



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS
CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013**

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

AUTORA

ESTEFANI FERNANDEZ SALAZAR

ASESORA

NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Mgtr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

SECRETARIO

Mgtr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

Dr. NELLY TERESA CÓNDOR HEREDIA

ASESOR

AGRADECIMIENTO

A la universidad católica Los
Ángeles de Chimbote por haber sido
una institución donde me brindó los
recursos humanos y materiales para
el desarrollo de mi
desenvolvimiento profesional.

Al teniente gobernador y familias
de mi lugar de estudio, dado que
me brindaron su tiempo y gracias a
su colaboración este trabajo pudo
llevarse a cabo.

Así mismo a mi asesora la Dr. Nelly
Córdor Heredia porque ella fue
quien me enseñó con dedicación la
estructura y forma de desarrollo de
dicho trabajo.

ESTEFANI

DEDICATORIA

En primer lugar a nuestro Señor todopoderoso por haberme dado la vida, una familia maravillosa, la posibilidad de estudiar en una universidad de prestigio y permitirme culminar mi carrera de enfermería.

A mi familia por ser quienes dirigen mi camino, me han convertido en una persona de bien y a mi hermana por ser quien me ayudó muchas veces y estuvo conmigo en el transcurso del curso.

A las docentes quienes fueron mi guía, me enseñaron a ser perseverante para lograr mi objetivo y gracias a ellas poder culminar con éxito mi trabajo de investigación.

ESTEFANI

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo identificar los Determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 230 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: En los determinantes biosocioeconómicos la mayoría son adultos maduros, sexo femenino, ingreso menor de 750 soles mensuales, trabajo eventual, menos de la mitad con secundaria completa/incompleta, la mayoría tienen: vivienda unifamiliar, casa propia, agua de conexión domiciliaria, baño propio, utilizan gas, eliminan su basura en carro recolector diariamente, más de la mitad habitaciones independientes y casi todos energía eléctrica permanente. En los determinantes de estilos de vida todos se bañan diariamente, la mayoría no fuma ni a fumado habitualmente, consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, duermen 6 a 8 horas, se realizan examen médico y más de la mitad caminan como actividad física. En la dieta la mayoría consumen frutas, pescado, fideos, papas, arroz, pan, cereales y lácteos, más de la mitad verduras, hortalizas, refrescos con azúcar, frituras, legumbres, menos de la mitad huevos, embutidos, enlatados, carne y dulces. En los determinantes de redes sociales y comunitaria la mayoría se atendió en un centro de salud, seguro SIS-MINSA, existe pandillaje, menos de la mitad considera que el lugar, calidad y tiempo que esperó fue regular, la mayoría no recibe apoyo social natural y casi todos no reciben apoyo social organizado.

Palabras claves: Determinantes de la salud, persona adulta.

ABSTRACT

The investigation had as objective to identify Health determinants of adult people in human settlement Lucas Cutivalu 2nd stage-Catacaos-Piura, 2013. It was quantitative descriptive. The sample was formed by 230 adult people. The instrument of data collection was the health determinants questionnaire. Concluding: In biosocioeconomical determinants, most of them are mature adults, female, with an income less than 750 soles per month and random jobs, less than half of them have incomplete high school, the majority of them have unfamiliar housing, their own house, home water connection, their own bathroom, use of gas, daily waste elimination by trash truck, more than half of them have independent rooms and almost all of them have permanent electric power. In life style determinants, all of them take a shower daily, most of them don't smoke or hasn't smoked habitually, they occasionally consume alcohol, sleep 6 to 8 hours, get medical tests, more than half of them walk as physical activity. In their diet, most of them consume fruits, fish, noodles, potatoes, rice, bread, cereal and dair, more than half of them consume vegetables, juices with sugar, fryings, pulses, less of them consume eggs, sausages, canned products, meat and sweets. In social networks and community determinants, most of them attended a health center, SIS – MINSA health insurance, there is vandalism, less than half consider that the place, quality and waiting time was regular, most of them don't receive natural social support and almost all of them don't receive organized social support.

Key words: Health determinants, adult person.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	9
III. METODOLOGÍA	18
3.1 Diseño de la Investigación	18
3.2 Población y Muestra	18
3.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	19
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	31
3.5 Plan de análisis	33
3.6 Matriz de consistencia	35
3.7 Principios éticos	36
IV. RESULTADOS	37
4.1 Resultados	37
4.2 Análisis de resultados	67
V. CONCLUSIONES	103
5.1 Conclusiones	103
5.2 Recomendaciones	105
Referencias bibliográficas	106
Anexos	127

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 _____	37
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
TABLA N° 02 _____	41
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA- CATACAOS-PIURA, 2013	
TABLA N° 03 _____	51
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
TABLA N° 04 _____	57
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
TABLA N° 05 _____	62
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
TABLA N° 06 _____	64
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01 _____	38
SEXO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°02 _____	38
EDAD DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°03 _____	39
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°04 _____	39
INGRESO ECONÓMICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°05 _____	40
OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.1 _____	44
TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.2 _____	44
TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	

GRÁFICO N°6.3	_____	45
	MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.4	_____	45
	MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.5	_____	46
	MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.6	_____	46
	NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°7	_____	47
	ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013	
GRÁFICO N°8	_____	47
	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013	

GRÁFICO N°9	48
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°10	48
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°11	49
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°12	49
FRECUENCIA CON QUE RECOGEN LA BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°13	50
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°14	53
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	

GRÁFICO N°15	53
<p>FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°16	54
<p>NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°17	54
<p>EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°18	55
<p>ACTIVIDAD FÍSICA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°19	55
<p>ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°20	56
<p>FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	

GRÁFICO N°21	59
<p>INSTITUCIÓN DE SALUD QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°22	59
<p>CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°23	60
<p>TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°24	60
<p>TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°25	61
<p>CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013</p>	
GRÁFICO N°26	61
<p>PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS- PIURA, 2013</p>	

GRÁFICO N°27	_____	63
	RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°28	_____	63
	RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°29.1	_____	65
	RECIBE APOYO DE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°29.2	_____	65
	RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°29.3	_____	66
	RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	
GRÁFICO N°29.4	_____	66
	RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013	

INTRODUCCIÓN

Los determinantes de la salud son aquellos que siguen una secuencia donde en primera instancia se encuentran los factores biológicos y ambientales que llegan a influenciar el estilo de vida tanto de la persona, familia o comunidad, y un desequilibrio de estos factores ocasiona la aparición de la enfermedad, y a partir de este momento, el sistema sanitario interviene como factor de restauración (1).

Los factores actúan de manera directa (contaminación del agua) y otros de forma indirecta por medio de factores (conducta, acceso de la atención médica) pero la secuencia en que actúan estos determinantes se cree que incluye diversas formas. En este sentido, la salud es un concepto relativo y multifactorial, y la variedad de interacciones entre sus determinantes, condiciona las múltiples formas de intervenir que se plantean en la planificación sanitaria (1).

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Así este trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los determinantes de la salud, en que las circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel internaiconal, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (2).

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

En la conferencia de Alma Ata en 1976, La Organización mundial de la salud definió la salud como el equilibrio del estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar, de aprovechar y desarrollar todas sus potencialidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud óptima es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

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

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

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

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (7).

“La Comisión Mundial de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas” (7).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (8).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el

deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (9).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente (10).

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

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

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

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

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas, existen inequidades de acceso a los servicios, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social. Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud (13).

A esta realidad no escapa el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa, que se ubica dentro de la jurisdicción del Comité Local de Administración en Salud (CLAS) Catacaos - Establecimiento de Salud (E.S) I-4, provincia de Piura. Este asentamiento humano limita por el norte con el asentamiento humano Los Tallanes, por el sur con Nuevo Catacaos, por el este con una canaleta y por el Oeste con el asentamiento humano Lucas Cutivalu I etapa.

En el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa habitan 1040 habitantes, dentro de los cuales hay 572 personas adultas que tienen diferentes ocupaciones como ser

ama de casa, campesinos, mototaxistas, albañiles, obreros y carpinteros. Además como es un lugar en progreso de desarrollo, su población no goza de buena situación económica. Este asentamiento humano presenta luz eléctrica, agua y desagüe, pero en los últimos lotes carecen de agua, por lo que hay pilones en cada esquina y se ven obligados a cargar agua. Por ahí no pasa el carro recolector de la municipalidad sino los pobladores pagan particularmente para que les recojan su basura aunque otros optan por quemarla.

Además cuenta con una serie de instituciones como: un programa no escolarizado de educación inicial (PRONOEI), un comedor popular, dos comité vaso de leche, un wawa wasi que significa "Casa de niñas y niños", cuentan con dos parques, una comunidad cristiana, un local multiusos en donde se realizan una serie de actividad y finalmente con una institución educativa en sus tres niveles: inicial, primaria y secundaria.

El centro de salud del Comité Local de Administración en Salud (CLAS) - Catacaos les brinda atención de salud a los pobladores de este asentamiento humano, y la gran mayoría de ellos son asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS). Una minoría tiene un empleo estable por lo que goza de Es Salud. Las enfermedades más frecuentes en los adultos son: hipertensión arterial, colesterol, gastritis, infecciones respiratorias agudas IRAS, entre otras (14).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue el siguiente: **¿Cuáles son los determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013?**

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

Identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

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

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

La justificación de la presente investigación fue:

La investigación se enfocó en estudiar los determinantes de la salud debido a los incrementos de enfermedades sobre todo las no transmisibles son las que alertan no solo al departamento de Piura sino a nivel nacional e internacional y estas enfermedades pueden ser producto de un inadecuado estilo de vida o de otros factores que causan un desequilibrio en el estado de salud y por ende ocasionan una enfermedad.

Por otro lado permitió incentivar a los estudiantes de la salud para que investiguen más sobre estos temas y cuál es la influencia que tiene en las políticas, debido a que es el único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable con mejores hábitos. También ayudó a entender el enfoque de los determinantes y la utilidad para una salud pública que persigue la equidad de cada ciudadano en los diversos departamentos dejando de lado la discriminación y promoviendo la igualdad de atención para los diversos estatus sociales mejorando así la salud de la población, esto implica también el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Así también el trabajo ayuda a que el personal de salud conociendo los resultados aplique estrategias para promover una población saludable mediante la prevención y promoción de la salud, logrando así controlar los problemas sanitarios que aquejan a las poblaciones más vulnerables y acelerar el desarrollo de las mismas.

Finalmente se debe tener en cuenta que cada investigación favorece a muchas instituciones como es la Dirección de salud Piura, municipios, establecimientos de salud, comités pertenecientes al campo de estudio, como también para la población puesto que conociendo los resultados se logra mediante diversos programas motivar cambios de actitudes, aptitudes, conductas y comportamientos para reducir las diversas enfermedades y se promueva un estilo de vida saludable, siendo ésta la única manera de que el Perú progrese en lo que respecta al campo de la salud.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Gonçalves M, et al (15). “En su investigación Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres. Destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo”.

Tovar L, García G. (16). “en su investigación titulada La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones”.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Rodríguez Q. (17). “En su investigación titulada Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo- Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10,0%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20,0%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%), determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20,0%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60,0%), en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80,0%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65,0%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud”.

Melgarejo E. (18). “En su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral”.

A nivel regional:

Herrera A. (19), en su estudio sobre Determinantes de la salud de la persona adulta del asentamiento humano José Carlos Mariategui – Sullana, 2013, su muestra estuvo conformada por 151 personas adultas, en donde se destacó que el 53,64% son sexo femenino, el 52,32% son adultos jóvenes, el 52,98% tienen secundaria completa e incompleta, el 63,58% tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles. Según la vivienda el 92,72% tienen vivienda unifamiliar, el 86,75% casa propia, el 64,24% tienen piso de concreto, el 96,69% tienen como material del techo eternit o calamina, el 54,97% tienen agua por conexión domiciliaria, el 93,38% baño propio, el 90,07% cocinan con gas, electricidad, en disposición de basura el 100,00% es en carro recolector, se entierra o quema y el 72,08% no se realiza examen médico periódico. Además se evidencia que un 64,90% no recibe apoyo social natural y el 90,73% no recibe apoyo social organizado.

Vences V, et al (20), análisis de situación de salud de la sub Región de salud Luciano Castillo Colonna, Sullana, 2011. Los resultados fueron: el 50,4% son sexo masculino, el 53,2% son adultos (20 a 64 años), del 52,0% de los distritos solamente el 50,0% tienen acceso al agua, el 42,4% de la población cuenta con desagüe, el 64,5% tiene acceso a luz eléctrica además el 35,2% hacen uso de los servicios de salud que a comparación con el año 2007 ha tenido un incremento y con respecto a la incidencia de pobreza se encuentra en un 44,9%.

Cárdenas L, et al (21), análisis de la situación de salud en el centro de salud Villa Primavera - Sullana, Piura. 2011. Los resultados fueron que el 25,0% de mujeres tienen secundaria incompleta mientras los hombres tienen el 25,8% en relación que las mujeres, también que el 63,8% de la población tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda y solo el 17,0% la población tiene pozo ciego o negro/ letrina, así mismo el 82,4% son viviendas con alumbrado eléctrico, finalmente el 51,8% de la población usa como combustible para

cocinar el gas seguido del uso de carbón con un 31,7%. Con respecto al nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida en el establecimiento de salud se obtuvo que es bueno con un 25,0% no escapando del nivel malo que estuvo en un 22,0%.

Neira C, Quiroga S. (22), en su tesis titulada Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010. Enfrenta bajos niveles de acceso a los servicios básicos, así como una pésima infraestructura de la vivienda. Según el método de la línea de pobreza, nos arroja que el 56,0% de la población encuestada se encuentra en condición de extrema pobreza, el 35,0% es pobre y el 9,0% está en situación de no pobre; es de indicar que el 43,0% de las viviendas presentan paredes de adobe, techo de calamina y no tienen piso, asimismo el 7,0% de las viviendas tienen las siguientes características: Paredes de quincha o de esteras, techo de caña o de esteras y no tienen piso. En cuanto al abastecimiento de agua tenemos que el 92,0% de la población se abastece de agua a través de camión o cisterna, el 2,0% con pilón público, el 4,0% a través de pozo. En lo que respecta al servicio de energía, el 4,5% de los encuestados cuenta con energía eléctrica, el 18,0% usa lámpara o mechero, el 6,0% usa petróleo o gas, 44,5% usa vela y el 21,0% usa generadores eléctricos, y por último, el 50,0% de los encuestados no posee Artefactos eléctricos, el 3,0% posee máquina de coser, el 11,0% solo tiene televisor, el 4,0% posee solo plancha, el 17,0% posee televisor y radio. Lo que nos da un panorama poco alentador para dicho centro poblado, dado que la pobreza está presente y con cifras alarmantes.

2.2 Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la

comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (23).

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 (24).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (25).

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

servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (25).

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

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

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios.

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

c) Determinantes proximales.

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud.

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (23).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de determinantes de la salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (26).

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

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

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

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

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

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (26).

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la Investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (27, 28).

Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es una sola casilla (29, 30).

3.2 Población y

Muestra Población

La población estuvo conformada por 572 personas adultas que habitan en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa- Catacaos-Piura.

Muestra

El tamaño de muestra fue de 230 personas adultas y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

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

Criterios de Exclusión

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

3.3 Definición y Operacionalización de Variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (31).

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 (31).

Definición Operacional

Escala de razón:

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

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (32).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (33).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

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 (34).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (35).

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 (36).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

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

- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (37).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (38).

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. (39).

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) (40).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

- Muy largo
- Largo
- Regular

- Corto
- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de

datos. Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (41).

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso,

material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió).

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

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

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

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

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este

análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (42).

3.5 Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

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

Análisis y procesamiento de los datos

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

3.6 Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	VARIABLES DE ESTUDIOS	INDICADORES	METODOLOGIA DE INVESTIGACION
<p>El asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa se ubica dentro de la jurisdicción del Comité Local de Administración en Salud (CLAS) Catacaos-Establecimiento de Salud (E.S) I-4, provincia de Piura. Limita por el norte con el asentamiento humano Los Tallanes, por el sur con Nuevo Catacaos, por el este con una canaleta y por el Oeste con el asentamiento humano Lucas Cutivalu I etapa. Cuentan con luz y agua, aunque en las últimas calles existen pilones. No pasa el carro recolector de la municipalidad sino los pobladores pagan particularmente para que les recojan su basura aunque otros optan por quemarla. Cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS) y una minoría tiene un empleo estable por lo que goza de Es Salud. Entre las enfermedades más frecuentes en los adultos son: hipertensión arterial, colesterol, gastritis, infecciones respiratorias agudas (IRAS), entre otras.</p> <p>Por lo anteriormente mencionado el enunciado del problema es:</p> <p>¿Cuáles son los determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013?</p>	<p><u>Objetivo general:</u></p> <p>Identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y entorno físico. -Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos y hábitos personales. -Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud y su impacto en la salud, apoyo social. 	<p>Determinantes del entorno biosocioeconómico y entorno físico.</p> <p>Determinantes de estilos de vida.</p> <p>Determinantes de las redes sociales y comunitarias.</p>	<p>Son: sexo, edad, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, tenencia, material de vivienda, personas que duermen en una habitación, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, luz, eliminación de basura.</p> <p>Son: fuma, bebidas alcohólicas, horas que duermen, frecuencia de baño, examen médico, actividad física y alimentos que consumen.</p> <p>Institución de salud que se atendió, lugar, calidad y tiempo que esperó para su atención, tipo de seguro, pandillaje o delincuencia, apoyo social natural y organizado, pensión 65, comedor popular, vaso de leche y otro tipo de apoyo.</p>	<p>Es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.</p> <p>El diseño de investigación es una sola casilla.</p> <p>La población conformada por 572 personas adultas y una muestra de 230, se utilizó el muestreo aleatorio simple.</p> <p>Existen criterios de inclusión y exclusión.</p>

3.7 Principios Éticos

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (43):

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándole a la persona adulta que la investigación sería anónima y que la información obtenida sería 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 la persona adulta los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente.

Consentimiento

Solo se trabajó con la persona adulta que aceptó voluntariamente participar en el presente trabajo. (ANEXO 05)

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS.

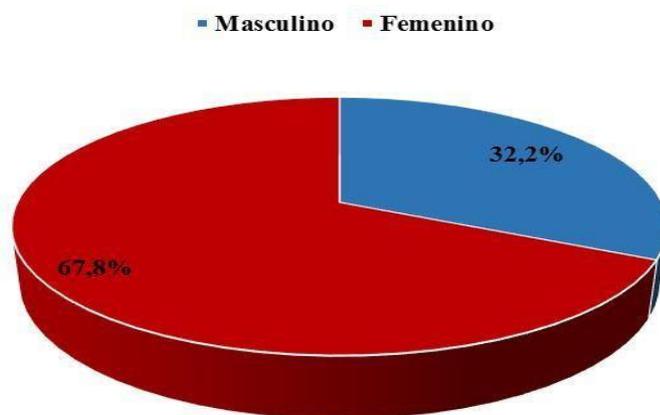
TABLA N° 01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013

Sexo	n	%
Masculino	74	32,2
Femenino	156	67,8
Total	230	100,0
Edad	n	%
Adulto Joven	50	21,7
Adulto Maduro	166	72,2
Adulto Mayor	14	6,1
Total	230	100,0
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	11	4,8
Inicial/Primaria	82	35,7
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	102	44,3
Superior universitaria	14	6,1
Superior no universitaria	21	9,1
Total	230	100,0
Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	142	61,7
De 751 a 1000	53	23,0
De 1001 a 1400	13	5,7
De 1401 a 1800	15	6,6
De 1801 a más	7	3,0
Total	230	100,0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	48	20,9
Eventual	170	73,9
Sin ocupación	9	3,9
Jubilado	2	0,9
Estudiante	1	0,4
Total	230	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

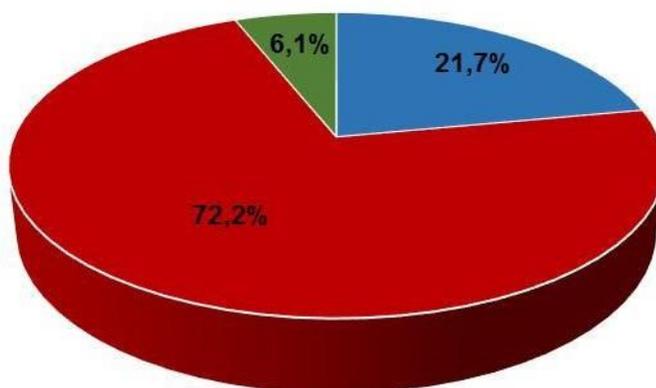
GRAFICO N° 01: SEXO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

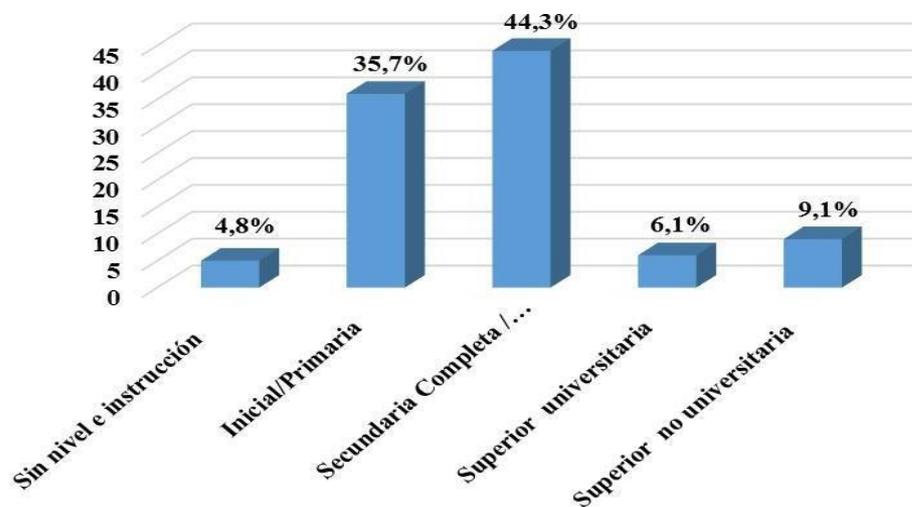
GRAFICO N° 02: EDAD DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013

■ Adulto Joven ■ Adulto Maduro ■ Adulto Mayor



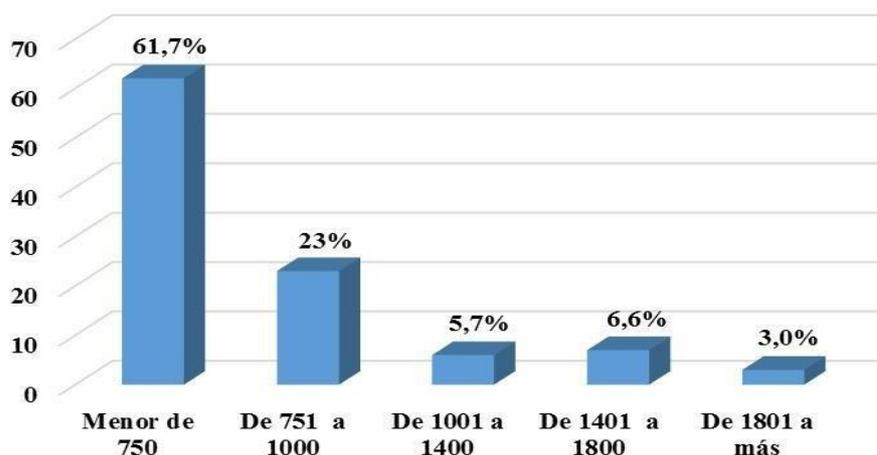
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



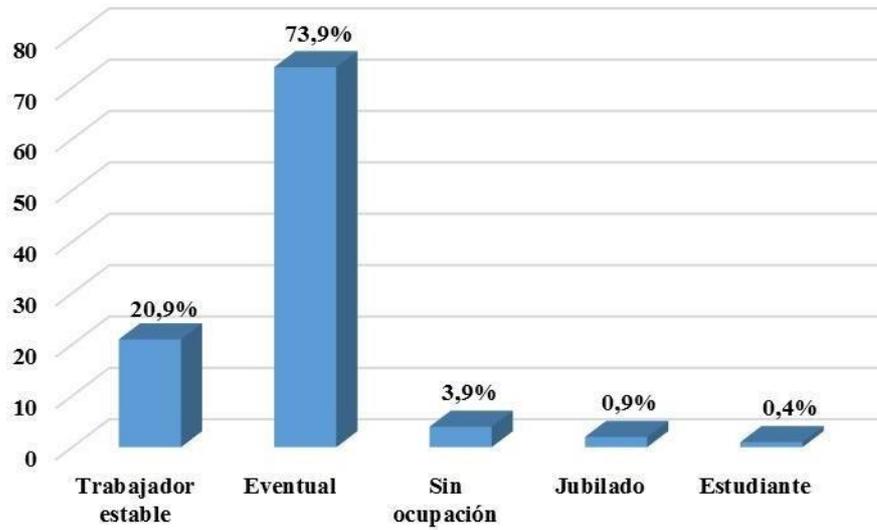
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

**GRAFICO N° 05: OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II
ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA.

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	202	87,8
Vivienda multifamiliar	24	10,4
Vecindad, quinta, choza, cabaña	2	0,9
Local no destinada para habitación humana	0	0
Otros	2	0,9
Total	230	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	6	2,6
Cuidador/alojado	13	5,7
Plan social (dan casa para vivir)	2	0,9
Alquiler venta	4	1,7
Propia	205	89,1
Total	230	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	98	42,5
Enablado	5	2,2
Loseta, vinílicos o sin vinílico	11	4,8
Láminas asfálticas	111	48,3
Parquet	5	2,2
Total	230	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	8	3,5
Adobe	8	3,5
Estera y adobe	14	6,1
Material noble, ladrillo y cemento	28	12,2
Eternit	172	74,8
Total	230	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	4	1,8
Adobe	30	13,0
Estera y adobe	55	23,9
Material noble ladrillo y cemento	141	61,3
Total	230	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	7	3,0
2 a 3 miembros	106	46,1
Independiente	117	50,9
Total	230	100,0

Continúa...

TABLA 02

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS
CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013**

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	3	1,3
Red pública	14	6,1
Conexión domiciliaria	213	92,6
Total	230	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	6	2,6
Acequia, canal	0	0
Letrina	16	7,0
Baño público	2	0,9
Baño propio	203	88,3
Otros	3	1,2
Total	230	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	170	73,9
Leña, carbón	58	25,2
Bosta	1	0,4
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	1	0,4
Total	230	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	3	1,3
Lámpara (no eléctrica)	1	0,4
Grupo electrógeno	1	0,4
Energía eléctrica temporal	3	1,3
Energía eléctrica permanente	221	96,1
Vela	1	0,4
Total	230	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	37	16,1
Al río	0	0
En un pozo	1	0,4
Se entierra, quema, carro recolector	192	83,5
Total	230	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	168	73,0
Todas las semana pero no diariamente	28	12,2
Al menos 2 veces por semana	29	12,6
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	5	2,2
Total	230	100,0

Continúa...

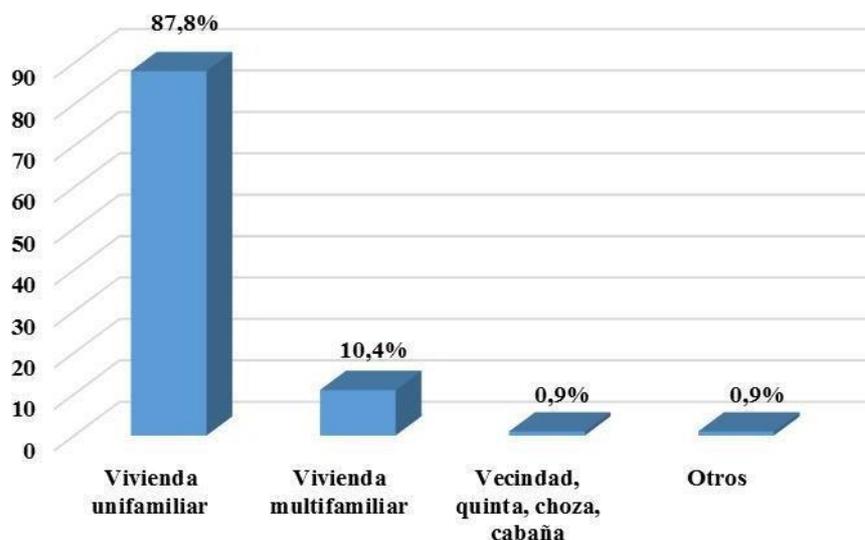
TABLA 02

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS
CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013**

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	193	83,9
Montículo o campo limpio	26	11,3
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	11	4,8
Total	230	100,0

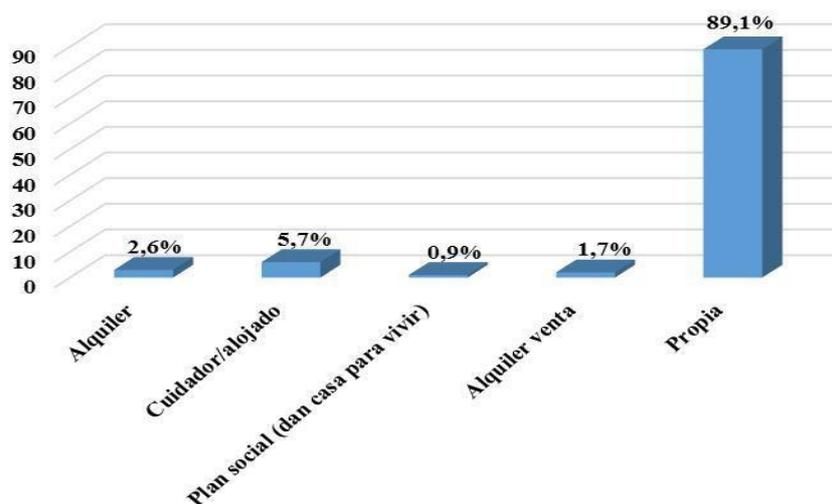
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vélchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 6.1: TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



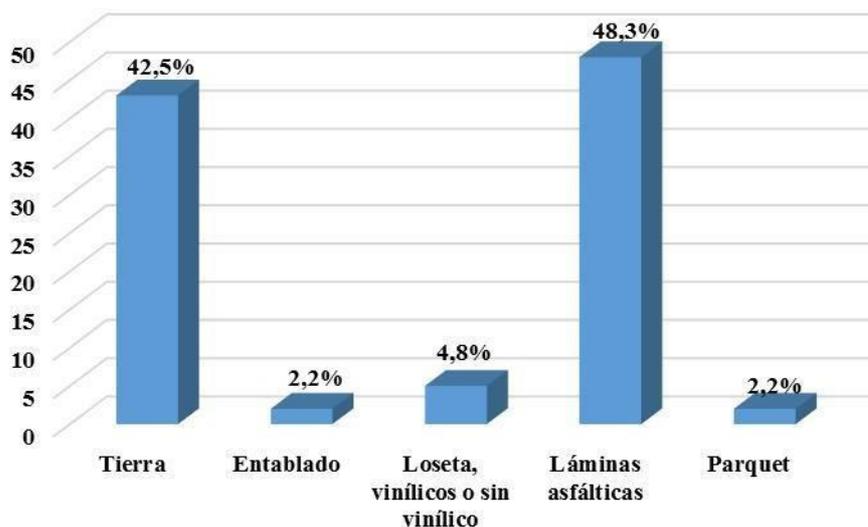
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 6.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA - CATACAOS-PIURA, 2013



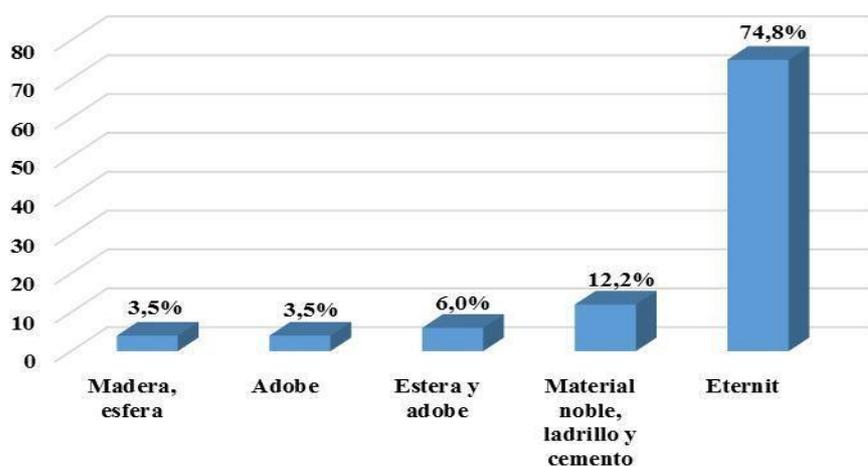
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 6.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



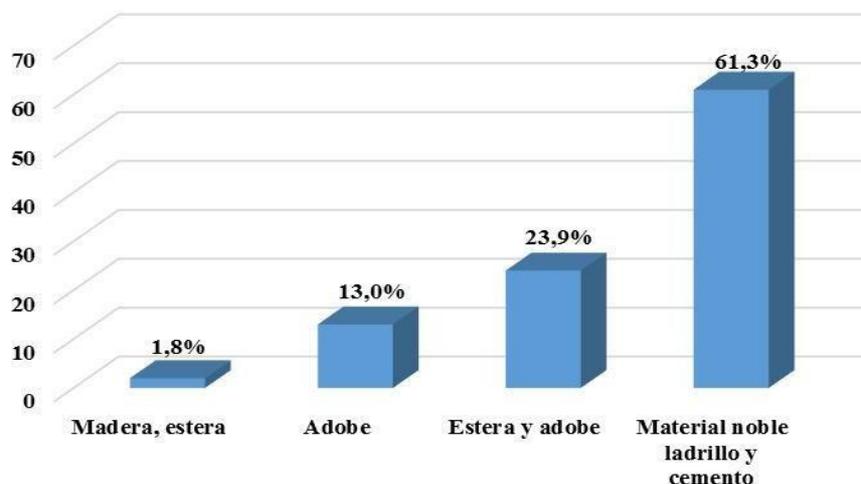
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



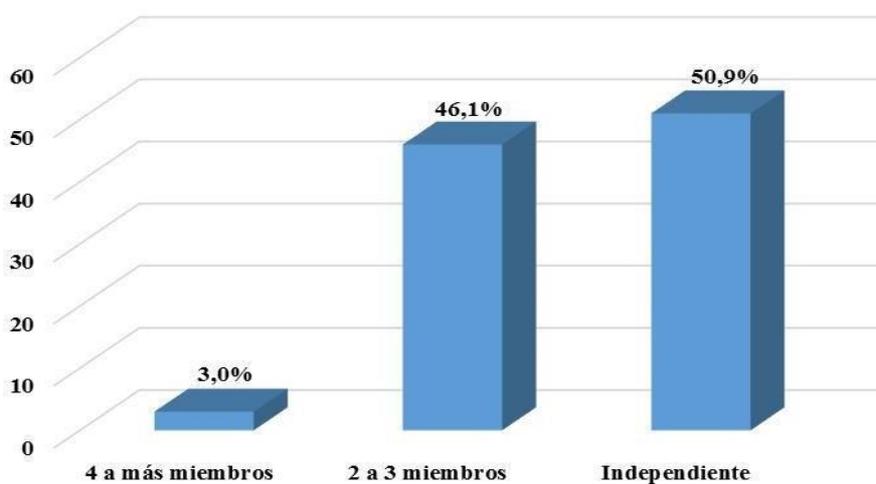
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°6.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



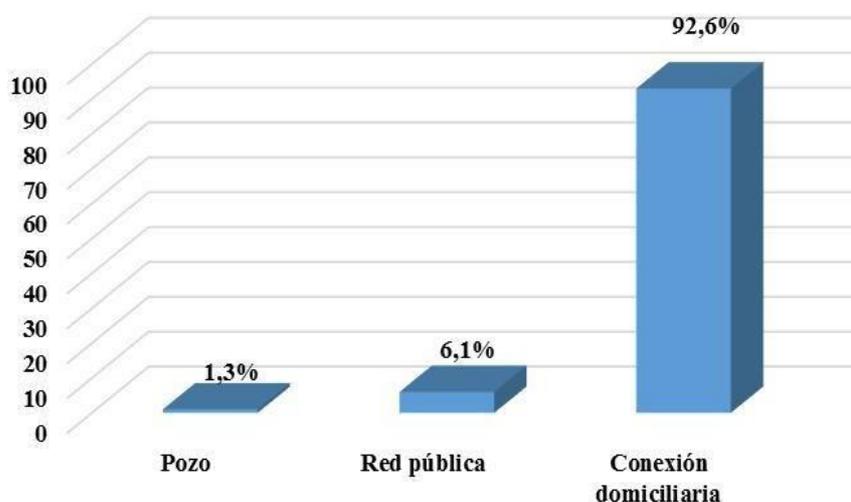
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°6.6: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



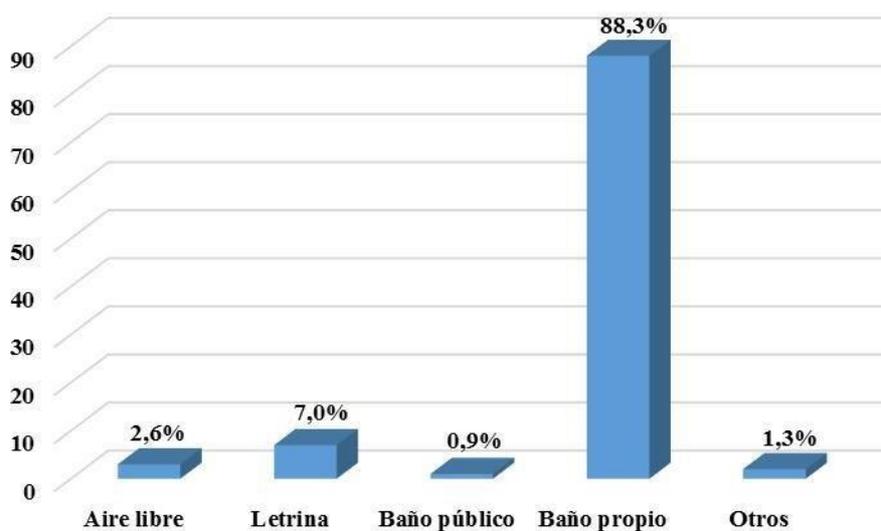
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 07: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



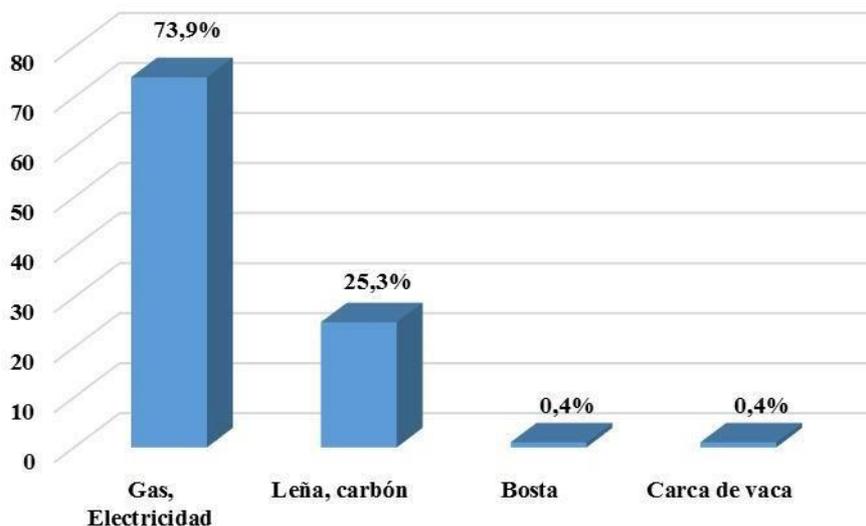
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 08: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



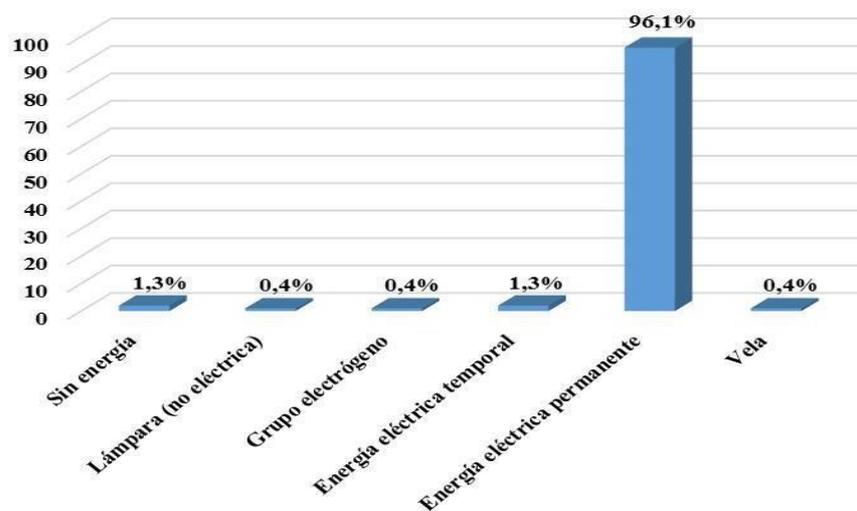
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°09: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



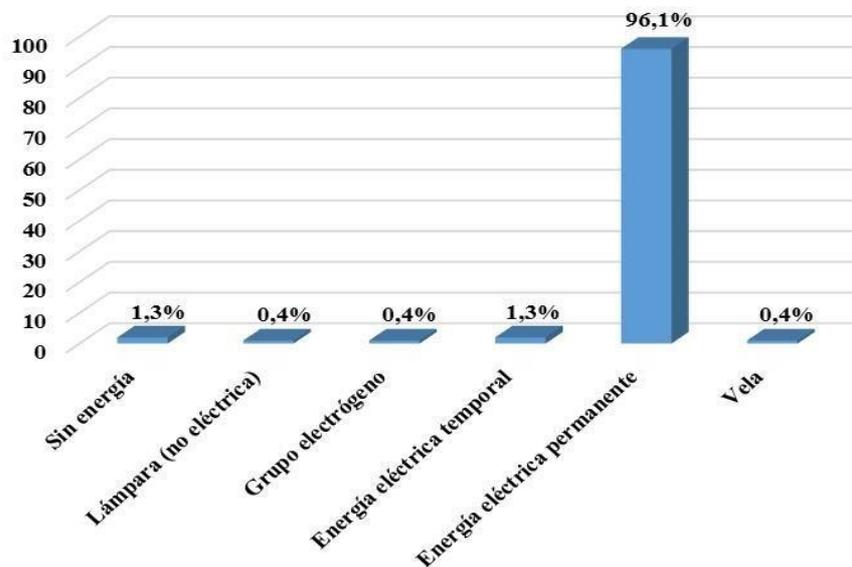
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



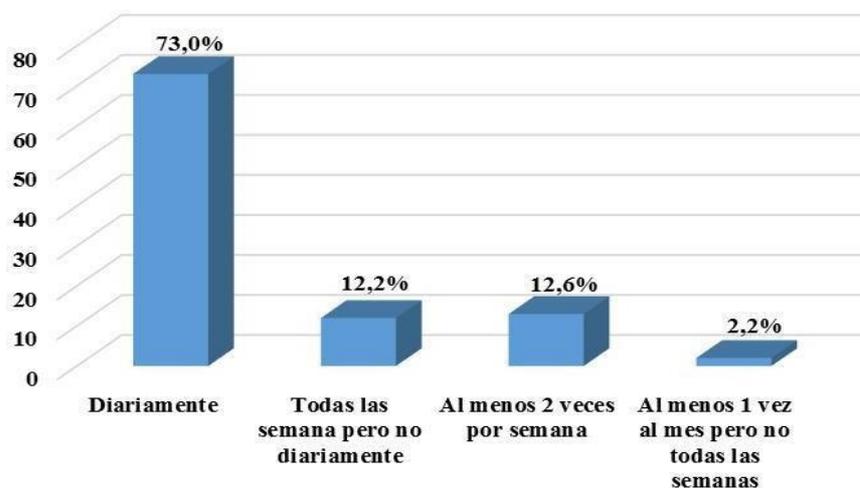
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



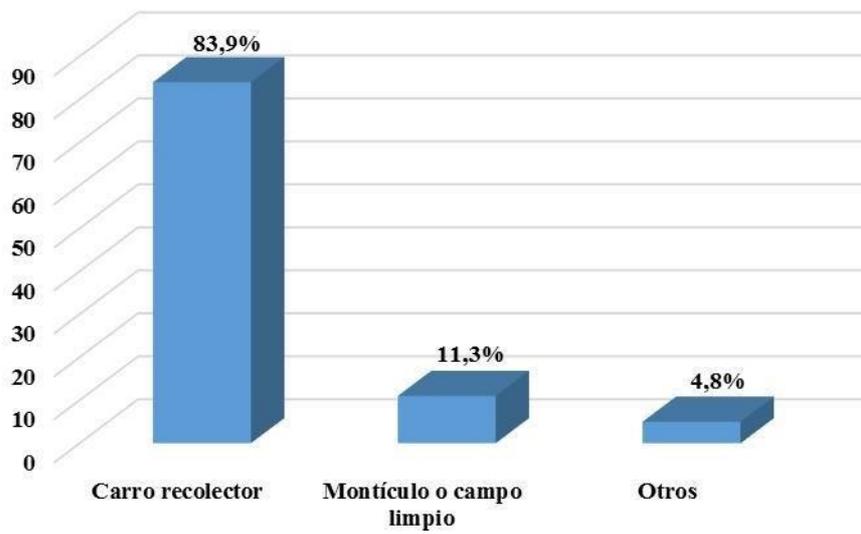
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°12: FRECUENCIA QUE RECOGEN LA BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA- CATACAOS-PIURA, 2013

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	3	1,3
Si fumo, pero no diariamente	3	1,3
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	22	9,6
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	202	87,8
Total	230	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0
Dos a tres veces por semana	22	9,6
Una vez a la semana	14	6,1
Una vez al mes	11	4,8
Ocasionalmente	147	63,9
No consumo	36	15,6
Total	230	100,0
N° de horas que duerme	n	%
(06 a 08)	211	91,7
(08 a 10)	19	8,3
(10 a 12)	0	0
Total	230	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	230	100,0
4 veces a la semana	0	0
No se baña	0	0
Total	230	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	176	76,5
No	54	23,5
Total	230	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	127	55,2
Deporte	17	7,4
Gimnasia	3	1,3
No realizo	83	36,1
Total	230	100,0

Continúa...

TABLA 03

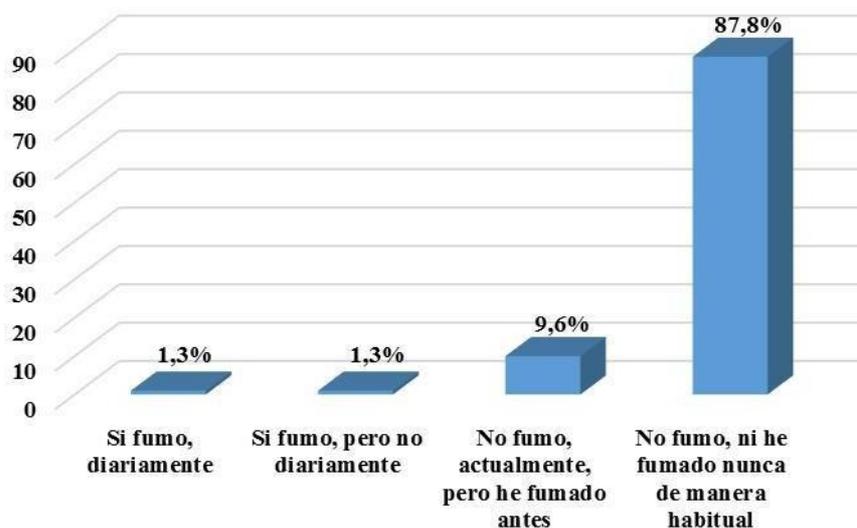
**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA
EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-
CATACAOS-PIURA, 2013**

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos		n			%
Caminar		130			56,5
Gimnasia suave		3			1,3
Juegos con poco esfuerzo		1			0,4
Correr		0			0
Deporte		8			3,5
Ninguna		88			38,3
Total		230			100,0

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	143	62,2	57	24,8	28	12,2	0	0	2	0,9
Carne	84	36,5	98	42,6	34	14,8	8	3,5	6	2,6
Huevos	104	45,2	85	37,0	32	13,9	4	1,7	5	2,2
Pescado	150	65,2	53	23,0	22	9,6	4	1,7	1	0,4
Fideos, arroz, papas.	190	82,6	29	12,6	8	3,5	3	1,3	0	0
Pan, cereales	189	82,2	27	11,7	7	3,0	5	2,2	2	0,9
Verduras, hortalizas	133	57,8	64	27,8	26	11,3	6	2,6	1	0,4
Legumbres	62	27,0	125	54,3	32	13,9	6	2,6	5	2,2
Embutidos, enlatados	53	23,0	43	18,7	37	16,1	48	20,9	49	21,3
Lácteos	143	62,2	46	20,0	23	10,0	9	3,9	9	3,9
Dulces, enlatados	36	15,7	44	19,1	55	23,9	40	17,4	55	23,9
Refrescos con azúcar	129	56,1	24	10,4	19	8,3	10	4,3	48	20,9
Frituras	122	53,0	59	25,7	23	10,0	15	6,5	11	4,8

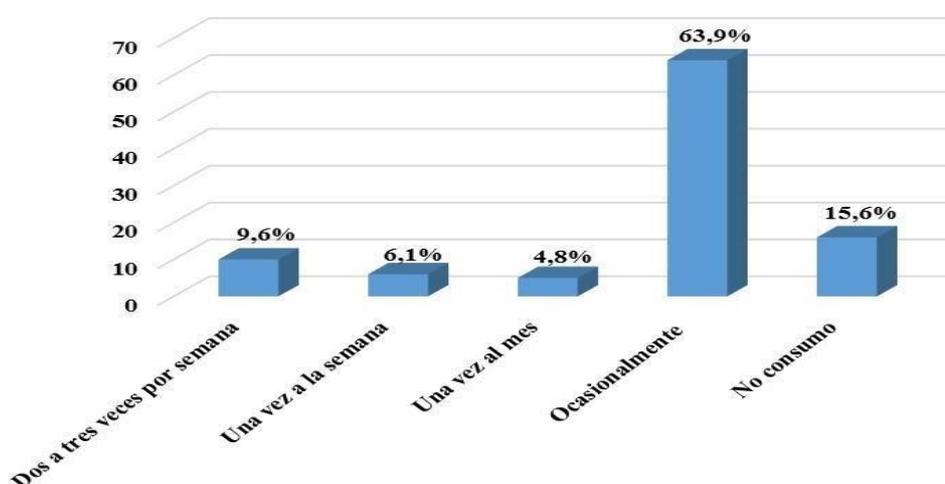
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°14: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



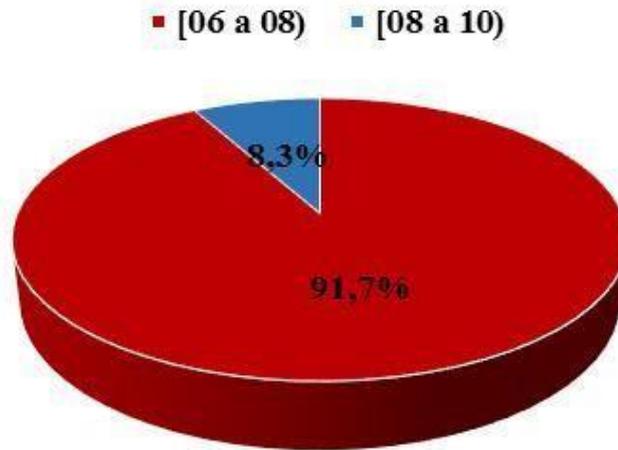
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



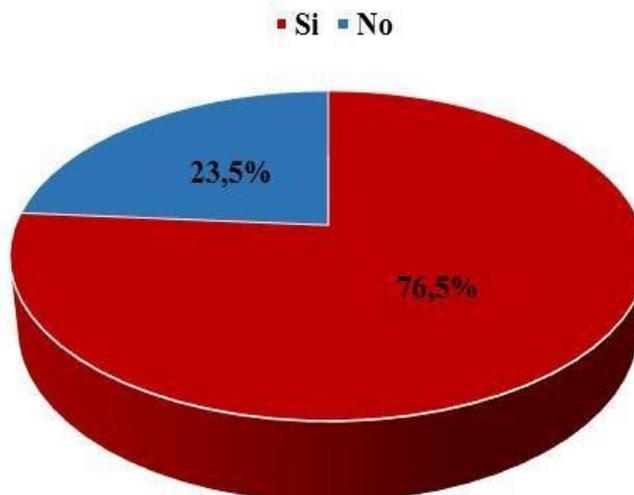
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 16: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



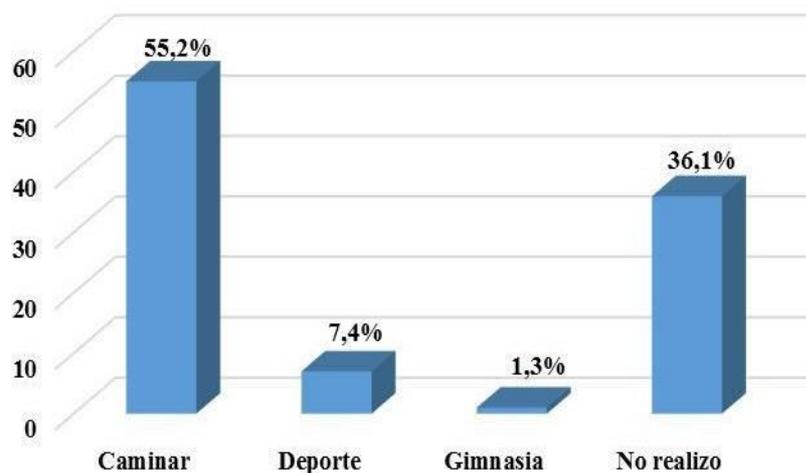
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 17: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



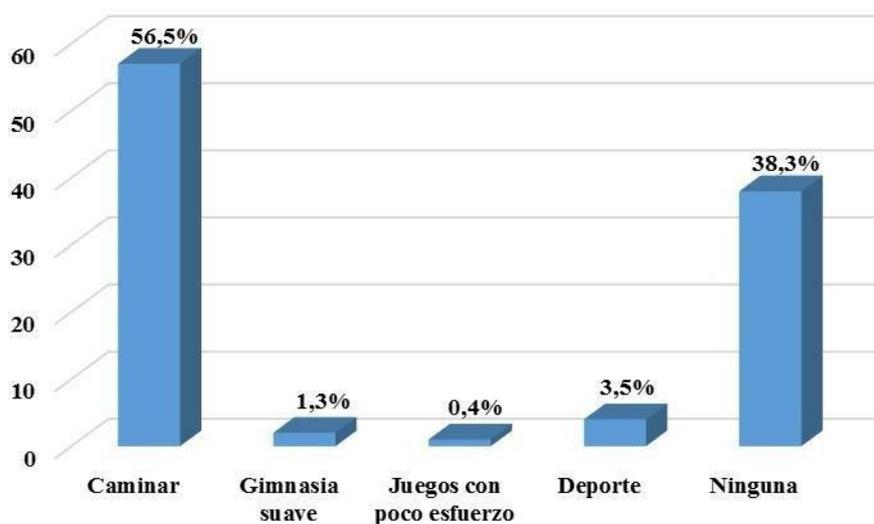
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°18: ACTIVIDAD FÍSICA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



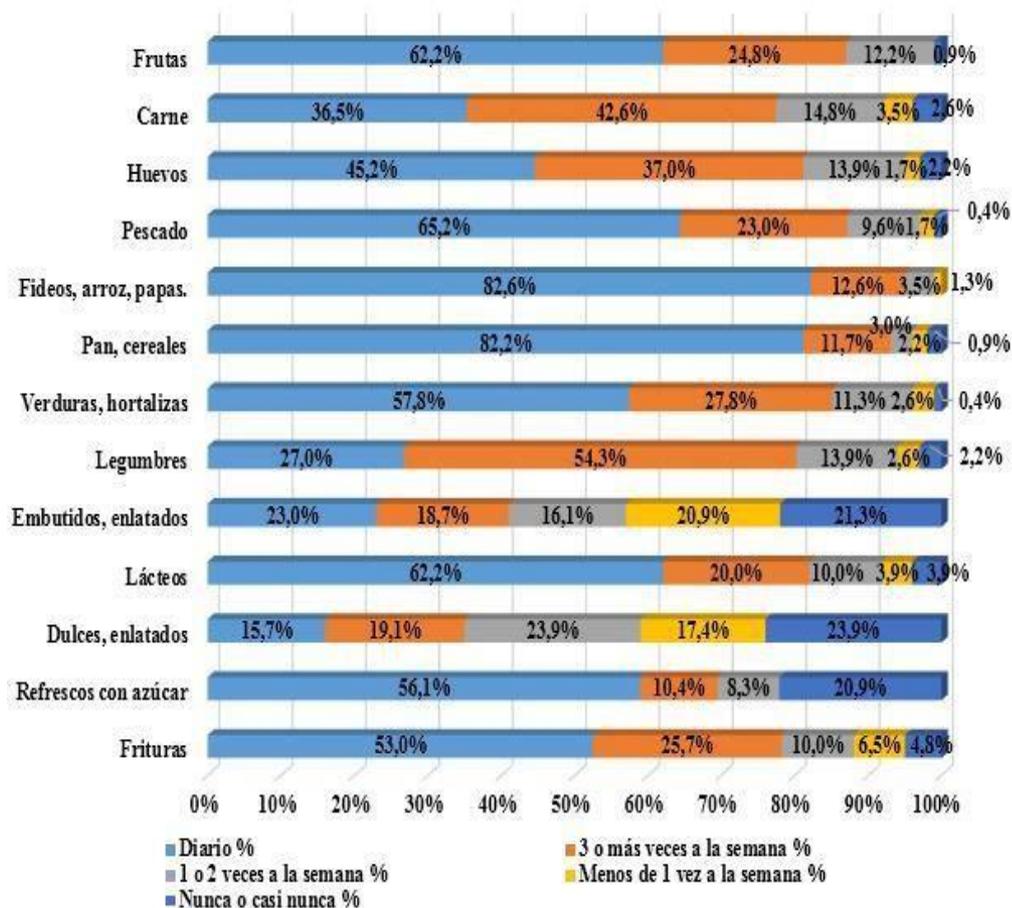
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 19: ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 20: FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LA PERSONA
ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II
ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	33	14,3
Centro de salud	169	73,6
Puesto de salud	1	0,4
Clínicas particulares	9	3,9
Otras	18	7,8
Total	230	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	86	37,4
Regular	111	48,2
Lejos	22	9,6
Muy lejos de su casa	9	3,9
No sabe	2	0,9
Total	230	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	25	10,9
SIS – MINSA	180	78,3
SANIDAD	0	0
Otros	25	10,9
Total	230	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	44	19,2
Largo	61	26,5
Regular	73	31,7
Corto	7	3,0
Muy corto	1	0,4
No sabe	44	19,2
Total	230	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	12	5,2
Buena	69	30,0
Regular	91	39,6
Mala	10	4,3
Muy mala	3	1,3
No sabe	45	19,6
Total	230	100,0

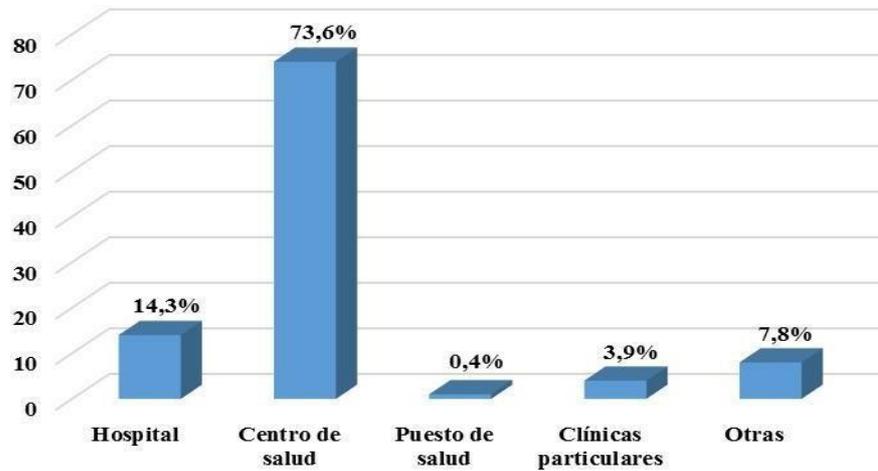
Continúa...

TABLA 04
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LA PERSONA
ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALÚ II
ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	178	77,4
No	52	22,6
Total	230	100,0

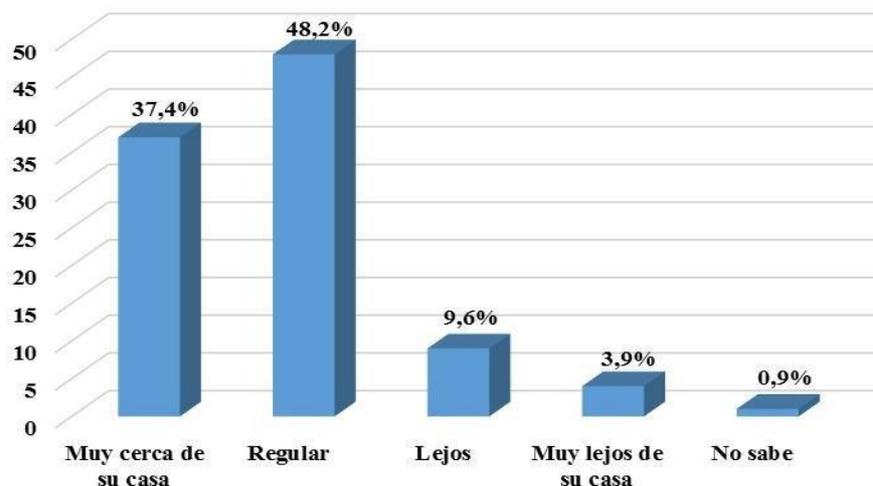
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°21: INSTITUCIÓN DE SALUD QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



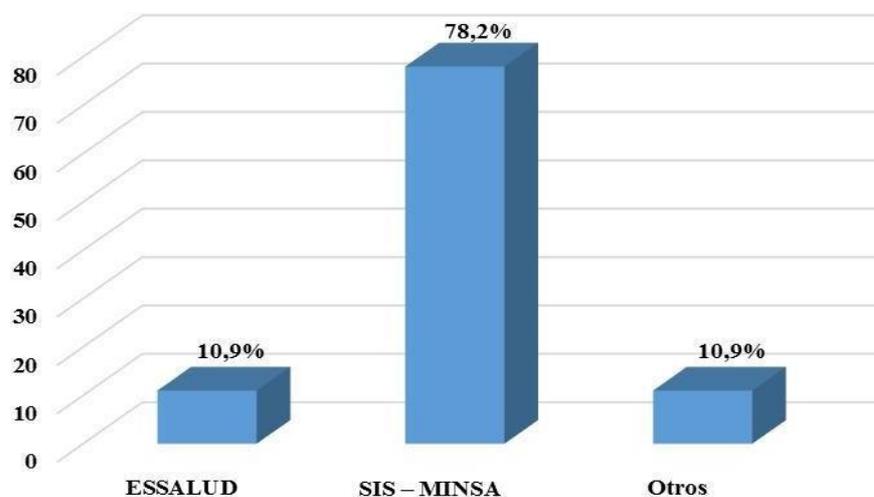
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°22: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



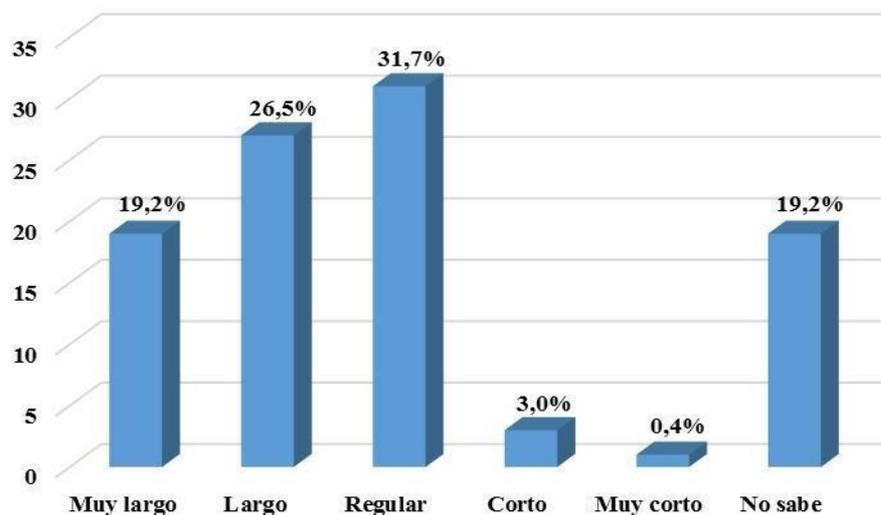
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°23: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



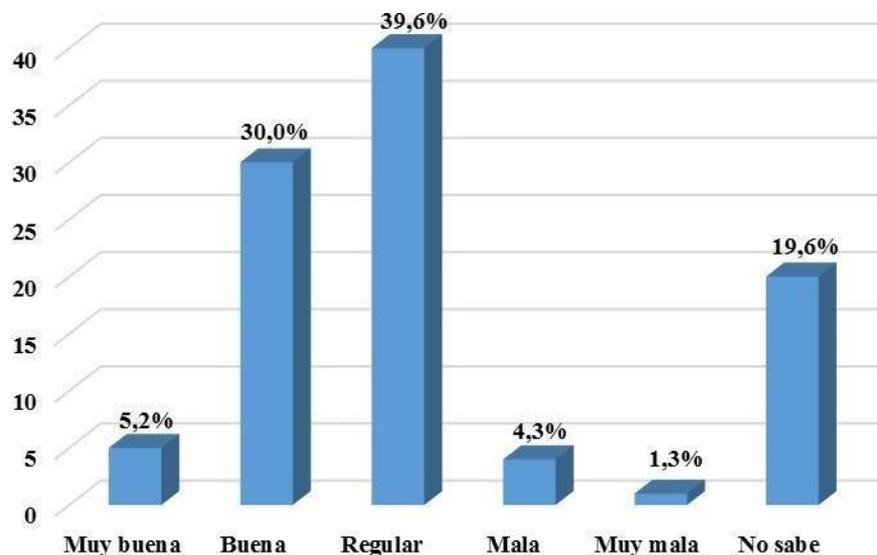
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°24: TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



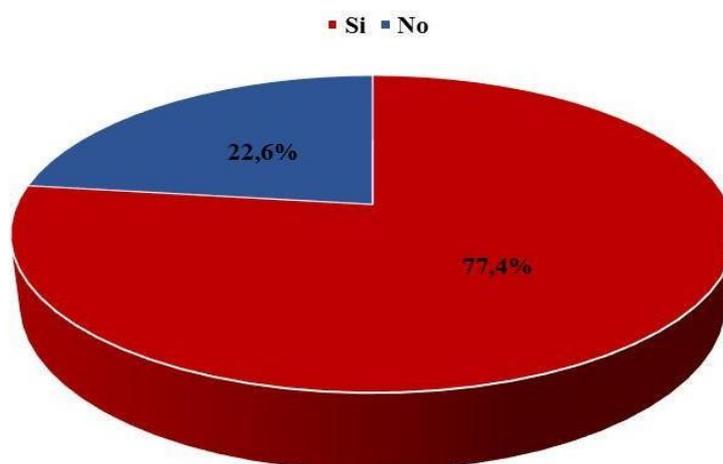
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°25: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°26: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

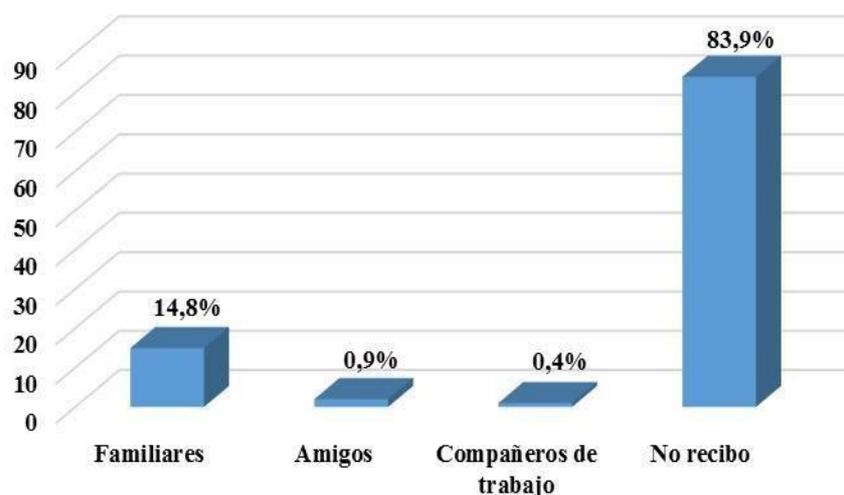
TABLA 05

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO DE LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-
PIURA, 2013**

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	34	14,9
Amigos	2	0,9
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	1	0,4
No recibo	193	83,9
Total	230	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	3	1,3
Empresa para la que trabaja	5	2,2
Instituciones de acogida	0	0
Organizaciones de voluntariado	0	0
No recibo	222	96,5
Total	230	100,0

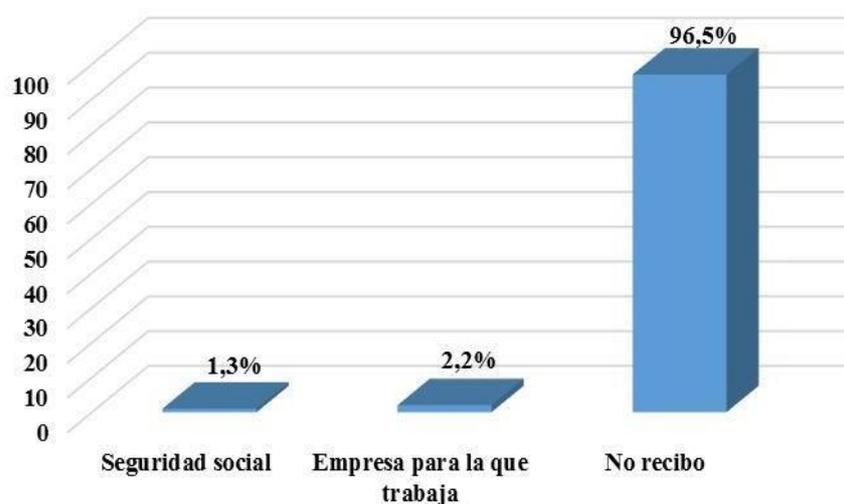
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°27: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°28: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



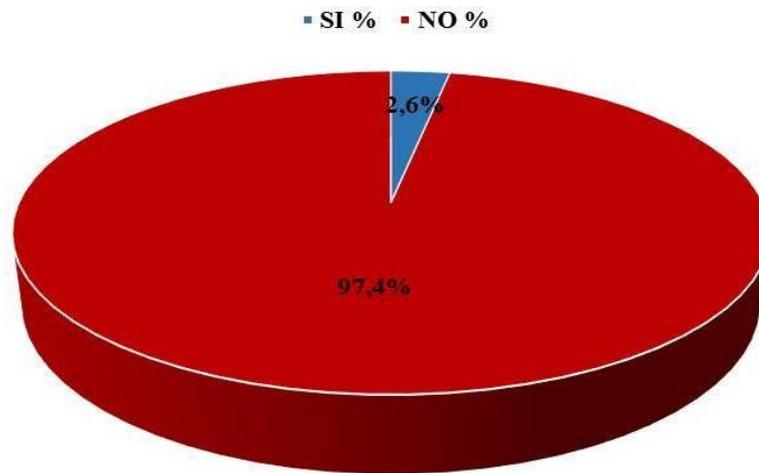
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

TABLA 06**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN
DE QUIEN RECIBE APOYO LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-
PIURA, 2013**

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	n	%	n	%
Pensión 65	6	2,6	224	97,4
Comedor popular	2	0,9	228	99,1
Vaso de leche	5	2,2	225	97,8
Otros	56	24,3	174	75,7

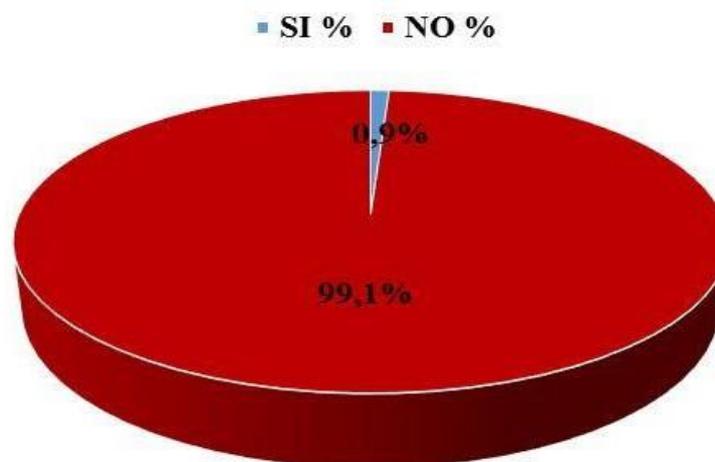
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N°29.1: RECIBE APOYO DE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



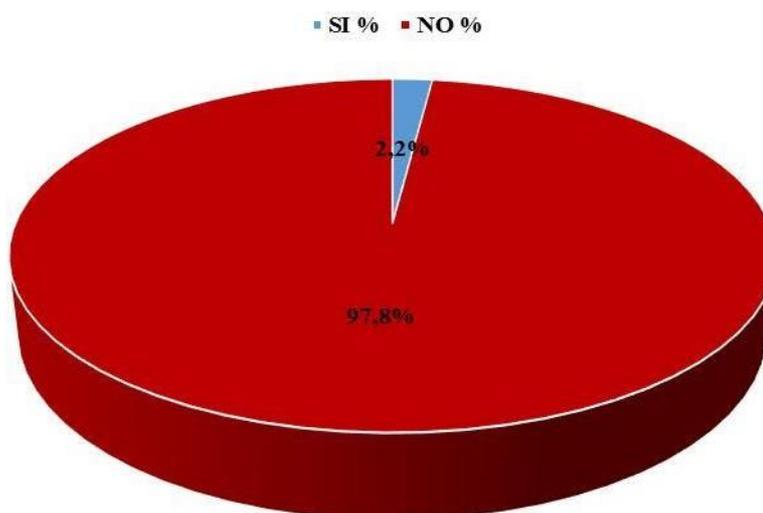
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 29.2: RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



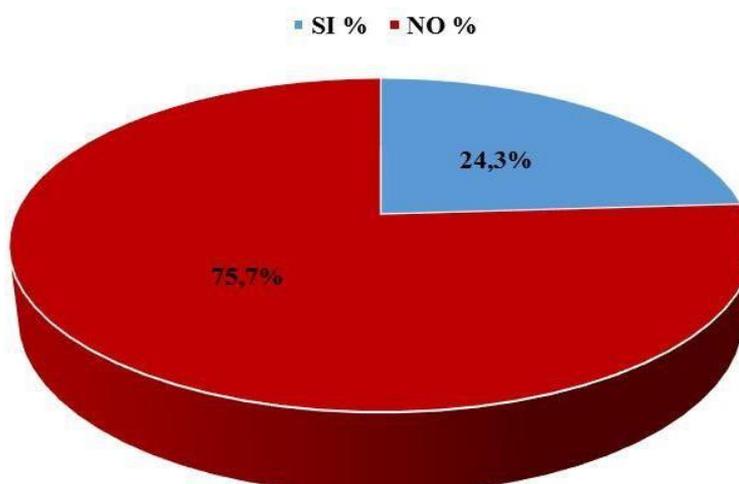
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 29.3: RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

GRAFICO N° 29.4: RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-CATACAOS-PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta en el asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013

4.2. Análisis de resultados

En la tabla N° 01: Con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013 el 67,8% son de sexo femenino, el 72,2% adultos maduros, el 44,3% tienen como nivel de estudio secundaria completa e incompleta, además el 61,7% cuenta con un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 73,9% tienen un trabajo eventual.

Estos resultados se asemejan a de Garay, N. (44), en su estudio sobre Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2013, donde el 62,7% son sexo femenino, el 66,1% tiene un trabajo eventual, el 52,7% tiene un ingreso menor de 750 soles y el 56,4% tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta. Sin embargo difiere con la variable edad donde el 71,6% son adultos jóvenes.

Por otro lado es similar a Jiménez, L. (45), en su estudio sobre Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012 donde el 79,0% son sexo femenino, el 71,0% tienen como grado de instrucción secundaria completa e incompleta y el 55,0% tienen trabajo eventual. Sin embargo difiere con la variable ingreso económico donde el 59,0% tienen de 1001 a 1400 nuevos soles.

Estos resultados difieren con los estudios de Julca, O. (46), en su investigación sobre Factores demográficos, socio culturales y económicos relacionados con los estilos de vida en personas entre 18-40 años de edad en el Asentamiento Humano Almirante Miguel Grau-Castilla-Piura, 2010 donde

el 44,0% tienen entre 34-40 años, el 54,0% son sexo masculino y el 50,9% tienen trabajo estable. Sin embargo se aproxima a la variable ingreso económico donde el 58,6% tienen un ingreso menor de 500 nuevos soles.

Los resultados difieren con la investigación de Domínguez, H. (47). “En su estudio sobre Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. 2012 donde el 83,0% son sexo masculino, el 67,0% son adultos mayores y el 40,0% son personas jubiladas. Sin embargo se asemeja a la variable ingreso económico donde el 40,0% tienen un ingreso de 750 nuevos soles”.

El sexo es el conjunto de características anatomofisiológicas que definen al ser humano como mujer u hombre. Se nace con él, es universal y no es sinónimo de sexualidad. También se define como una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales (48).

Las actividades y labores de la mujer de hoy, considerada como mujer moderna, son muy distintas a las de épocas pasadas. Antes se consideraba que la meta de toda mujer era casarse, tener hijos y administrar eficientemente el hogar, ahora ellas estudian, trabajan, forman sus propias empresas o buscan alcanzar altos cargos dentro de las corporaciones, planifican su vida personal y laboral y actualmente las mujeres piensan mucho antes de formar una familia (49).

Las mujeres modernas optan por productos saludables se preocupan más por la alimentación y los productos que ingieren, así tengan familia o no, por el cuidado personal, de su pareja y familia. Son grandes compradoras de cosméticos y prefieren la ropa de marca. Además, la mayoría realiza algún tipo de ejercicio y suelen buscar tiempo después del trabajo para ir al

gimnasio, siendo las clases grupales y los ejercicios cardiovasculares sus favoritos (49).

Al analizar la variable sexo la mayoría son de sexo femenino posiblemente porque muchas de ellas son mujeres empeñosas que si bien no pueden trabajar fuera de casa por el cuidado de los niños cuentan con tiendas de abarrotes aunque con escasos productos, también negocios de picantería y algunas venden catálogos de Avon o Ésika para tener un ingreso extra. También puede ser porque algunas tienen la mentalidad de que sólo el hombre es quien debe salir a trabajar y ellas depender de ellos; sin embargo son pensamientos errados puesto que actualmente tanto la mujer como el varón están en la obligación de ambos cuidar a los hijos, trabajar y cada quien tenga un trabajo como sustento y esto se refleja en otros lugares de estudios donde también se encuentra que quien permanece más tiempo en el hogar en la mujer.

La edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (50).

Se define la persona adulta como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras (51).

El adulto maduro o medio se encuentra aproximadamente dentro de los 30 a 60 años de edad. Durante esta etapa, la persona vive plenamente los roles sociales como lo es el trabajo profesional y la formación de una familia junto a la pareja. Es el momento en que se puede echar un vistazo hacía el pasado y

reflexionar acerca de los logros y las metas que aún falta por cumplir, además en esta etapa se alcanza la productividad y se consigue la autorrealización (52).

Al analizar la variable edad la mayoría son adultos maduros posiblemente porque quienes invadieron en sus inicios eran personas jóvenes y con el pasar de los años son ahora personas maduras no solo físicamente sino en su estado cognitivo porque asumen sus responsabilidades y desean alcanzar sus metas, han progresado con respecto a la infraestructura de sus viviendas demostrando así que están saliendo adelante. Además se encuentran en una etapa reproductiva por lo cual sólo depende de ellos el número de hijos que deseen tener y esto dependerá solo de su madurez cognitiva donde deberán evaluar su situación actual que se encuentran.

El grado de instrucción permite dar una aproximación más descriptiva sobre el nivel de educación completado que posee la población en cada comuna, así como también la eficacia del sistema educacional formal en la garantización de la educación para todos los ciudadanos. El nivel de escolaridad está vinculado estrechamente con la situación socioeconómica y el capital humano de la población, que condiciona la inserción en el mercado laboral, así como también el desarrollo social y cultural (53).

El nivel educativo tiene, como mencionan algunos autores, repercusiones directas e indirectas en el estado de salud de las personas, al operar como un elemento de refuerzo y protección a lo largo de su vida. Como refuerzo, la educación contribuye a la elección de estilos de vida y comportamiento favorables a la salud y, simultáneamente, posibilita el acceso a mejores empleos y oportunidades de la vida que protegen a las personas de riesgos a la salud (54).

La educación es un factor relativamente fácil de medir a través de indicadores como, el número de años completos de estudio, el nivel máximo de estudio alcanzado o los títulos obtenidos (54).

La educación secundaria es uno de los pilares de la educación formal, tiene por objetivo la preparación de los alumnos para que puedan acceder sin problemas a la universidad, que es en definitiva la instancia que prepara y desarrolla la actividad profesional que cada cual escoja, pero también tiene la misión de formar al adolescente para que pueda desenvolverse de manera conforme en la sociedad o comunidad a la cual pertenece (55).

Al analizar la variable grado de instrucción menos de la mitad tienen secundaria completa e incompleta posiblemente porque desde sus inicios no contaron con los recursos necesarios y se vieron obligados a buscar trabajo para aportar en su hogar, ya que con lo que traía el jefe de familia no era sustento suficiente para todos los miembros, incrementando así el porcentaje de deserción escolar y ocasionando que no puedan lograr estudios superiores y por ende un trabajo con mayor remuneración.

“El ingreso económico según el contexto de la economía y las finanzas públicas viene hacer la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. También son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás” (56).

Con respecto a la variable ingreso económico la mayoría tiene un ingreso menor de 750 nuevos soles debido a que dejaron el estudio a temprana edad y no pudieron continuar un estudio universitario o técnico que les permita salir de esa situación económica escasa. También puede ser porque en los trabajos les pagan según como ingrese dinero en el día complicando así que tengan un sueldo seguro y en algunos casos no les terminan cancelando el total de lo que acordaron en primera instancia como es en el caso de los albañiles.

El trabajo es uno de los principales mecanismos de inserción social. Es la principal fuente de ingreso de los hogares; ofrece posibilidades de expresión y desarrollo de las capacidades individuales; posibilita el acceso a la seguridad social y es, ante todo, una vía para la inserción en el esfuerzo colectivo de creación de riqueza económica, cultural y social (57).

El trabajador eventual tiene en sus tareas carácter provisional. Su contrato, aun por tiempo indeterminado, se encuentra supeditado a la prestación de un servicio accidental. Más, aunque la efectuación laboral se produzca ocasionalmente, para una obra determinada, no por eso deja de ser trabajo continuo (58).

Una empresa puede contratar trabajadores eventuales para cierta tarea, para ampliar sus instalaciones o para atender una demanda extraordinaria; pero, finalizadas esas tareas, los contratados cesan al servicio de la entidad, que prosigue sus actividades normales con sus trabajadores permanentes (58).

Relacionado a la variable ocupación la mayoría tienen trabajo eventual puesto que las labores que desempeñan son mototaxistas, cobradores de carro, albañiles, agricultores y algunos trabajan en sus propias viviendas por ejemplo de carpinteros, pero cuando el trabajo no les va bien recurren a otro tipo de labor y algunos otros que trabajan en Chapairá pero solamente por temporadas; demostrando así que no hay una estabilidad laboral ni económica, siendo éste un factor de estrés que puede afectar la relación familiar.

En la tabla N°02: sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013 se observa que el 87,8% tienen vivienda unifamiliar, el 89,1% de las personas adultas tienen vivienda propia, en el material del piso el 48,3% es de láminas asfálticas, en material del techo el 74,8% es de eternit, el 61,3% tienen sus paredes a base de material noble

ladrillo y cemento, el 50,9% duermen en habitación independientes, el 92,6% se abastece de agua con conexión domiciliaria, el 88,3% tienen baño propio, el 73,9% usa gas, electricidad para cocinar, el 96,1% cuenta con energía eléctrica permanente, en disposición de basura el 83,5% la entierra, quema o carro recolector, el 73,0% responden que la frecuencia de recoger su basura es diariamente y el 83,9% suelen eliminar su basura en carro recolector.

Los resultados se asemejan a Rojas, G. (59), en su estudio sobre Determinantes de la salud del adulto del asentamiento humano Almirante Miguel Grau II etapa – Piura, 2013 donde el 69,2% tienen vivienda unifamiliar, el 67,0% casa propia, el 85,8% el material de paredes es de ladrillo y cemento, el 68,9% tienen conexión domiciliaria de agua, el 88,4% cuenta con baño propio, el 85,9% usan gas, electricidad para cocinar, el 84,0% tienen energía eléctrica permanente, el 90,6% en disposición de basura se entierra, quema y carro recolector, el 59,1% recogen la basura diariamente y el 90,6% eliminan su basura en carro recolector. Sin embargo difieren con la variable material del piso donde el 40,3% es de loseta, vinílicos o sin vinílico, en material del techo el 73,0% es de material noble, ladrillo y cemento y el 62,0% duermen entre 2 a 3 miembros en una habitación.

También se asemejan con Correa, B. (60), en su investigación sobre Determinantes de la salud de los adultos del asentamiento humano 4 de noviembre – Sullana, 2013 donde el 92,83% tienen conexión domiciliaria, el 94,62% tienen baño propio, el 93,0% utilizan gas, electricidad para cocinar sus alimentos, el 98,92% tienen energía eléctrica permanente. Sin embargo difiere con la variable N° de habitantes que duermen en una habitación donde el 70,72% duermen de 2 a 3 miembros.

Los resultados difieren con Shuan, E. (61), en su investigación Determinantes de la salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz-2013 donde el 97,0% tienen material de piso tierra y paredes de adobe, el 52,0% duermen 2 a más miembros en una habitación, el

100,0% cuentan con abastecimiento de agua en red pública y eliminan sus excretas al aire libre, el 66,0% tienen como combustible para cocinar leña, carbón, el 84,0% en disposición de basura es en el río, el 100,0% recogen su basura 1 vez al mes y también eliminan su basura en montículos o a campo abierto. Sin embargo es similar a la variable material de techo puesto que el 56,0% es de eternit y el 100,0% cuentan con energía eléctrica permanente.

Los resultados difieren a García, J. (62), en su investigación sobre Determinantes de la salud en el adulto maduro con hipertensión arterial-El Acero-Chimbote, 2013 se encontró que el 57,7% tienen vivienda multifamiliar, el 84,4% tienen material de piso loseta, vinílicos o sin vinílicos, el 74,8% tienen techo de material noble, ladrillo y cemento, el 86,0% recogen la basura todas las semanas pero no diariamente. Sin embargo se asemejan a la variable tenencia donde el 66,6% tiene casa propia, el 90,4% sus paredes son de material noble, ladrillo y cemento, el 87,4% duermen en habitaciones independientes, el 100,0% tienen agua por conexión domiciliaria y cuentan con baño propio, el 96,3% cocinan con gas, el 99,3% presentan energía eléctrica permanente, el 100,0% en disposición de basura la entierra, quema y carro recolector y eliminan su basura en el carro recolector.

La teoría de Nightingale se centró en el entorno que abarca todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno (63).

La vivienda es un hábitat físico-espacial, que puede desencadenar, potenciar, atenuar o inhibir las tendencias de comportamiento de las personas y familia que viven en ella, la ocupación prolongada de la vivienda, tiende a consolidar estas modalidades y con el tiempo, la familia en su permanente esfuerzo por

adecuarse a ese molde físico, termina por internalizar dicho comportamiento, arraigándose en conductas habituales. El comportamiento puede ser positivo o negativo, según sean las tendencias del mismo y la conformación del hábitat, sus características y atributos; los que podrían manejarse en beneficio de propósito social (64).

Las viviendas unifamiliares son aquellas que están ocupadas por una única familia, por lo que se diferencian de las viviendas colectivas en las cuales suelen vivir más familias. También se puede definir como una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas. Urbanísticamente genera áreas de baja densidad, con bajo impacto ambiental y de infraestructuras de servicios (65).

Al analizar la variable tipo de vivienda la mayoría tienen vivienda unifamiliar posiblemente porque cada familia tiene años de convivencia o matrimonio por lo cual han aprendido que para su propio bienestar es vivir separados y puedan evitar conflictos por las diversas formas de crianza, educación, cultura, etc. entre las dos familias ya sea por parte del esposo o de su pareja, Además ellos aprenden a ver sus necesidades, conocerse y poner más empeño para salir adelante.

La tenencia es tener efectivamente una cosa, pero reconociendo en otro la propiedad, contando con el representante de la posesión del propietario; también se define como el hecho de tener en su poder un bien en virtud de un título que atribuye a otro la propiedad de dicho bien (66).

Entre los tipos de vivienda según la tenencia son:

Propia: Es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar, la cual puede estar totalmente pagada o no en la fecha del censo.

Alquilada: Es la vivienda donde el jefe u otro miembro del hogar paga un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda.

Otra forma: es la vivienda que ha sido cedida como parte del salario, o cedida gratis por razones de amistad (67).

Con respecto a la variable tenencia la mayoría tienen casa propia debido a que en los inicios cuando invadieron los terrenos obtuvieron los títulos y son los propietarios quienes aún permanecen en las casas. Además puede ser porque antes la venta de los terrenos eran mucho más económicos a comparación de hoy en día y los padres solían apoyar a los hijos en la compra del inmueble. Finalmente tener casa propia implica contar con la seguridad que nadie los puede desalojar y vivir con la tranquilidad que la familia vivirá en un lugar estable.

El piso es un concepto en distintos usos. Se refiere al suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). Los pisos son elementos de determinación o acabado, utilizados en las construcciones y hace referencia al material desmenuzable que compone el suelo natural, el terreno dedicado al cultivo o el piso/suelo (68).

Los pisos de pavimentos asfálticos pueden tener como base un afirmado de piedra o macadán y gravilla, cilindrado y con su riego asfáltico, donde la superficie de desgaste la constituye el asfalto (el que más se usa es el que proviene de la destilación del petróleo). Otras veces se aplican como superficies de desgastes de pavimentos de hormigón armado (69).

En la variable material del piso menos de la mitad tienen láminas asfálticas, seguramente lo hicieron porque cuando barrían se empolvaban más los objetos y se veían en la necesidad de regar lo cual implicaba la proliferación de zancudos, causantes de diversas enfermedades como el dengue; además teniendo así un piso se disminuye un factor causante de la contaminación en los alimentos, además demuestra que los adultos de esta comunidad tienen mucho interés en la mejora de su hogar.

El techo es la parte más primordial de una vivienda (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este es la parte que más costosa, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes. Un buen techo bien estructurado permite una mejor edificación (70).

La etimología del término techo remite a tectum, un vocablo de la lengua latina. El concepto se refiere al elemento o sector que se ubica en la zona superior de una construcción o de un vehículo para cerrarlo y cubrirlo. El diseño del techo puede ser muy variado, al igual que sus materiales. Las casas más precarias tienen techo de paja, chapa o cartón, algo que las vuelve poco estables ya que el techo puede dañarse con facilidad (71).

El eternit es un revestimiento compuesto por tablas de cemento con textura de madera de cedro, fibras sintéticas, agua, materiales y otros agregados. Especialmente diseñado para brindar una respuesta con mayor durabilidad, muy bajo mantenimiento y resistencia mecánica además puede recibir pintura, lacas o barnices. (72).

En el análisis de la variable material del techo la mayoría tiene eternit seguramente porque en las temporadas de lluvias ya han tenido pérdidas materiales y les ha causado enfermedades respiratorias a los miembros de la familia y con el eternit se evita la filtración de agua, se protegen de los rayos ultravioletas puesto que brinda mayor durabilidad, seguridad y resistencia; en esta variable también se incluye la calamina donde también hay varias casas que tienen ese material porque es más económico pero tiene las mismas ventajas que del eternit.

El término pared deriva del latín. Emanan concretamente de la palabra “paries”, que puede traducirse como “pared”. Refiere a la construcción vertical que permite delimitar o cerrar un lugar. Lo habitual es que cada

ambiente de una casa o de otro tipo de establecimiento cuenta con cuatro paredes, levantadas sobre el suelo y cubiertas por el techo. Puede estar hecha de piedra, ladrillo, madera, yeso u otros. Su altura y su extensión longitudinal siempre superan al espesor (73).

El ladrillo un elemento con varias aplicaciones tanto arquitectónicas como de ingeniería. Ofrece amplias posibilidades de uso, desde los pisos hasta los techos de las edificaciones, pasando por muros, dinteles, sillares, vigas, etc. Absorbe muy bien la humedad, aunque esto varía según la composición química, mineralógica y granulotécnica de las materias primas; presenta poca o nula reacción con la mayoría de los componentes comunes (74).

En la variable material de paredes se analizó que la mayoría es de ladrillo y cemento, porque han sentido la necesidad de ir mejorando sus viviendas, con el transcurrir de los años han reunido dinero y poco a poco empezaron a construir; esto es muy bueno porque una casa en estas condiciones brinda un mejor confort, menos presencia de insectos puesto que si es de adobe o carrizo los animales tienden a reproducirse en esos ambientes y al tener paredes de ladrillo se disminuye este riesgo; así mismo es un material resistente con mayor durabilidad si está construido adecuadamente. Además el ladrillo con buenas bases garantiza que en el futuro se pueda construir un segundo piso.

“Entendemos por dormitorio al espacio o habitación de una casa especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus integrantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. La iluminación y la ventilación del ambiente son elementos esenciales a la hora de obtener confort y relajación” (75).

Analizando la variable número de personas que duermen en una habitación más de la mitad tienen habitaciones independientes, seguramente porque no

tienen muchos hijos, lo cual les permite tener al menos una habitación por cada miembro ya sea la división de material rústico pero que brinde buena iluminación y ventilación. Puede ser también porque se han dado cuenta que tanto pareja como progenitores necesitan tener privacidad ya que conforme van creciendo los hijos también necesitan su espacio dentro de la casa para su desarrollo personal

La relación entre la salud de las personas y el agua es inseparable. La disponibilidad de agua de calidad es una condición indispensable para la vida, disponer de agua segura, suficiente y saludable es esencial para vivir. En este sentido, el derecho a la salud y el derecho al agua son indivisibles (76).

La conexión domiciliaria es el conjunto de tuberías de abastecimiento y distribución de agua, equipos de tratamiento y válvulas, accesorios, etc. Logrando suministrar el agua en calidad y cantidad; debiendo cubrir dos requisitos básicos: Suministrar agua a todos los puntos de consumo y proteger el suministro de agua de tal forma que el agua no se contamine con el agua servida (77).

Cuando se analiza la variable abastecimiento de agua la mayoría cuenta con conexión domiciliaria revelando así que es una población con el recurso básico y esencial para poder vivir pues permite tener mejor higiene personal, en los alimentos e incluso de las mascotas, este recurso lo lograron tener posiblemente porque al ser una asentamiento humano ya formado y registrado en la municipalidad, las autoridades en conjunto con el apoyo de los moradores han estado en constantes gestiones y gracias a ello se logró la instalación de agua en las viviendas, logrando así el agua con buena calidad y cantidad.

Las excretas son el conjunto de deposiciones orgánicas de humanos y animales que poseen una gran cantidad de microbios Cuando estas no se eliminan adecuadamente pueden provocar daños a la salud de las personas

como la diarrea, el cólera, parasitismo, hepatitis, fiebre tifoidea, y otras, que pueden provocar la muerte a personas adultas y a los niños (78).

Tener baño propio significa contar con un inodoro, éste ayuda al arrastre de la materia orgánica al drenaje lo cual requiere un dispositivo que produce una descarga de gran caudal de agua en tiempo muy corto, dejando nada más que agua limpia en el codo del cierre hidráulico. La ventaja de contar con baño es que impide la salida de malos olores, tiene bajo costo y es un elemento accesible para todos, y una desventaja es que su uso es el principal contaminante del agua (79).

Analizando la variable eliminación de excretas la mayoría tiene baño propio de repente porque se dieron cuenta que tener una letrina se convertía en algo antihigiénico puesto que había presencia de moscas, malos olores y era perjudicial para la salud, entonces que ya al tener desagüe en casa sólo dependía de ellos, se esforzaron y lograron tener un baño adecuado donde incluso lo usan los niños sin el riesgo que se caigan en un agujero, de realizar huecos profundos; además contar con este servicio básico permite disminuir las infecciones urinarias sobre todo a las mujeres, padecer de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) pero siempre y cuando se mantenga una buena limpieza.

La demanda de combustible está determinada por factores macroeconómicos tales como el nivel de pobreza e ingreso y su distribución, el avance tecnológico y el crecimiento poblacional, no se ve y apenas puede percibirse a través de los sentidos, por tanto es sumamente importante que se tengan ciertas precauciones para evitar catástrofes que, podrían traer como consecuencia la muerte (80).

Al analizar la variable combustible para cocinar la mayoría utiliza gas, electricidad seguramente porque les facilita a las amas de casa el avance de los quehaceres diarios, disminuye el riesgo de dañar los pulmones como

sucede cuando cocinamos con leña, aunque demanda de un costo mayor, además refieren que el gas no se les acaba rápido porque cuando es de cocinar menestras lo hacen a base de carbón para que puedan ahorrar y en el momento que se termine logren continuar comprando.

La red de distribución de la energía eléctrica tiene como función el suministro de energía desde la subestación de distribución hasta los usuarios finales. La electricidad nos ha permitido comunicarnos, la criminalidad bajo considerablemente por la iluminación en las calles y se ha podido aumentar las horas del trabajo (81).

Entre las desventajas de la electricidad son: la caída de postes de luz podrían ocasionar graves accidentes y además poderosos incendios que por supuesto si es en zonas residenciales ocasionaría graves daños a las casas y provocando daños muy costosos, cortocircuito en las viviendas por una mala instalación, creación de aparatos eléctricos que minimizan el tiempo con la familia y mientras más aparatos eléctricos más consumo de energía se emplea (81).

Así también al analizar la variable energía eléctrica permanente casi todos tienen luz permanente puesto que gracias a las gestiones del teniente gobernador y directiva, lograron que ENOSA coloque las conexiones de luz en las viviendas y el alumbrado público; ésta energía eléctrica ayudó para sus negocios de venta y conservación de sus alimentos en caso que cuenten con refrigerador.

La basura o residuos son todos aquellos materiales sólidos y semisólidos que resultan de las actividades del hombre en la sociedad y que son desechadas por su propietario por considerarlos inútiles, indeseables o sin valor para retenerlos (82).

La quema de basura genera un humo con gran cantidad de sustancias químicas dañinas para el hombre y contaminantes para el ambiente, como el monóxido de carbono, el dióxido de carbono, etc. que causa el cambio climático. Ocasiona enfermedades como: cáncer, malformaciones, paros respiratorios, asma. Además contaminación al agua, atmosfera, ambiente y suelo (83).

Al analizar la variable disposición de basura la mayoría entierran, queman o carro recolector, al quemarla ocasiona que ese humo tóxico afecte las vías respiratorias pero quizá algunos no cuentan con recursos para pagar a los carros recolectores particulares y por eliminar su basura eligen varias opciones una de ellas que no solo ocasiona problemas en la salud sino la destrucción de la capa de ozono y por ende la aparición de los rayos ultravioletas que cada año son más fuertes y que ahora es uno de las causas del cáncer de piel.

La recolección de los residuos es el método de vereda que consiste en el recojo de los residuos domiciliarios dispuestos en las aceras por operarios de limpieza quienes lo depositan en el vehículo recolector en marcha lenta o también llamado recolección de puerta en puerta. El objetivo es evacuar los residuos sólidos a fin de centralizarlos en un punto de transferencia, reciclaje o disposición final (82).

Los vehículos utilizados para realizar la actividad deben ser apropiados para las características locales. Se pueden utilizar vehículos especialmente diseñados para ello, como los que están dotados de compactación transitoria, camiones de baranda o de tolva basculante e incluso, para las pequeñas poblaciones y áreas marginales, tractores agrícolas conectados con remolque y carretas (84).

Eliminar la basura incluye actividades propias de la recolección de los residuos sólidos en su sitio de origen de acuerdo con la frecuencia y los

horarios pre establecidos, y su traslado hasta el sitio donde deben ser descargados una vez agotada su capacidad. Este sitio puede ser, bien una instalación de procesamiento, tratamiento o transferencia de materiales, bien el relleno sanitario donde se realizará la disposición final. La recolección de los residuos se realiza en promedio cada tres o cuatro días (84).

Así también la mayoría elimina la basura diariamente y en carro recolector, pero no es por el carro recolector de la municipalidad puesto que no pasa con frecuencia lo cual ocasiona el acúmulo de estos desechos pero sobre todo la permanencia de estos residuos permite la presencia de moscas y estos animales son los vectores que transmiten en sus patas la suciedad y al posarse en los alimentos causan las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), por ello al sentir esta necesidad decidieron contratar los servicios de las personas que en sus triciclos o en furgonetas recogen a diario la basura.

En la tabla N° 03: Sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013 el 87,8% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, el 63,9% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 91,7% duerme entre 6 a 8 horas, el 100,0% se baña diariamente, el 76,5% se ha realizado un examen médico periódico en un establecimiento de salud, en su tiempo libre como actividad física el 55,2% camina, en las últimas dos semanas como actividad física que realizaron durante más de 20 minutos el 56,5% caminó.

Respecto a la dieta alimentaria se observa que diariamente el 62,2% consumen fruta, el 45,2% huevos, el 65,2% pescado, el 82,6% fideos, arroz y papa, el 82,2% pan y cereales, el 57,8% verduras y hortalizas, el 23,0% embutidos y enlatados, el 62,2% lácteos, el 56,1% refrescos con azúcar y el 53,0% frituras. Así mismo consumen 3 o más veces a la semana el 42,6% carne y el 54,3% legumbres. También se encontró que el 23,9% consumen dulces enlatados de 1 o 2 veces por semana y nunca o casi nunca.

Estos resultados se asemejan a Jiménez, L. (45), en su investigación titulada Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012, donde el 56,0% no fuman, ni ha fumado nunca de manera habitual, el 81,0% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 94,0% duermen de 6 a 8 horas, el 87,0% se baña es diariamente, el 75,0% se realiza algún examen médico periódico en algún establecimiento de salud, con respecto a su dieta alimentaria consumen diariamente el 62,0% frutas, el 37,0% huevos y el 50,0% pan, cereales. Sin embargo difiere con la variable actividad física donde el 35,0% hace deporte en su tiempo libre y el 35,0% en las últimas dos semanas realizaron juegos con poco esfuerzo y en la dieta alimentaria consumen diario 50,0% carne, 3 o más veces a la semana consume el 39,0% pescado y el 50,0% fideos.

También estos resultados se asemejan con Capristan, N. (85), en su estudio sobre Determinantes de la salud en el adulto maduro. Urbanización popular de interés social Belén – Nuevo Chimbote, 2013 donde el 64,0% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 61,0% duerme de 6 a 8 horas, el 100,0% se baña diariamente. Diariamente el 61,0% consume frutas, 99,0% fideos, 96,0% pan o cereales y el 68,0% carne 3 o más veces a la semana. Sin embargo difiere con la variable bebidas alcohólicas lo cual el 51,0% no consume, el 86,0% no se realiza examen médico, el 81,0% no realiza actividad física y en los alimentos consumen 3 o más veces a la semana: el 51,0% huevos, el 65,0% pescado, el 55,0% verduras y hortalizas, el 34,0% lácteos; consumen 1 o 2 veces a la semana: 48,0% legumbres, 28,0% embutidos. Y menos de 1 vez a la semana el 41,0% consume dulces.

Estos resultados difieren a Rivera, S. (86), en su investigación sobre Determinantes de la salud en los adultos. H.U.P. Las Brisas III etapa – Nuevo – Chimbote, 2013 el 59,0% no se realiza ningún examen médico periódico, el 52,0% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre ni en las últimas dos semanas, el 42,0% consume diariamente bebidas alcohólicas así también el 57,0% consume carne a diario, el 40,0% consume huevos 3 o más veces

por semana así como pescado con un 59,0%, el 34,0% consumen embutidos menos de 1 vez a la semana. Sin embargo se asemejan a la variable fuma actualmente donde el 57,0% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 58,0% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 79,0% se baña diariamente y el 50,0% consume refrescos con azúcar diariamente.

Así mismo difieren con Astudillo, G. (87), en su estudio titulado Determinantes de la persona adulta del centro poblado Santa Victoria–Querecotillo–Sullana, 2013 existe un 51,85% que no se realiza examen médico, consume el 47,74% pescado 3 o más veces a la semana, consumen menos de 1 vez a la semana el 32,10% pan, cereales, el 44,44% dulces y gaseosa, el 30,86% refrescos con azúcar y el 32,10% embutidos, enlatados nunca o casi nunca. Sin embargo se asemeja con la variable bebidas alcohólicas por lo cual el 44,03% consume ocasionalmente, el 76,54% duerme 6 a 8 horas, el 98,35% se baña diariamente, el 72,43% caminan como actividad física, diariamente consumió: fruta con el 45,68%, 51,44% huevos, 46,91% fideos, arroz, 39,51% verduras, hortalizas, 37,45% productos lácteos. Consumen carne 3 o más veces a la semana con un 60,08% y el pescado con el 47,74%.

El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud causando enfermedades respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador (88).

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso. Durante su combustión se originan más de 4 mil productos tóxicos diferentes. Entre ellos destacan por su peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse, los alquitranes (distintos tipos de cáncer), nicotina (produce dependencia), monóxido de carbono (enfermedades cardiovasculares),

irritantes como los fenoles, amoniacos, ácido cianhídrico (enfermedades respiratorias como bronquitis crónica y enfisema pulmonar) (89).

El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores casi a 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno y es casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios (90).

Al analizar la variable fuma la mayoría no fuman ni han fumado nunca de manera habitual esto se debe posiblemente por la buena crianza de los padres o también porque desde pequeños más se han preocupado por la situación de sus hogares lo cual se trazaron objetivos y maduraron rápidamente a una corta edad dejando de lado a los amigos, las fiestas que son las formas de cómo la persona se ve influenciado por este tipo de problema. Es así que se descarta que sean personas dependientes a la nicotina y un factor que influya en las enfermedades cardiacas o respiratorias evitándose así incremento de personas con cáncer de pulmón.

Se considera una bebida alcohólica a toda bebida que contenga etanol, algunas de ellas son: los vinos, cervezas, licores, aguardientes, whiskies, etc. Las contras que presenta el consumo de alcohol son muchas y van desde depresión y descoordinación, la mala absorción de nutrientes hasta la cirrosis, problemas cardíacos y con otros órganos del cuerpo humano (91).

El alcoholismo es una adicción, una enfermedad crónica y progresiva que suele tener unos efectos destructivos en la vida de las personas que la padecen, la cual disminuye la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y el buen funcionamiento del cerebro. Las rupturas de parejas, el aislamiento social, el sufrimiento social, así como el deterioro de la salud física y mental, acompañan siempre a esta enfermedad (92).

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. El alcohol se bebe desde hace siglos en todo el mundo por distintos motivos relacionados con situaciones culturales y sociales, como fiestas y celebraciones (93).

Cuando analizamos la variable bebidas alcohólicas, la mayoría consume ocasionalmente sobre todo la población en estudio toma chicha de jora y su derivado (clarito) debido a que en cada celebración ya sea por un santo o alguna misa como costumbre siempre se prepara esta bebida, además lo consumen los albañiles o campesinos como celebración de una jornada laboral al mes y también consumen cerveza. Sin embargo estas celebraciones duran varios días lo cual ellos al consumirla hacen que sobre todo el hígado se vea afectado e incluso su exceso provoca peleas que pone en peligro su integridad física y otro problema es las discusiones con sus familias por llegar ebrios a sus hogares.

El sueño es una alteración cíclica y fisiológica de la vigilia. A diferencia de lo que se pensaba hace décadas, no es un estado pasivo de descanso a través del cual se recupera la mente y el cuerpo, sino que es un proceso activo bien controlado, donde tiene lugar una reorganización intermitente y cíclica de la actividad neural (94).

La calidad y la duración del sueño varían con la edad, la salud y el estilo de vida de cada persona. Por el contrario, la secuencia de las diferentes fases del sueño durante el transcurso de la noche es muy estable en las personas que duermen bien y que mantienen un horario de sueño regular (95).

Virginia Henderson define el descanso y sueño como el mantenimiento de un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día para restablecer nuestro cuerpo y mente. Ella planteó que la enfermera

no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran (96).

Al analizar la variable número de horas que duermen, la mayoría duerme entre 6 a 8 horas debido a que muchos salen desde muy temprano de sus hogares como son los cobradores de carro, otros que trabajan en Chapairá descansan temprano para lograr levantarse e ir a su jornada, y durmiendo estas horas recuperan la actividad física, reestablecen cuerpo - mente que les ayudará a desempeñar sus labores con eficiencia y eficacia.

El baño o higiene personal tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel y provoca un sentido de bienestar en las personas (97).

Cuando analizamos la variable frecuencia con la que se baña, todos refieren que se bañan diariamente debido a que cuentan con agua permanente favoreciéndoles a mantener una buena higiene personal y por ser una zona calurosa incentiva a la población a hacer uso del baño diario. Al bañarse eliminan las células muertas, estimulamos al organismo ya sea con agua caliente o fría a mantenerse activo, vamos a emanar un olor agradable y aceptable para quienes nos rodean.

El examen médico general efectuado periódicamente en personas aparentemente sanas, ha sido considerado por algunos como una de las principales prácticas de la medicina preventiva y por otros como una práctica innecesaria, ya que la mayor parte de las personas asintomáticas no se encuentran enfermas. La designación “examen médico anual” ha sido reemplazada por el término “examen médico periódico”, cuyo lapso de tiempo puede variar entre uno y varios años según las circunstancias (98).

El examen médico periódico permite a las personas mejorar las probabilidades de vivir más tiempo con una buena o excelente salud, ayudando a prevenir las limitaciones funcionales, la malnutrición, las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos e identificando en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, que se asocien al puesto de trabajo (99).

Si analizamos la variable examen médico se observa que la mayoría si se realiza, puesto que al padecer enfermedades como la diabetes, HTA, etc. y al no controlarse ni mantener un estilo de vida saludable presentan una variedad de síntomas donde se ven obligados a acudir al establecimiento de salud para controlarse y evitar daños irreversibles. Así también para cualquier otro tipo de atenciones en caso de una herida, pero siempre cuando hay problemas de salud más no por un control de rutina.

La actividad física se refiere a la energía utilizada para el movimiento; se trata, por tanto, de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales como son la respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. La contribución fundamental a la actividad física diaria se debe a actividades cotidianas como andar, transportar objetos, subir escaleras o realizar las tareas domésticas (100).

El control de la dieta y del tipo y cantidad de los alimentos que consumimos constituyen aspectos a los que la población presta una enorme atención como factores determinantes del estado de salud. Sin embargo se le da mucha menor importancia a la cantidad de energía gastada a través de la actividad física, a pesar de que ambos aspectos están íntimamente relacionados (100).

Además la actividad física regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y por cardiopatía coronaria en particular y previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión arterial y mejora la situación de las personas que ya la padecen, entre otras (101).

Al analizar la variable actividad física más de la mitad en su tiempo libre y en las últimas dos semanas caminaron, esto se puede deber a que los centros de estudio de sus hijos quedan lejos de sus hogares y tienen que ir a dejarlos y recogerlos, también para ir al trabajo deben caminar una distancia prudente para tomar carro, además las amas de casa caminan hasta el mercado aunque ya de regreso sea en moto, etc. Esta actividad que realizan es favorable para su salud ya que reduce el riesgo de enfermedad coronaria y mejorarla a quienes ya padecen, el quemar calorías mantiene el peso corporal y el cuerpo se mantiene activo; sin embargo éste ejercicio debería acompañarse con otro como por ejemplo salir a correr, pero lamentablemente no lo hacen por el tiempo que demandan los quehaceres o por el cansancio del trabajo.

La alimentación define la salud de las personas, su crecimiento y su desarrollo. La alimentación debe contener una cantidad suficiente de los diferentes macro y micronutrientes para cubrir la mayoría de las necesidades fisiológicas. Éstas se hallan influenciadas por factores como el sexo, la edad, el estado fisiológico, la composición corporal, la actividad física y las características de cada individuo (102).

Una alimentación adecuada es aquella que cumple con las necesidades específicas de cada persona. La misma debe ser variada y preparada en condiciones higiénicas, por ello los alimentos deben ser consumidos de manera racional, equilibrada y balanceada. Por lo tanto es importante conocer en qué cantidades podemos ingerirlos, sin caer en carencias o excesos (103).

En la variable sobre los alimentos la mayoría consumen la fruta como es el plátano o mandarina, el pescado pues consideran que es mucho más rico y la mayoría de las tiendas venden pescado a un precio cómodo, así mismo el fideo, arroz, papa, el pan y cereales lo consumen tanto para su desayuno como para la cena pero son carbohidratos que incrementan el peso sobre todo cuando desconocen las porciones a ingerir y los lácteos lo consumen pero no

de tarro como la leche gloria sino compren la leche de vaca o de cabra que es más económica y alcanza para todos los miembros de la familia.

Más de la mitad consumen verduras y hortalizas, lo cual ayuda en la nutrición, los refrescos con azúcar y frituras diariamente ocasiona el inicio o incremento de enfermedades cardiacas que pueden llegar a un infarto agudo de miocardio (IMA), y las legumbres que consumen 3 o más veces a la semana que proporcionan hierro y proteína para el ser humano.

Menos de la mitad consumen carne, huevos, embutidos, dulces y enlatados; esto se debe a que aún faltan ser concientizados acerca de la alimentación saludable por el establecimiento de salud, lo ideal es que no consuma nadie embutidos ni enlatados porque no proporciona beneficios al organismo e incrementa los factores para padecer de cáncer, sin embargo el huevo si deberían consumirlo más a menudo porque contiene calcio y la carne que lo consumen 3 o más veces a la semana deben reducir su consumo sobre todo si son carnes rojas puesto que el proceso de digestión es lento.

En la tabla N°04: Según los determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013 se encuentra que el 73,6% se ha atendido en los 12 últimos meses en un centro de salud, así también se observa que el 48,2% consideran que la distancia del lugar donde lo atendieron está regular, el 78,3% tienen seguro SIS-MINSA, el 31,7% esperó regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 39,6% considera regular la calidad de atención. El 77,4% refiere que si existe delincuencia y pandillaje cerca de su casa.

Los resultados son similares a Domínguez, H. (47), en su investigación Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012, lo cual el 33,0% considera que el lugar donde se atendió está en una distancia regular a su casa, el 40,0% tiene

el seguro del SIS-MINSA, el 67,0% le pareció regular el tiempo que esperó para que lo atendieran, el 64,0% refiere que la calidad de atención es regular. Sin embargo difiere con la variable institución de salud donde el 90,0% se atendió en hospital y en la variable pandillaje y delincuencia el 83,0% consideró que no existe este tipo de problema social cerca de su casa.

Los resultados también se asemejan con Martínez, J. (104), en su estudio sobre determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío de Pitayo – Lancones - Sullana, 2013 se observa: el 57,14% consideran que el lugar donde los atendieron estaba regular, el 60,14% cuentan con seguro del SIS-MINSA, el 42,86% consideró que el tiempo que esperó para que lo atendieran le pareció regular y el 52,14% consideró regular la calidad de atención. Sin embargo difiere en la variable institución de salud donde el 55,71% se atendió en un puesto de salud y el 100,0% respondió que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Así también difiere con Capristan, N. (85), en su estudio sobre Determinantes de la salud en el adulto maduro. Urbanización Popular De Interés Social Belén – Nuevo Chimbote, 2013, el 54,0% se atendió los últimos 12 meses en el hospital, el 60,0% considera que el lugar donde la atendieron está muy cerca de su casa y el 47,0% refirió que la calidad de atención es buena. Sin embargo es similar a la variable tipo de seguro por lo que el 47,0% tienen SIS – MINSA, el 59,0% considera que el tiempo que esperó para ser atendido fue regular y el 100,0% respondió que si existe delincuencia o pandillaje cerca de su casa.

Los resultados difieren con Ulloa, E. (105), en su estudio sobre Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Mirarmar Sector 3, Moche – Trujillo, 2012 se encontró que el 46,0% se atendió los últimos 12 meses en un puesto de salud y el 80,0% refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa. Sin embargo existen variables que se asemejan: el 68,0% considera que la atención fue regular, el 59,0% tiene

seguro SIS-MINSA, el 53,0% refiere que la calidad de atención fue regular y el 32,0% respondió que el tiempo que esperó para que lo atendieran fue regular.

El centro de salud es el establecimiento del primer nivel de atención de salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, prevención y recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los consultorios de medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y odontología (106).

La OMS define al centro de salud como un elemento del Sistema Local de Salud (SILOS). Es la parte de los servicios cuya especificidad en la estrategia de atención primaria es el punto de interacción entre los servicios y una población definida a que se proveen servicios de salud integrales (107).

Al analizar la variable institución de salud donde se atendió los últimos 12 meses la mayoría refirió que fue en un centro de salud, posiblemente porque a pesar que el establecimiento no brindan un buen trato de calidad ellos no cuentan con recursos económicos para hacerse atender en una clínica donde les brinden mejores servicios de salud y puede ser también porque los pobladores se dan cuenta que existen atenciones en diversos servicios como medicina, nutrición, emergencia, etc. y referencias al hospital Santa Rosa de Piura y la atención es para todos los miembros de la familia que son asegurados donde incluso reciben medicina después de la consulta en el establecimiento de salud.

El concepto de accesibilidad tiene dos elementos básicos: El elemento físico se relaciona con la distancia geográfica que separa al usuario potencial del punto de servicio, expresa la proximidad espacial entre ambos. Y el elemento social se refiere a la distancia social que existe entre el usuario potencial y el servicio abarcando las características de ambos; por el lado del usuario se encuentra: la clase social, ingreso económico, educación, valores culturales,

percepciones y creencias; y por el lado del destino (centro de salud) encontramos: horario del trabajo, calidad, si es culturalmente aceptable y precio razonable. El elemento social representa la accesibilidad efectiva del destino y es esencial en la utilización de los servicios de salud (108).

De la población en estudio menos de la mitad considera que la distancia entre su casa y el establecimiento de salud es regular, debido a que el centro de salud se encuentra a la entrada de Catacaos por lo cual es accesible para los asentamientos humanos que pertenecen a su jurisdicción y los moradores pueden llegar en un tiempo no muy largo incluso caminando y en movilidad mucho más rápido. En otros estudios también existen resultados similares, demostrando así que la construcción de los centros de salud si es accesible para los pobladores.

Según el Ministerio de salud define al Seguro Integral de Salud como una institución administradora de fondos de aseguramiento en Salud (IAFAS) que tiene como responsabilidad la administración económica y financiera de los fondos públicos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud que reciben sus asegurados en todo el país, promoviendo el acceso con equidad de la población vulnerable (109).

Las atenciones que cubre el seguro integral de salud son: Preventivas (Inmunizaciones en niños y adultos, salud reproductiva, etc.), ambulatorias (Consulta por medicina general y especializada, etc.), hospitalarias, quirúrgicas (riesgo Qx, insumos, etc.), emergencias, maternidad (pre y post natales, parto normal- múltiple - complicado, cesárea, atención del neonato, etc.) (110).

Así mismo al analizar la variable tipo de seguro la mayoría cuenta con el SIS-MINSA porque es una población de bajos recursos económicos y vulnerables a padecer diversas enfermedades; además cumplen con los requisitos que exigía el establecimiento de salud en su debido momento y

porque se vieron en la necesidad de tener un respaldo que les ayude en caso de una emergencia. Contar con el seguro del SIS es un derecho de todo ciudadano que debe de tener y exigir sobre todo cuando son personas que tienen muchas carencias.

El tiempo estimado para una consulta médica a menudo se establece de forma arbitraria y rara vez es evaluado. La realización de la historia clínica en formato electrónico ha sido evaluada mediante algunos de los indicadores de calidad asistencial como la satisfacción del usuario, la seguridad del paciente y los costes pero poco sabemos de la repercusión que ha supuesto en el funcionamiento cotidiano de la consulta médica y la relación médico-paciente, alterando sustancialmente los elementos que componen una consulta médica (111).

Los tiempos de consulta varían no obstante de forma notable según el país y la especialidad de que se trate. Unos médicos que tienen actualmente entre 5 y 7 minutos para ver a cada uno de los pacientes cada día, y que en algunas jornadas laborales llegan a ser más de 100 usuarios. A ello hay que sumar que tienen que salir a urgencias si es necesario y que además dividen su trabajo entre labores médicas y muchas veces burocráticas "más propias de un auxiliar administrativo que de un médico" (112).

Al analizar la variable tiempo que espera la persona adulta para ser atendido, menos de la mitad considera que es regular, seguramente porque hay mucha demanda de pacientes por lo que cuando van por una atención deben esperar su turno e incluso cuando llevan al control y crecimiento son los padres quienes deben hacer colas desde la madrugada para alcanzar turno, o cuando llegan por emergencia los médicos están en otros procedimientos por lo que la persona debe esperar causándoles incomodidad y también podría ser porque algunos salen de sus consultorios en horas laborables demorándose y provocando molestias porque ellos saben que existe un horario de atención. Más aún cuando esperan y la atención es corta ocasiona una discusión

médico-paciente pero eso es debido a que se rigen al tiempo establecido según normas para que les dé tiempo en atender a todos por igual.

Existen múltiples definiciones de la calidad lo cierto es que convergen en la satisfacción y mínima cantidad de riesgos y de eventos adversos, a los cuales se agregaría la optimización de recursos y a los profesionales de la salud que brindan los servicios en diversas áreas (113).

Mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención de salud objetivo que comparten organizaciones para la atención de la salud y países de todo el mundo. Los proveedores de atención de la salud de todas partes deben seguir el ritmo de la globalización y responder a la demanda de una atención accesible y de alta calidad (114).

Una atención de salud busca asegurar que cada paciente reciba la atención adecuada para mantener la salud, prever la enfermedad o sus complicaciones y establecer el diagnóstico u ofrecer la terapia idónea, considerando todos los factores propios del paciente o del profesional de la salud para lograr el mejor resultado con el menor riesgo posible y la máxima satisfacción, mediante el uso responsable y adecuado de los recursos (113).

Al analizar la variable calidad de atención encontramos que menos de la mitad considera que es regular de repente por el estrés de los profesionales de salud en donde en algunas ocasiones ya no quieren escuchar todo lo que le tengan que decir los pacientes, estén apurados y sean demasiados breves en la explicaciones de las indicaciones ocasionando insatisfacción e incomodidad. En algunas ocasiones también carecen de algunos instrumentos por lo que dificulta la atención; además brindar atención de calidad se rige en base a tres elementos: los profesionales, recursos y buena infraestructura, si uno de ellos falla ocasionará la insatisfacción de los usuarios.

La delincuencia constituye uno de los fenómenos más importantes de la sociedad actual, a la vez uno de los mayores problemas planteados en el mundo entero. La delincuencia es un fenómeno que abarca desde las ciudades de los países más industrializados y económicamente fuertes, hasta los suburbios más pobres de los países menos favorecidos; desde las familias más ricas, a las más pobres, sea cual sea su raza, etnia o color de piel (115).

La palabra delincuencia deriva del concepto jurídico de delito, que está referido no a una conducta, sino a un acto concreto y con relación a unas figuras legales. Los grupos de pandilla provienen de hogares en crisis o destruidos, de padres separados, falta de comunicación tanto padres e hijos, carencia afectiva demuestran violencias, robo, inseguridad ciudadana por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales (116).

Al analizar la variable pandillaje y delincuencia la mayoría refiere que si existe, pero no es por los mismo moradores sino porque llegan de los asentamientos humanos de los alrededores, es por ello que mantiene sus puertas cerradas incluso durante la tarde; y esto sigue siendo un problema social que afecta a nivel regional y nacional desde hace ya años atrás y que aun lamentablemente los gobiernos no saben qué hacer para disminuir tanta delincuencia.

En la tabla N° 05: Según los determinantes de las redes sociales y comunitarias podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013 el 83,9% no recibió apoyo social natural y el 96,5% también refiere que no ha recibido apoyo social organizado.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Colchado, A. (117), en su estudio sobre Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012, en lo que respecta a las

redes sociales y comunitarias de las personas adultas, se observa que el 95,0% no recibe algún apoyo social natural y el 100,0% no recibe apoyo social organizado.

También los resultados se asemejan a Rivera, S. (86), en su investigación sobre Determinantes de la salud en los adultos. H.U.P. Las Brisas III etapa – Nuevo Chimbote, 2013 el 78,0% no recibe apoyo social natural y el 100,0% no recibe apoyo social organizado.

Los resultados difieren con los de Rojas, E. (118), en su estudio sobre Determinantes de la salud de la persona. III etapa Manuel Arévalo, La Esperanza – Trujillo, 2012 se evidencia que el 100,0% reciben apoyo social natural por sus familiares y el 50,0% reciben apoyo social organizado por la seguridad social.

También difieren con Correa, B. (60), en su investigación Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano 4 de noviembre-Sullana, 2013 donde el 76,60% recibe apoyo por parte de sus familiares. Sin embargo se asemeja con la variable apoyo social organizado por lo que el 98,30% refieren que no reciben apoyo.

El apoyo social no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales y psicosociales (119).

El apoyo social es una dimensión de carácter subjetivo que establece el cuidador como resultado de su relación con el entorno más cercano, sobre la percepción de la posibilidad de contar con ayuda, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana como para resolver situaciones de

emergencia. Cuando las personas consideran que otro les ofrece soporte se dedican a buscarlo y a mantener una relación interpersonal que lo facilite y lo fomente (120).

El apoyo social natural tienen como ventaja que la ayuda es inmediata y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo. El inconveniente radica en que estas redes son previstas y dependen fundamentalmente de la unión de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa (121).

Al analizar las variables según el determinante de redes sociales la mayoría no recibe apoyo social natural ni por sus familiares, amigos, vecinos, compañeros espirituales ni de trabajo, esto posiblemente porque los familiares se encuentran en las mismas condiciones que ellos, por ende cada quien debe velar por el bienestar de sus miembros de familia, y quizá viven lejos de ahí por lo cual están ajenos a cualquier necesidad que puedan tener, más aún si no mantienen una comunicación constante o también porque los integrantes de la familia prefieren mantener sus problemas internos y no exponerlos a nadie más.

El apoyo social organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su, la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo y en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (121).

Y en relación a la variable apoyo social organizado casi todos no reciben apoyo por parte de las organizaciones de ayuda al enfermo, seguro social, empresa, institución de acogida u organizaciones de voluntariado, porque la mayoría de trabajadores su centro de trabajo no es una empresa o compañía, por lo tanto no hay quienes les brinden apoyo económico por ejemplo un

bono extra en alguna fecha importante como cuando sea navidad o alguna otra festividad, y quizá también puede suceder porque las organizaciones no ven realmente las necesidades que tienen y se dejen llevar solamente por las apariencias como podría ser la infraestructura de sus viviendas.

En la tabla N° 06: En los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibe apoyo, podemos observar que en los adultos del asentamiento humano Lucas Cutivalu II etapa-Catacaos-Piura, 2013, en lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 97,3% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 99,1% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 97,8% no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 75,7% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado.

El presente estudio se asemeja a Gamarra, C. (122), en su estudio sobre Determinantes de la persona adulta del asentamiento humano Santa Teresita–Sullana, 2013. Se observa que el 95,02% no reciben pensión 65, el 100,00% no reciben comedor popular, el 97,51% no reciben apoyo del vaso de leche. Sin embargo difiere con la variable otro tipo de apoyo donde el 92,54% si reciben.

Los resultados también se asemejan con Juárez, S. (123), en su estudio titulado Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío Chalaca la Alta Bellavista – Sullana, 2013, tenemos que el 83,09% no reciben pensión 65, el 94,69% no reciben apoyo del comedor popular, el 71,98% no recibe vaso de leche y el 98,55% no recibe apoyo de otras organizaciones.

Los resultados difiere a Raymundo, D. (124), en su investigación sobre Determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano 15 de Marzo–Sullana, 2013. Según el vaso de leche el 54,9% si recibe apoyo y el 59,0% refiere que recibe apoyo de otras organizaciones. Sin embargo se

asemeja con la variable comedor popular donde el 99,4% no recibe apoyo y el 98,0% no reciben pensión 65.

También los resultados difiere a Sobrevilla, V. (125), en su estudio acerca de los Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013. El 93,0% recibe apoyo del comedor popular y el 84,0% de otras organizaciones. Sin embargo se asemejan a la variable apoyo de pensión 65 donde el 92,0% no recibe apoyo y el 93,0% tampoco recibe apoyo del vaso de leche.

El programa nacional de asistencia solidaria, pensión 65, se creó con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia (126).

En la pensión 65 se les entrega a los adultos mayores una subvención económica de 250 soles bimensuales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales (126).

En la variable pensión 65 casi todos no reciben apoyo debido a que hay mayor cantidad de adultos maduros por el cual no cumple con los requisitos para recibir este tipo de apoyo puesto que solamente es para los adultos mayores.

El programa de comedor popular es un programa social que brinda alimentos preparados a la población pobre y en extrema pobreza; están conformados por mujeres de la localidad. Existen diferentes tipos: comedor popular, club de madres, comedor parroquial, cocina familiar y afines (127).

El programa del vaso de leche es un programa que proporciona una ración alimentaria diaria (leche, maca, kiwicha, etc.), a una población beneficiaria en situación de pobreza y extrema pobreza, tienen como objetivo mejorar el nivel nutricional de los sectores más pobres y así contribuir a mejorar la calidad de vida, prevenir la desnutrición y fomentar la participación de la comunidad organizada. Quienes reciben el vaso de leche son niños menores de 6 años, gestantes, lactantes, persona adulta mayor y quienes padecen de tuberculosis (128).

Al analizar la variable comedor popular y vaso de leche casi todos no reciben porque según los encuestados refirieron que antes cuando este apoyo si lo recibían quienes lo tenían a cargo hacían muchas irregularidades y al llegar la inspección se dieron cuenta y suspendieron este apoyo además hasta el momento no se sabía en qué términos habían terminado, casi la misma situación pasó con el vaso de leche y según los pobladores ahora esta responsabilidad lo tienen a cargo pobladores del asentamiento humano vecino y eran muy poco quienes estaban inscritos.

Finalmente al analizar la variable otro tipo de apoyo la mayoría no recibe apoyo por otras organizaciones, aunque algunas familias recibe el apoyo del programa juntos, que se le da a las personas que no cuentan con una buena casa, tienen hijos, no tienen pareja y si lo tienen están con alguna discapacidad es por ello que el estado los registra y les permite cobrar una suma de dinero mensualmente, pero esto no lo tienen la mayoría es por ello que tienen que trabajar para lograr mantener sus familias y tratar lo mejor posible de brindar comodidad, confort y la mejor alimentación a cada miembro de familia.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

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

■ En cuanto a los determinantes biosocioeconómicos encontramos que la mayoría de las personas son sexo femenino y adultos maduros, tiene un ingreso económico familiar menor de 750 nuevos soles y trabajo eventual; menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa incompleta, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, casa propia, material del techo es eternit, sus paredes de material noble, ladrillo y cemento, tienen conexión domiciliar de agua, baño propio, cocinan a gas o electricidad, en disposición de basura la entierran, queman o carro recolector; recogen la basura diariamente y eliminan su basura en carro recolector, menos de la mitad tienen láminas asfálticas, más de la mitad tienen habitación independiente y casi todos tienen energía eléctrica permanente.

■ En los determinantes de estilos de vida todos se bañan diariamente, la mayoría no fuma ni a fumado nunca de manera habitual, consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme entre 6 a 8 horas, se realizan examen médico, más de la mitad han caminado como actividad física y en las últimas dos semanas también como actividad física caminan. En cuanto a su dieta alimentaria la mayoría consumen frutas, pescado, fideos, papas arroz; pan, cereales y lácteos diariamente, más de la mitad consumen verduras y hortalizas, refrescos con azúcar y frituras diariamente y legumbres 3 o más veces por semana; menos de la mitad consumen huevos, embutidos y enlatados diariamente, carne 3 o más veces a la semana y dulces enlatados 1 o 2 veces a la semana y nunca o casi nunca.

- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría se atendió en un centro de salud, tiene seguro del SIS-MINSA y existe pandillaje y delincuencia; menos de la mitad considera que el lugar donde la atendieron, la calidad de atención y el tiempo que esperó para que la atendieran fue regular, así mismo la mayoría no recibe apoyo social natural y casi todos no reciben apoyo social organizado y según la organización de quien recibe apoyo casi todos no reciben apoyo de pensión 65, comedor popular ni vaso de leche y la mayoría recibe otro tipo de apoyo.

5.2 Recomendaciones

- Informar de estos resultados al establecimiento de salud de la localidad para que mediante campañas educativas, sesiones demostrativas o videos puedan reflejar las consecuencias de sus malos hábitos alimentarios y las enfermedades que acarrearán el consumo inadecuado de alimentos.
- Dar a conocer los resultados al teniente gobernador para que solicite apoyo de las autoridades policiales en conjunto de la municipalidad para evitar que el pandillaje y delincuencia se vuelva más frecuente en este asentamiento, colocando mayor seguridad ciudadana y pasen los carros de serenazgo no solamente en las noches sino también durante el día.
- Promover e incentivar a la realización de trabajos de investigación sobre las enfermedades que padecen los habitantes de este asentamiento humano para seguir conociendo con mayor profundidad su realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez D. Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud. Madrid: 2013. [Tesis doctoral] [Citado el 2016 setiembre 19]. Disponible desde el URL: <https://ciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12245/Tesis%20Doctoral.%20Ingrid%20G%C3%B3mez%20Duarte.%20Factores%20determinantes%20en%20salud%20relacionados%20con%20la%20eficacia%20y%20sostenibilidad%20de%20int~1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible en el URL: http://www.who.int/social_determinants/es
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16. Disponible desde el URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología. Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/country_action/Chile%20country%20action.pdf
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of

- Health. May 5, 2005. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200011
 8. LipLicham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
 9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
Disponible en: <http://dspace2.conicyt.cl/handle/10533/55718>
 10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext
 11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998. Disponible en:
<http://www.bmj.com/content/317/7171/1465/related>
 12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

13. Ministerio de Salud. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265376754_informe_tecnico_foros_construyamos_juntos_una_mejor_salud_para_todos_y_todas

14. Ministerio de Salud. Oficina de estadística del CLAS Catacaos. Encuesta mayo 2014. Disponible en: <https://www.datosperu.org/empresa-comite-local-administ-salud-catacaos-20231521420.php>

15. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471386&indexSearch=ID>

16. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004. Disponible en: <http://www.econbiz.de/Record/la-percepci%C3%B3n-del-estado-de-salud-una-mirada-a-las-regiones-desde-la-encuesta-de-calidad-de-vida-2003-gustavo-adolfo-garc%C3%ADa-cruz/10005196665>

17. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011. Disponible en: http://directorio.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=1338

18. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional de Santa. Chimbote, Artículo científico. Disponible en: http://biblioteca.uns.edu.pe/lista_pjx_por_autor.asp?letra=R&page=2

19. Herrera A. Determinantes de la salud de la persona adulta del asentamiento Humano José Carlos Mariátegui – Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Oct. 6]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20\(14\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20(14).pdf)

20. Vences V, Meléndez M, Peña E, Pozo E, Vidal S, Pacherras M, et al. Análisis de situación de salud. Sub Región de salud Luciano Castillo Colonna, Sullana, Piura 2011. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Piura/Piura_LucianoCastillo2011.pdf

21. Cárdenas L, Costa F, Cirujano G, Gallosa M, Gonzales D, Huertas C, et al. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/asis-villa-priamvera/asis-villa-priamvera.shtml>

22. Neira C, Quiroga S. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010. Disponible en: https://joseordinolaboyer.files.wordpress.com/2011/11/jelitza_quiroga_rev_job.pdf

23. 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. Disponible en: <http://mutual.icc-crisis.com/?p=12276>

24. 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. Disponible en:

http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0166/salud_y_desarrollo_humano.pdf

25. Dalhgren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
26. 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. Disponible en: http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/introduccion.pdf
27. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000. Disponible en: <http://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo1/docs/InvestCientSalud.pdf>
28. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
29. 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>.
30. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004. Disponible en: <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/04/Metodologia-de-la-investigaci%C3%B3n-manual-para-el-desarrollo-de-personal-de-salud.pdf>

31. 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>

32. OPS, OMS. Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>

33. 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.

34. 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>

35. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008 [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>

36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en URL: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

37. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001. Disponible en: <https://prezi.com/zs6k6ztehnxe/estilo-de-vida-fabuloso-version-corta/>
38. 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
39. 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>.
40. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en URL: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
41. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en el URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
42. Hernández et al. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
43. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

44. Garay N. Determinantes de la salud de la persona adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería].
Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Set. 7]. Disponible en:
[file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(1).pdf)
45. Jiménez L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el asentamiento humano Los Paisajes, Chimbote, 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Set. 9]. Disponible en:
[file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf)
46. Julca O. Factores demográficos, socioculturales y económicos relacionados con los estilos de vida en personas entre 18 a 40 años de edad en el asentamiento humano Almirante Miguel Grau-Castilla-Piura, 2010 [Tesis para optar el título profesional de enfermería] Piura: Universidad Alas Peruanas; 2012. [Citado 2015 Jul. 19]. Disponible en: <http://tesis/estilos/de/vida/archivos/03/03016/documentos/repositorio/2013/01/12/021617/20140128111038.pdf>
47. Domínguez H. Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. 2012. Artículo científico. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Set. 6]. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021617/20140128111038.pdf>
48. Gorguet I. Comportamiento sexual humano. Santiago de Cuba; 2011 [Tesis de psiquiatría]. Santiago de Cuba. Ed. Oriente. Disponible en:
http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf

49. CrónicaViva. Mujeres de hoy: 05 características que definen su nuevo perfil. Río de Janeiro, 2015. Citado 2016 Oct. 01. Disponible en:
http://www.cronicaviva.com.pe/mujeres-de-hoy-05-caracteristicas-que-definen-su-nuevo-perfil/R_
50. Definición de. Definición de edad. [Diccionario en Internet]. 2011. Citado 6 de setiembre 2016. Disponible en: <http://definicion.de/edad/>
51. Ecu.Red. Adulto. México, octubre, 2016. Artículo. Disponible en:
<https://www.ecured.cu/Adulto>
52. Carrillo D. Adolescencia y adultez: Su proceso educativo. Chile. Mayo, 2014. Disponible en: <http://adolescencia-aduldez.weebly.com/cambios-en-el-adulto-maduro>
53. Arango L. Ingresos en economía. Buenos Aires. 2012. Disponible en:
http://www.bural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/ingreso_per_capita
54. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 37, núm. 2, junio, 2011, pp. 136-144. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/214/21418849007.pdf>
55. Definición ABC. Definición de educación secundaria. Diccionario 2011. Citado 8 de setiembre del 2016. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/general/educacion-secundaria.php>
56. Becerra A. Ingreso económico. Lima. Agosto, 2011. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Ingreso-Econ%C3%B3mico/2605702.html>

57. Falla S. Análisis macroeconómico de Colombia. Mayo, 2013. Disponible en: http://colombiamacroeconomica2013.blogspot.pe/2013/05/objetivos-macroeconomicos_18.html
58. UniversoJus. Brasil; 2015. Trabajo eventual. Disponible en: <http://universojus.com/definicion/trabajo-eventual>
59. Rojas G. Determinantes de la salud del adulto del asentamiento humano Almirante Miguel Grau II etapa – Piura, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Set. 10]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(16\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(16).pdf)
60. Correa B. Determinantes de la salud de los adultos del asentamiento humano 4 de noviembre – Sullana, 2013 [Tesis para optar el título profesional de enfermería] Sullana: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Set. 10]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(33\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(33).pdf)
61. Shuan E. Determinantes de la salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz-2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Huaraz: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Set. 12]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(33\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(33).pdf)
62. García J. Determinantes de la salud en el adulto maduro con hipertensión arterial. El Acero. Chimbote. 2013 [Artículo científico] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado 2016 Set. 12]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/013122/20140128111250.pdf>
63. Camina M, Perdomini M, Garino Y, Pino T. El Cuidado Florence Nightingale. Junio, 2012. Disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html>

64. Fernández M. Estudio de la tipología de vivienda unifamiliar adosada. Problemas de accesibilidad derivados de la degeneración de la tipología edificatoria. Bolivia, 2011. Disponible en:
<http://revistacientifica.laciudadaccesible.com/index.php/110-tematicas/accesiuuniversal/76-estudiotipologiavivienda>
65. Osorno R. Tipologías vivienda. Noviembre, 2014. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/jhoanoso/tipologias-vivienda>
66. Cox M. Tenencia de la tierra y desarrollo rural. Italia; 2013. Disponible en:
<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/y4307S/y4307S00.pdf>
67. Vásquez A. Conceptos y definiciones de población y vivienda. [Universidad de los Andes] Venezuela. 2014. Disponible en:
http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html
68. Peñaloza Y. Trabajo de pisos. Universidad Alas Peruanas, 2012. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/306559303/Trabajo-Pisos>
69. Chahuayo T, Ramírez L, Rodríguez F, Zevallos M. Pisos y pavimentos. Universidad Alas Peruanas, 2012. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/248189085/MONOGRAFIA-PISOS-Y-PAVIMENTOS-1-pdf>
70. Kiran R. Materiales de construcción apropiados. Ed. Skat. Kenya 2012. Citado 11 de octubre, 2016. Disponible en:
<http://ces.iisc.ernet.in/energy/HC270799/HDL/spanish/sk01ms/sk01ms00.htm#Contents>

71. Pérez J, Gardey A. Definición de techo. Janeiro, 2014. Citado 13 de octubre 2016. Disponible en: <http://definicion.de/techo/>
72. Compañía Sigding. Eternit. Perú, 2016. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BzUPU9am3MIJ:www.eternit.com.ar/siding/que_es_siding.html+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=pe
73. Pérez J, Merino M. Definición de pared. 2013. Citado el 13 de setiembre 2016 Disponible en: <http://definicion.de/pared/>
74. Juárez L. Usar el ladrillo en las paredes. ARQHYS. 2011; 08. Disponible en: <http://www.arqhys.com/usar-el-ladrillo-en-las-paredes.html>
75. Definición ABC. Dormitorio. Setiembre 2015. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>
76. Verzeñazi D, Kestelman N, Ricco R, Virgilini M. Diálogos entre el ambiente y la salud. Argentina, 2012. Ed. Programa médicos comunitario. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/3-modulo-cssyc.pdf>
77. Otriz J. Instalaciones de agua y desagüe. Monografía. México 2011. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/98113789/Monografia-Instalaciones-de-Agua-y-Desague>
78. OPS. Manejo adecuado de las excretas en situaciones de emergencias y desastres. Honduras. 2010. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/desastres/honmaese.pdf>
79. OPS. El inodoro. México 2012. Disponible en: <http://new.paho.org/blogs/etras/wpcontent/uploads/2012/11/ESCUSADO.pdf>

80. Meza C, Narváez C. Determinantes en la elección del tipo de combustible para cocción de alimentos en asentamientos humanos. Nicaragua: Universidad Centroamericana (UCA), 2010. Disponible en:<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.uca.edu.ni/2/images/Revista-Encuentro/Revistas/e85/art-1.pdf>
81. Arteaga D. La energía eléctrica. Bolivia. Octubre 2012. Disponible en: <http://tulugardeaprendizaje.blogspot.pe/2012/10/ventajas-y-desventajas-de-la-energia.html>.
82. Constanza S. Gestión integral de los residuos. Argentina 2012. Citado 15 de setiembre 2016. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahukewizz72jn97pahvhax4khwktaqqfgglmai&url=http%3a%2f%2fecaths1.s3.amazonaws.com%2fsaneamientovet%2f1762689348.rsu%2520clase%25202012.ppt&usg=afqjcnem5wy6_ic4llu1an_t6qeznpcija&bvm=bv.135974163,d.dmo
83. Rivera A. Consecuencias y soluciones de la quema de basura. Venezuela. Noviembre 2014. Citado el 15 de setiembre 2016. Disponible en: <http://es.slideshare.net/chikinkirarc/consecuencias-de-la-quema-de-basura>
84. Ticona C. Diagnóstico de sistema de recolección de residuos sólidos en la zona urbana de la ciudad de Huaraz-Ancash. [Universidad nacional agraria de la Selva] [Informe de práctica pre-profesional] Huaraz; 2012. [Citado 2016 Oct. 12] Disponible en: http://www.unas.edu.pe/web/sites/default/files/web/archivos/actividades_academicas/diagnostico%20del%20sistema%20de%20recoleccion%20de%20residuos%20solidos%20en%20la%20zona%20urbana%20de%20la%20ciudad%20de%20huaraz.pdf

85. Capristan N. Determinantes de la salud en el adulto maduro. Urbanización popular de interés social Belén – Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Set. 20]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20\(18\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20(18).pdf)
86. Rivera S. Determinantes de la salud en los adultos. H.U.P. Las Brisas III etapa–Nuevo – Chimbote, 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Set. 20]. Disponible en: file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20.pdf
87. Astudillo G. Determinantes de la persona adulta del centro poblado Santa Victoria – Querecotillo – Sullana, 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado 2016 Set. 21]. Disponible en: file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uldech_Biblioteca_virtual%20.pdf
88. Kioskea. Net. Definición de fumar. Europa 2014. Citado el 24 de setiembre del 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/fumar-definicion-8544-mxe6th.pdf>
89. Ministerio de sanidad y consumo. Guía sobre drogas. España. Citado el 24 de setiembre del 2016. Disponible en: http://www.girona.cat/adminwebs/docs/g/u/guia_drogas.pdf
90. OMS. Tabaco. Perú. Julio 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
91. Hernández H. Bebidas alcohólicas. Santiago de Cuba. 2012. Disponible en: https://www.ecured.cu/Bebidas_alcoh%C3%B3licas

92. Vázquez J. El alcoholismo, un problema de salud pública. 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/alcoholismo-problema-salud-publica/alcoholismo-problema-salud-publica.shtml>
93. Velásquez J. El alcoholismo problema de salud pública. El Cid Editor | apuntes, 2012. Citado 27 Setiembre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=10623957>
94. García A, Quero J. El sueño, la vigilia y los ritmos circadianos. Madrid, 2012. Citado 27 setiembre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10592595&ppg=9>
95. Salguero A, Molinero O. Efectos del ejercicio sobre el sueño. España: Ediciones Díaz de Santos, 2012. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11038544&ppg=7>
96. Arena L, Arias J, Beltrán S, Izaguirre M. El cuidado. México. Junio 2012. Citado 28 de setiembre del 2016. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>
97. Morales M. Importancia del baño diario. Mayo 2013. [Ensayo]. Citado el 28 de setiembre del 2016. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Importancia-Del-Ba%C3%B1o-Diario/26784869.html>
98. Zepeda C. El examen médico periódico del adulto asintomático. Vol. 79, N° 02. Honduras 2011. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-11.pdf>

99. Parodi J. El examen médico periódico en la prevención de enfermedades. México, 2012. Disponible en: <http://revista.peruanosenusa.net/2010/06/el-examen-medico-periodico-en-la-prevencion-de-enfermedades-del-adulto-mayor/>
100. Márquez R, Garatachea S. Actividad física y salud. Madrid, 2013. Ediciones Díaz de Santos. Citado el 01 Octubre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10862741&ppg=20>
101. Jiménez A. Actividad física y enfermedades cardiovasculares. Madrid, 2012. Ediciones Díaz de Santos. Citado el 01 de Octubre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11038532&ppg=5>
102. Calañas A. Bases científicas de una alimentación saludable. Madrid, 2012. Ediciones Díaz de Santos, 2012. Citada 2 Octubre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10623993&ppg=3>
103. Constamagna A. Fabro A. Alimentación saludable: primera prevención. Santa Fe 2014. Ediciones UNL, 2014. [Citado 2016 Oct. 02] Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=11046831>
104. Martínez J. Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío de Pitayo – Lancones – Sullana, 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Oct. 11]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(51\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(51).pdf)

105. Ulloa E. Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Mirarmar Sector 3, Moche – Trujillo, 2012 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Oct. 05]. Disponible en: [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(19\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(19).pdf)
106. Quispe Y. Centro de salud – características. 2012. Citado el 11 de octubre 2016. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/140048429/34564077-Centros-de-Salud>
107. Sosa A. Red del hospital y centros de salud. Bolivia. Junio 2015. Disponible en: <http://es.slideshare.net/albertososa/rol-del-hospital-y-los-centros-de-salud>
108. Garrocho C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica. México, 2011. Disponible en: http://www.academia.edu/2712856/An%C3%A1lisis_de_la_accesibilidad_a_los_servicios_de_salud_y_de_los_sistemas_de_informaci%C3%B3n_geogr%C3%A1fica
109. MINSA. Informe anual Julio 2011 - Julio 2012. Perú. Citado 9 de octubre 2014. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_InformeAnualJul2011Jul2012.pdf
110. MINSA. Atención del asegurado. Perú, 2011. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/portal/paginas/preguntas.html>
111. Villegas M. El tiempo como amenaza a la relación médico-paciente. EEUU, 2014. [Artículo internet] [Citado 2016 Oct. 22] Disponible en: <http://blog.medicapanamericana.com/el-tiempo-como-amenaza-a-la-relacion-medico-paciente/>

112. Robles J. Los médicos de atención primaria piden más tiempo para poder atender mejor a los pacientes. Castilla, 2015. Disponible en:
http://www.eldiario.es/clm/medicos-atencion-primaria-atender-pacientes_0_376913253.html
113. Cote L, Tena C, Madrazo M. Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente. México, 2013. Ed. Alfil, Citado el 10 Octubre 2016. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10902853&ppg=34>
114. Revilla F. Acreditación de la calidad basada en el modelo de Joint Commission internacional. Madrid, 2014. Ed. Díaz de Santos. Citado 10 Octubre 2016. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11059148&ppg=3>
115. Ibáñez J. Psicología e investigación criminal: la delincuencia especial. Madrid, 2012. Ed. Dykinson. Citado 10 Octubre 2016. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10820477&ppg=83>
116. Suriá R, Rosser A, Conrado J. Prevención y tratamiento de la delincuencia: manual de estudio. Alicante, 2013. Ed. ECU. Citado el 13 Octubre 2016. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10741023&ppg=12>
117. Colchado A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de

- Chimbote; 2014. [Citado 2016 Oct. 15]. Disponible en URL file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(3).pdf
118. Rojas E. Determinantes de la salud de la persona adulta III etapa Manuel Arévalo, La Esperanza – Trujillo, 2012. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería] Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Oct. 15]. Disponible en: file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(17).pdf
119. Pelcastre V, Treviño S, González V, Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México 2011 [Artículo] Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300007
120. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 11(3): 274-286, 2011. Bogotá, 2011. Ed. D - Universidad de La Sabana, 2011. Citado 17 Octubre 2016. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10560292&ppg=4>
121. Ortego M, López S, Álvarez M. El apoyo social. [Universidad de Cantabria] España, 2011. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf
122. Gamarra C. Determinantes de la salud en la persona adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita – Sullana, 2013 [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Oct. 19]. Disponible en:

file:///C:/Users/JUAN%20CARLOS/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(50).pdf.

123. Juárez S. Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío Chalaca la Alta Bellavista – Sullana, 2013 [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado 2016 Oct. 20]. Disponible en:
file:///C:/Users/JUAN%20CARLOS/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(57).pdf.
124. Raymundo D. Determinantes de la salud de la persona adulta en el asentamiento humano 15 de Marzo–Sullana, 2013. [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Oct. 21]. Disponible en:
file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(37).pdf
125. Sobrevilla V. Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo – Bellavista - Sullana, 2013. [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad católicas Los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citado 2016 Oct. 23]. Disponible en:
file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(35).pdf
126. MIDIS. Qué es pensión 65. [Internet] [Citado el 16 de Junio del 2015] Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65>
127. Rodríguez L. Programas de alimentación y nutrición en el Perú. Universidad César Vallejo. Octubre 2014. Citado 17 de Octubre 2016. Disponible en: <http://es.slideshare.net/vrodriguezl/programa-de-comedores-populares-1>

128. MINSA. Programa de vaso de leche 2013 - 2017. Perú. Disponible en:
http://www.midis.gob.pe/files/rubpvl/rub_pvl_material.pdf



ANEXOS N°1

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población= 572

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = 0.5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = 0.5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0.05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (572)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (572-1)}$$

n = 230 personas adultas



ANEXO 02

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA
PERSONA ADULTA DEL PERU

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona.....

Dirección.....

• **DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

• **Sexo:** Masculino () Femenino ()

• **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) ()

• **Grado de instrucción:**

• Sin nivel instrucción ()

• Inicial/Primaria ()

• Secundaria: Completa / Incompleta ()

• Superior: Completa / Incompleta ()

• **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 ()

- **Ocupación del jefe de familia:**
 - Trabajador estable ()
 - Eventual ()
 - Sin ocupación ()
 - Jubilado ()
 - Estudiante ()

- **Vivienda**
 - 6.1. Tipo:**
 - Vivienda Unifamiliar ()
 - Vivienda multifamiliar ()
 - Vecindada, quinta choza, cabaña ()
 - Local no destinada 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 ()
 - Entabla ()
 - 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 y calamina ()

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantos 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:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

• **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 () Deporte () ninguna ()

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
1. Fruta					
2. Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz, papas					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y hortalizas					
8. Legumbres					
9. Embutidos, enlatados					
10. Lácteos					
11. Dulces, gaseosas					
12. Refrescos con azúcar					
13. Frituras					

• **DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

22. ¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

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

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

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

24. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

27. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

28. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

29. ¿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 ()

30. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 si () no ()
- Comedor popular si () no ()

- esencial?

- útil pero no esencial?

- no necesaria?

- Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)

- 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)

- Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

Tabla

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

N°	V de Aiken	N°	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.



ANEXOS N°3

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

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



ANEXOS N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO 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 BIOSOCIOECONÓMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								

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

P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									

Comentario								
DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

--

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL
ASENTAMIENTO HUMANO LUCAS CUTIVALU II ETAPA-
CATACAOS-PIURA, 2013**

Yo.....

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

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

FIRMA

.....

CUADRO DE PRESUPUESTO - BIENES Y SERVICIO

RUBRO	NOMBRE DEL RECURSO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNIDAD	COSTO TOTAL(S/.
BIENES DE CONSUMO					
	Material de escritorio				
	Papel Bond T A-4	2 Millares	2	S/21.00	S/42.00
	Lapicero	Un.	8	S/1.00	S/ 8.00
	Lápiz	Un.	8	S/1.00	S/ 8.00
	USB	Un.	1	S/25.00	S/25.00
	Folder y FASTER	Un.	10	S/0.80	S/ 8.00
TOTAL BIENES					S/91.00
SERVICIOS					
	Pasajes		28	S/1.50	S/42.00
	Impresiones	Un.	900	S/0.10	S/90.00
	Internet		30 horas	S/1.00Hora	S/30.00
TOTAL DE SERVICIOS					S/162.00
PERSONAL					
	Gastos adicionales del estudiante			S/65.00	S/65.00
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Autofinanciado por estudiante					S/381.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividades	AÑO 2013				AÑO 2014								AÑO 2015				AÑO 2016		
		Setiembre	Octubre	Noviembre	diciembre	Abril	Mayo	Junio	Julio	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Abril	Mayo	Junio	Julio	Setiembre	Octubre	Noviembre
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Elaboración del proyecto de investigación																			
2	Presentación y aprobación del proyecto.																			
3	Recolección de datos a partir de la metodología propuesta.																			
4	Procesamiento de los datos.																			
5	Análisis estadístico.																			
6	Interpretación de los resultados																			
7	Análisis y discusión de los resultados.																			
8	Redacción del informe final de investigación																			
9	Presentación del informe final de investigación																			
10	Elaboración de artículo científico																			
11	Presentación de artículo																			
12	Sustentación de tesis																			

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

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación.

Sr: JOSE MANUEL CHERO CHAVEZ.
TENIENTE DEL AAHH LUCAS CUTIVALU II ETAPA.

Yo, Estefani Fernández Salazar estudiante de la universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, facultad ciencias de la salud, escuela profesional de enfermería, identificada con DNI N°48272051, con domicilio en el Jirón Piura N° 1208-Catacaos. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que como estudiante que cursa el V ciclo de la carrera de enfermería llevo un curso de investigación y siendo como requisito indispensable escoger un lugar de mi localidad, solicito a Ud. permiso para realizar el trabajo de Investigación en el AA.HH sobre "DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO", para lograr con los objetivos planteados y que con su ayuda sé que lo lograré.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Catacaos, 05 de Octubre del 2013

E. Fernández

ESTEFANI FERNANDEZ SALAZAR.

DNI N° 48272051



MINISTERIO DEL INTERIOR
Jose Manuel Chero Chavez
Jose Manuel Chero Chavez
TENIENTE GOBERNADOR
A.H. LUCAS CUTIVALU

ACEPTADO
05 Octubre 2013. 06.24. PM