedo ser suspicaz con todo lo acontecido en nuestro país que existe corrupción; es decir personas que no lo requieren se benefician de este programa.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

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

- En relación a los determinantes biosocioeconómicos, más de la mitad de las personas adultas maduras de sexo femenino, tienen secundaria completa / secundaria Incompleta, el ingreso económico es menor de 750; ocupación trabajo eventual.
- Determinantes de la salud relacionado con la vivienda más de la mitad tienen una vivienda unifamiliar, tenencia propia, material de piso es de tierra, el material de paredes es de adobe, quincha, la mayoría tiene techo de Eternit, más de la mitad duermen de 2-3 personas en una habitación utilizan gas para cocinar, poseen baño propio, en su totalidad cuentan con electricidad permanente disposición de la basura lo hacen a través del carro recolector. en su totalidad la conexión de agua es domiciliaria, la energía eléctrica permanente.
- En cuanto a los determinantes de estilos de vida, más de la mitad de personas adultas no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, ingieren de bebidas alcohólicas de manera ocasional, no se realizan examen médico en un establecimiento de salud, no realizan actividad física en su tiempo libre, en las dos últimas semanas la actividad física no realizó actividad física durante más de 20 minutos. En su totalidad número de horas que duerme es de seis horas a ocho horas y se baña diariamente, En cuanto a los alimentos que consumen: fruta, huevo, pescado, fideos, legumbres, verduras, hortalizas pan y cereales, lácteos a diario, embutidos, dulces y gaseosa, 1 o 2 veces a la semana, frituras 1 o 2 veces a la semana, verduras y hortalizas de 1 o 2 veces a la semana, legumbres de 1 o 2

veces a la semana, menos de la mitad consume frituras 3 más veces a la semana.

- En relación a los determinantes de redes sociales, más de la mitad de los adultos en los 12 últimos meses se atendieron en el Centro de salud, consideran que el lugar donde los atendieron está lejos de su casa, el tipo de seguro que poseen es el SIS –MINSA, perciben que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa. Menos de la mitad considera que le pareció regular el tiempo que tuvo que esperar para que lo atendieran, asimismo consideraron que la calidad de atención fue regular.
- En los determinantes de apoyo comunitario la mayoría expresa que no reciben algún apoyo social natural, y en su totalidad no recibe algún apoyo social organizado.
- De acuerdo a los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo de observa que la mayoría no recibe apoyo social del programa pensión 65, como también del comedor popular, ni del programa de vaso de leche.

5.2. Recomendaciones

- Informar los resultados de esta investigación a las diversas autoridades del asentamiento humano Vichayal con la finalidad que mejoren las estrategias sanitarias y de esta manera se pueda cambiar los estilos de vida de las personas de dicha población.
- A las autoridades del centro de salud tener en cuenta la importancia de fortalecer los diversos programas preventivos promocionales y concientizar a la población de llevar una vida saludable para evitar complicaciones de salud.

- Es de suma importancia que se promuevan y se realicen investigaciones en base a los determinantes de la salud con el objetivo de contribuir en mejorar las condiciones de vida de esta comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
2. Acero AM, Caro R IM, Henao KL, Ruiz E LF, Sánchez VG. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública [en línea]2013;31:103-11 Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92621791&lang=es&site=ehost-live>
3. Villar M. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. [Artículo de opinión]. Sub Comité de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [citado el 2018 enero 27]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-5917201100040001
4. Organización Mundial de la Salud- Determinantes de la salud 2018 disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
5. Organización Mundial de la salud [artículo Internet] Acción sobre los determinantes sociales de la salud: aprender de experiencias previas. 2010. p. 52
6. Ministerio de salud. Determinantes sociales de la salud en Perú. [serie en internet]. 2005 [citado 2018 enero 25]; 30 (27). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
7. Cardona A, Sierra R, Serrano L, Agudelo F. Cadáveres, cementerios y salud pública en el virreinato de Nueva Granada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008. p 19-20. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=L0XgCKSOpkUC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Cardona+A.+La+salud+pública+en+España+durante+el+trenio>
8. Organización mundial de la salud. [Artículo en internet]. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. [citado el 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

9. Cardona A. La salud pública en España durante el trienio liberal (1820-1823). Madrid: [Consejo Superior de Investigaciones Científicas] [citado 2005. p 13-24]
10. Organización mundial de la salud. Cerrando la brecha en una generación: Equidad sanitaria a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud [artículo en internet].Geneve; 2008. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf>
npapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409
11. Organización mundial de la salud Comisión los determinantes de la salud. [Artículo de Internet]Geneve: 2008. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/gMarmot.pdf>
npapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409
12. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16h disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008
13. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre determinantes Sociales de la Salud. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. [serie en internet]. 2011 [citado 2018 febrero 03]. 36 (28) Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
14. Ministerio de salud. Determinantes sociales de la salud en Perú. [artículo en internet]. Lima 2005 [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
15. Organización mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. [Documento en internet]. [citado el 26 de abril del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closesthe_gap_how/es/index1.html

16. Organización mundial de la salud. Determinantes de la salud. Conceptos claves. [Artículo en internet]. [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/
17. Organización Mundial de la Salud -Organización Panamericana de la Salud : Salud en las Américas ,Resumen: Panorama regional y Perfiles de País,[documento en internet]2017 Disponible:<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
18. Lazo O, Alcalde J, Espinosa O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima 1 ed Lima REP SA 2016 <https://www.google.com.pe/search?qq=ANÁLISIS+DE+LA+SITUACIÓN+EPIDEMIOLÓGICA+DEL+VIH%2FSIDA+EN+EL+PERÚ%2C+2016+general+de+epidemiologia+Lima%>
19. Ministerio de salud (MINSA): Boletín Epidemiológico del Perú SE 17-2015 (del 23 al 29 de abril)<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/17.pdf>
20. Ministerio de salud - Dirección General de epidemiología análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú,2016 Lima, Perú Noviembre,2016 <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/09.pdf>.
21. Ministerio de salud Boletín epidemiológico información Estratégica a Partir del Sistema de Vigilancia en Salud Pública De La Infección Por VIH-SIDA 2016 25 semana(28-5marzo)150151 Disponible:<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/09.pdf>
22. Dirección General de epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2016. Boletín Epidemiológico. 2016 ; 25 [semana del 20 -26 nov.] Disponible: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/47.pdf>
23. Ministerio de salud (MINSA): Dra Ríos J Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). 2017 Disponible en <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>

24. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú 2017 ; 26 semana epidemiológica [del 23 al 29 de Abril]
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/17.pdf>
25. Programa de Prevención y control del cáncer Perú: cap. 2 enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016 disponible:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf
26. Difícil situación epidemiológica en Piura, Perú Infomed [artículo internet] 2017 <https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/2017/06/05/dificil-situacion-epidemiologica-en-piura-peru/>
27. Sub Región de Salud, Luciano Castillo Colonna. Población estimada por edades puntuales, grupos Quinquenales y grupos especiales, según provincia
28. Municipalidad provincial de Sullana. Plan de desarrollo concertado actualizado al 2021- Población preliminar 2017. Sullana: Municipalidad provincial de Sullana; 2017
29. Dirección Subregional de Salud “LCC”. Morbilidad de Comunidad Saludable hasta el año 2016. Sullana: Dirección Subregional de Salud “LCC”; 2016
30. Dirección Subregional de Salud “LCC”. Mortalidad de Comunidad Saludable hasta el año 2015. Sullana: Dirección Subregional de Salud “LCC”; 2015.
31. Barragán L, De Las Mercedes A. Estilos de vida saludable en personal docente, administrativo y de apoyo de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil 2015. [Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015. [Citada 2018 enero 28]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8196/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION>
32. Ugalde K. Estilos de vida saludables en adultos de 35 a 65 años de edad con enfermedades crónicas en el recinto Chigue de la provincia Esmeraldas [Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería]. Esmeraldas-Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, 2016. [citada 2018 febrero 16]. Disponible en:

<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/870/1/UGALDE%20LA%20RA%20KATHYA%20PAMELA.pdf>

33. Cutiopala I, Chauca S. Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes Diabéticos. Distrito de salud Chambo-Riobamba, Noviembre 2017–Marzo 2018 [proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciado de enfermería] Riobamba. Universidad Nacional de Chimborazo,2018 disponible en <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4614/1/UNACH-EC-FCS-ENFER-2018-0004.pdf>
34. Paredes H. Los estilos de vida y características sociales de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota - 2015.”[Tesis para optar el título profesional de enfermería] Universidad Nacional de Cajamarca sede – Chota. Disponible :repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/920
35. Jicaro E, Oblea R . Determinantes Sociales de la salud familiar de la comunidad de San Francisco Corrales-Tumbes, 2016 [tesis para optar el título de Lic. en Enfermería] Tumbes. Universidad Nacional de Tumbes , 2016 Disponible: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/54/TESIS%20-%20JICARO%20Y%20OBLEA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Tito J, Curasi M . Factores asociados al abandono de los adultos mayores del centro poblado de Jayllihuaya, Puno Octubre a Diciembre 2016[tesis para optar el título de Licenciado en enfermería [citado 2017]Juliaca universidad andina “Néstor Cáceres Velásquez disponible:file:///c:/users/usuario/downloads/tito_mamani_Judith_Karen_Curasi_Atencio_Maria.pdf
37. Albuquerque L. Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío San Juan De La Virgen - Ignacio Escudero - Sullana, 2013[Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035451>

38. Sosa S. Determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano José Obdulio Rivera - Querecotillo - Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040111r>.
39. Calle S. Estudio Socioeconómico de los Centros poblados de la Margen izquierda del Rio Piura Distrito de Tambo Grande Comunidad Campesina de Castilla – Piura, 2011”..[tesis para optar el título Licenciado en economía] Piura: Universidad nacional de Piura, 2011. http://www.unp.edu.pe/institutos/iipd/trabajosinvestigacion/calleruiz_scallereconomia2009_estsoctambogrande.pdf
40. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
41. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
42. Dalhigren G. Whitehead M . Nivelación (parte 2) un documento de debate sobre las estrategias de Europa para hacer frente a las desigualdades sociales en la salud. Estudios sobre determinantes sociales y económicos de la salud de la población N° 3. Oficina regional de OMS para Europa. Universidad de Liverpool: Dinamarca; 2006
43. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
44. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
45. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
46. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>

47. Canales F y Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
48. Pérez J. Instituto de económica, geografía y demografía. Centro de ciencias humanas y sociales. Grupo de investigación de dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
49. Organización Panamericana de la salud, organización mundial de la salud .Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000.[1 pantalla]. Disponible en : <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
50. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
51. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de desarrollo de las naciones unidas para la Mujer (UNIFEM). México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
52. Diccionario ABC. [Portada en internet]Ocupación 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
53. Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
54. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
55. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

- 56.** Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
- 57.** Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. [tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfacion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- 58.** 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>
- 59.** Hernández H, et al. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
- 60.** Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL:http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.html
- 61.** Correa B. Determinantes de la salud de la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana [Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería] Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote 2015.Disponible<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035470>
- 62.** Yaipén L. Estilos de vida y Enfermedades más frecuentes referidos por los usuarios del Puesto de salud de Olmos, Chota- 2014[Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca 2014 disponible en : <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/200/T%20616%20Y11%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y> pdf

63. Rivero E. sexo y salud. [Página en internet]. España. Sexo Salud y Enfermería; 2011 [actualizado 19 Ene 2012; citado 12 jun 2017]. Disponible en: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.pe/p/definiciones-de-la-oms_22.html
64. Diccionario ABC. [Portada internet] Edad. 2014 [actualizado 13 Mayo 2014; citado 12 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/edad.php>
65. Escorcía L. Tercer Seminario Internacional de Antropología Forense: Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. Actas de la Universidad Nacional Autónoma de México. 2013 agosto 11; México. 2013.
66. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. Ocupación. [Artículo en Internet]. [Citado el 2013 Mayo 27] Disponible en: <http://www.mintra.gob.pe/mostrarContenido.php?id=418&tip=105>
67. Astudillo G. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013 [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=0000004009>
68. Hadad N. Determinantes Sociales de la Salud de la Madre- Lima 2010 [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010
Disponible: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIELUZGABRIELAHADA DARRASCUE.pd>
69. Alzate E, Vélez M, 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.
70. Rosario S. Determinantes de la salud en mujeres adultas jóvenes, asentamiento humano José Luis Sánchez Milla - Nuevo Chimbote, 2013. [Informe de tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado el 2018 enero 20]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035613>

- 71.** SlideShare. [Página en Internet].Mexico. Vivienda Saludable. 2010. [Actualizado 10 feb 2012]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jaqui1/vivienda-saludable-11515987>
- 72.** Organización Mundial de la Salud –Organización Panamericana de la Salud Hacia una vivienda saludable Guía para el facilitador Primera edición, abril de 2009 Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 200905866 Disponible: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=viviendas-saludables-948&alias=68-guia-vivienda-saludable-8&Itemid=1031
- 73.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007. Disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- 74.** Diccionario ABC. Definición de hacinamiento. [Página en internet]. España: 2010; [Marzo 2010]. Disponible en <https://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php>
- 75.** Reciclaje y disposición final segura de residuos sólidos [artículo internet] Disponible: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/154.pdf
- 76.** Castro Y. Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud [trabajo para optar el título de licenciada en enfermería]. Cuzco: Universidad nacional Cuzco ,2013.Disponible: [Biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28680.pdf](http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28680.pdf).
- 77.** Giménez M. Nutrición y Alimentación: su relación con la Salud Bucal;[tesis para optar el título de licenciada en nutrición] Santa fe, 2011. Universidad abierta interamericana disponible :<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111920.pdf>
- 78.** Jacinto P. Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España Chimbote. 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado el 2017 mayo 13]. Disponible:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000034409>

79. 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.
80. Aristizábal H , Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R . El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión [Artículo de revisión] univ vol.8 no.4 México oct./dic. 2011 Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&p
81. Naranjo Y, Hernández C, Concepción A, Rodríguez L. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem , [Artículo en internet] Gac Méd Espirit vol.19 no.3 SanctiSpíritus set.-dic. 2017 Disponible:scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000
82. Academia Edu. [Página en internet]. Madrid; Determinantes los estilos de vida saludable. c20095 [actualizado 27 Feb 2014; citado 16 Jul 2018]. Disponible en: http://www.academia.edu/6597345/Determinantes_los_estilos_de_vida_saludable
83. Prezi. [Página en Internet].México. Examen médico periódico. 2013. [Actualizado 12 abr 2013]. Disponible en: <https://prezi.com/j9qg0p4k-spj/examen-medico-periodico/>
84. Organización mundial de la Salud. [Página en Internet]. Ginebra. Alimentación sana. Nota descriptiva N° 394. [Actualizado sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
85. Organización mundial de la salud. [página en internet].La actividad física , 2013 Disponible <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/e3b7b741-3dd2-11e1-a1dd-bb06810b6a11/ACTIVIDADFISICA.pdf>.
86. Seminario M. Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado El Cucho – Bellavista - Sullana, 2014. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería] Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2017. Dispñibleen:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039>.
87. Longaray C . Impacto del Seguro Integral de Salud en el Acceso a los Servicios de Salud [tesis para optar el grado académico de magister en economía en

- salud.].Lima UNMSM,2010 3. Disponible:
<https://es.scribd.com/document/206199792/Impacto-Del-Seguro-Integral-de-Salud-en-El-Acceso-de-Los-Servicios-de-Salud>
88. Quispe H. Situación de salud pública en Perú Monografías <https://.monografias.com/trabajos94/situacion-salud-peru/situacion-salud-peru.shtml>
 89. Ministerio de salud. Modelo de abordaje para la promoción de la salud. [Documento técnico]. Lima. Ministerio de salud; 2006
 90. Promoción de la Salud. Desarrollo de la educación. Perú: Ministerio de salud; 2011,
 91. Conexión esan [artículo internet] apuntes empresariales: diferentes conceptos de calidad en salud. Citada en Mayo 2016 Disponible: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
 92. Ministerio de salud. Seguro Integral de Salud aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel [portal en internet] Ministerio de Salud; 2012. http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html.
 93. Ordinola D. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Sánchez Cerro-Sullana,2015 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2017
 94. Ávila M. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío Miraflores-La Huaca -Paita, 2013 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Piura. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040095>
 95. 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: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015

96. Martínez J. Determinantes de la Salud en la persona adulta en el Caserío de Pitayo-Lancones-Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Sullana: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015
97. Rodríguez A. Apoyo social: tipos, niveles, importancia e influencia. [artículo en internet] Disponible :<https://www.lifeder.com/apoyo-social/>
98. Bravo F, Burga J, Inoñan D, Reyes M. Guía: formulación de la ración del programa vaso de leche. Lima 2010. [Citado y actualizado en octubre 2014]. Disponible en el url:<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/IMPRESION%20%20vaso%20ok.pdf>
99. Plataforma digital única del estado Peruano Boletín en internet Programa Pensión 65 [citado 21 mayo 2019] Disponible:<https://www.gob.pe/582-acceder-a-servicios-para-personas-adultas-mayores-programa-pension-65>
100. Municipalidad provincial de huamanga. Programa comedor popular. [documento en internet]. [Citado 30/05/2017]. <http://www.munihuamanga.gob.pe/index.php/programa/650-programa-de-complementacion-alimentaria>.

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERU**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la

persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

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

2. **Edad:**

- 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) ()

3. **Grado de instrucción:**

- Sin instrucción. ()
- Inicial/Primaria. ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior Universitaria. ()
- Superior no Universitaria. ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

- 6.1 Tipo:** ()
- Vivienda Unifamiliar. ()
 - Vivienda multifamiliar. ()
 - Vecindada, quinta choza, cabaña. ()
 - Local no destinado para habitación humana. ()
 - Otros. ()

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

- Tierra. ()
- Entablado. ()
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos. ()
- Láminas asfálticas. ()
- Parquet. ()

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

- Acequia. ()
- Cisterna. ()
- Pozo. ()

- Red pública. ()
- Conexión domiciliaria ()

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

- a) Sin energía ()
- b) Lámpara (no eléctrica) ()
- c) Grupo electrógeno ()
- d) Energía eléctrica temporal ()
- e) Energía eléctrica permanente ()
- f) Vela ()

11. Disposición de basura:

- g) A campo abierto. ()

- h) Al río. ()
- i) En un pozo. ()
- j) Se entierra, quema, carro recolector. ()

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()
- Dos a tres veces por semana. ()

- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()

17. ¿Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

Camina () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

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

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

21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas.					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos, enlatados					
• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar.					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares

()

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- | | | |
|-------------------|--------|--------|
| • Pensión 65 | si () | no () |
| • Comedor popular | si () | no () |
| • Vaso de leche | si () | no () |
| • Otros | si () | no () |

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

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

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

- Muy cerca de su casa ()
- Regular ()
- Lejos ()

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

28. El tiempo que espero para que lo (la) atendiera en el establecimiento de salud ¿le pareció?

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

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

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

30. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú desarrollado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de Operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adultos de 18 a más años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez 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 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 A MAS AÑOS EN EL PERÚ” (ANEXO 04).
3. Cada experto para cada ítem 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 05).
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 1).
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2).

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		
Coefficiente 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.

ANEXO 03



DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población de personas adulta (N = 749)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (1-0.50) (749)}{1.96^2 (0.50) (0.50) + (0.05)^2 (748)}$$

$$n = \frac{3.84 (0.50)(0.5) (749)}{3.84 (0.25)+ 0.0025 (748)}$$

$$\frac{719.04}{2.83} = 254$$

Encuesta Piloto (10% de la n) = 25

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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.

TABLA 5



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

Nº	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (nº 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	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
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO N° 05



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
• 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° 06



**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 EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO-SULLANA,
2018**

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

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán 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° 07



DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL- QUERECOTILLO- SULLANA,
2018

CUADRO DE PRESUPUESTO BIENES Y SERVICIOS

RUBRO	NOMBRE DEL RECURSO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNI	COSTO TOTAL(S/.
	BIENES DE CONSUMO				
	Materiales de escritorio				
	Papel Bond T A-4 80 gr.	2	2	S/20.00	S/40.00
	Lapicero	Un.	2	S/2.00	S/4.00
	USB	Un.	1	S/37.00	S/37.00
	Cuaderno	Un.	1	S/6.20	S/6.20
	Computador	Un.	1	S/2.000	S/2.000
	Otros	-	-	S/40.00	S/40.00
TOTAL BIENES					S/2,127.20
	SERVICIOS				
	Pasajes	Un.	25	S/3.00	S/75.00
	Impresiones	Un.	12	S/0.30	S/3.60
	Copias	Un.	800	S/0.10	S/80.00
	Internet		-	S/160.0	S/160.00
	Telefonía Móvil y fija			S/100.0	S/100.00
TOTAL DE SERVICIOS					S/418.60
	Gastos adicionales				
				S/320	S/320
	TOTAL				S/.2,865.80
FUENTE DE FINANCIAMIENTO Autofinanciado					

ANEXO N° 8



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL -QUERECOTILLO- SULLANA;
2018**

N°	Actividades	AÑO 2018				AÑO 2019			
		DIC		ENE		FEB		MAR	
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Elaboración del proyecto de tesis								
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	Análisis y discusión de los resultados.								
7	Redacción del informe final de tesis								
8	Elaboración de artículo científico.								
9	Pre banca								
10	Sustentación de Tesis								

ANEXO N° 9

"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación dentro de su localidad

Sullana 16 de Mayo de 2013

Sr(a):

Ing. Jorge Carlos Irazabal Álamo

ALCALDE DISTRITAL DE QUERECOTILLO

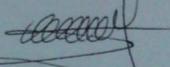
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE QUERECOTILLO
MESA DE PARTES
EXPEDIENTE N° 1545
HORA 10:00 AM
FECHA 15 MAY 2013
FIRMA

Quien dirige esta solicitud es SOSA GUZMÁN, SUSANA identificado con el DNI N° 46510044, con CARNET UNIVERSITARIO N° 2712111001, de la UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE - SULLANA; con el debido respeto que merece su persona expongo que por motivo de estudio necesito realizar un Trabajo de investigación dentro de su localidad (QUERECOTILLO), cuyo título lleva como nombre DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS, ya que dicho datos serán de mucha importancia para el desarrollo de la misma, además le hago de conocimiento me pueda brindar todas las facilidades en su centro de salud cuando lo requiera.

Debido a lo expuesto solicitud a usted la aprobación de mi solicitud por ser de justicia.

Agradeciendo su pronta respuesta, me despido.

Atentamente



SUSANA SOSA GUZMÁN

DNI N° 46510044

ANEXO 10



**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO VICHAYAL –QUERECOTILLO –SULLANA,
2018**

