

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY-HUARAZ, 2013**

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

AUTORA:

Bach. Enf. LILIANA GLORIA TORRE SUÁREZ

ASESORA:

Mgr. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ
PRESIDENTE

Mgr. FRANK RONALD ALCÁNTARA BLAZ
SECRETARIO

Mgr. RUTH LYDA LUGO VILLAFANA
MIEMBRO

4.1. Agradecimientos:

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes que aportaron a mi carrera profesional y en especial a la Mgtr. Rocío Vásquez Vera, quien con su apoyo y orientación han hecho posible la realización del presente trabajo de investigación.

Un agradecimiento muy especial, a la Universidad de Católica los Ángeles de Chimbote, Escuela profesional de Enfermería, por proporcionarnos la enseñanza día tras día.

A todos los adultos del Caserío de Churap- Monterrey -Huaraz, por brindarme su tiempo, paciencia y colaboración en la realización del presente estudio de Investigación.

Liliana

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A DIOS por darme la vida, la salud y porque gracias a él pude superarme y hoy ser una profesional, además por darme la fuerza para seguir adelante y ser siempre paciente y perseverante.

A mi madre Victoria Suárez, por ser pilar fundamental, mi motor y motivo para superarme, por su apoyo incondicional y palabras de aliento, por incentivar me y ser mi fortaleza necesaria para seguir adelante.

A mis hermanos Javier y Susy por su paciencia y comprensión, por su gran apoyo y por su constante motivación para seguir adelante en el logro de mi carrera profesional.

Liliana

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap - Monterrey – Huaraz, 2013. La muestra estuvo conformada por 135 adultos, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre los determinantes de salud de 30 ítems distribuidos en 3 partes. El análisis y procesamiento de datos se hizo con el paquete SPSS/20,0. Llegando a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconomicos tenemos: más de la mitad son de sexo femenino, adultos jóvenes, perciben un ingreso menor a 750 soles; menos de la mitad con secundaria completa/ incompleta, trabajo eventual. En los determinantes de salud del entorno físico tenemos: menos de la mitad tienen casa propia, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, la frecuencia de recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente; duermen de 2 a más miembros en un dormitorio, disponen la basura a campo abierto, casi todos tienen baño propio, cocinan con leña, todos tienen conexión domiciliaria, tienen energía eléctrica permanente. En los determinantes de los estilos de vida menos de la mitad caminan como actividad física, consumen frutas 3 o más veces/semanas, huevos, pescados uno o 2 veces/ semana, otros nunca o casi nunca, la mitad consume carne de 3 o más veces /semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, camina en las dos últimas semanas, consumen verduras diario, la mayoría se bañan 4 veces/ semana, no se realizan examen médico periódico, consumen fideos y pan a diario, casi todos duermen de 6 a 8 horas diarias. En los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias tenemos: más de la mitad reciben apoyo social natural de sus familiares, reciben otro apoyo social organizado, se atienden en un centro de salud está a regular distancia de su casa, tienen SIS – MINSA, refieren que esperan regular para recibir atención de salud, refieren que la calidad de atención fue regular y no hay pandillaje cerca de su casa. Casi todos no reciben apoyo social organizado.

Palabras claves: Determinantes de Salud, Adultos.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive, design of a single cell type. It aimed to describe the determinants of health of adults in the village of Churap - Monterrey – Huaraz, 2013. The sample consisted of 135 adults, for data collection a questionnaire on health determinants 30 items divided into 3 parts was used. Analysis and data processing and was done with the SPSS / 20.0 package. Reached the following conclusions: In the biosocioeconomic determinants are: more than half are female, young adults, receive less income 750 soles; less than half full / incomplete secondary, temporary work. The determinants of health of the physical environment are: less than half own their own homes, more than half have detached house, floor, roof Eternit, adobe walls, the frequency of garbage collection is every week but not daily; 2 sleep more members in a bedroom, have garbage in the open, almost all have their own bathroom, cook with wood, all have household connections have permanent electricity. The determinants of lifestyles less than half walking as physical activity, eat fruits 3 or more times / week, eggs, fish one or 2 times / week, others never or almost never, half consumed meat 3 or more times / week; more than half do not smoke, drink alcohol occasionally walks in the last two weeks, consumed daily vegetables, most bathe 4 times / week, no periodic medical examination is carried out, eat noodles and bread daily, almost everyone sleeps 6 to 8 hours daily. In the health determinants of social and community networks we have: more than half are natural social support from family, receive other organized social support, are treated in a health center is regularly away from home, have SIS - MINSA, waiting refer regularly to receive health care, report that the quality of care was fair and there is no gang near her home. Almost all receive no organized social support.

Keywords: Determinants of Health, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
2.1. Antecedentes.....	11
2.2. Bases Teóricas.....	13
III. METODOLOGÍA.....	19
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2 Diseño de investigación.....	19
3.3 Población y Muestra.....	19
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	20
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	28
3.6 Procesamiento y Análisis de dato.....	31
3.7 Consideraciones éticas.....	31
IV. RESULTADOS.....	33
4.1 Resultados.....	33
4.2 Análisis de Resultados.....	41
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	93
5.1 Conclusiones.....	93
5.2 Recomendaciones.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01.....	33
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY - HUARAZ, 2015.	
TABLA N° 02.....	34
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY-HUARAZ, 2015.	
TABLA N° 03.....	37
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY-HUARAZ, 2015.	
TABLA N° 04.....	39
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP- MONTERREY- HUARAZ, 2015.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Churap - Monterrey-Huaraz, 2013. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

Así mismo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de literatura, Capítulo III: la Metodología, Capítulo IV: los Resultados y Capítulo V: las Conclusiones y Recomendaciones, cada uno contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuyen de una u otra manera al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos. El desarrollo de la siguiente investigación formativa empieza con la caracterización del problema:

La organización mundial de la salud (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. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (1).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (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 OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud 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 diversos 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 estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (4).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones 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 (7).

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. 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. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (13).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (13).

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (14).

Si nos enfocamos en el determinante socioeconómico, el instituto nacional de

estadística e informática (INEI) en el año 2012, encontró que el 39,3% de la población se consideraba pobre, es decir, tenía un nivel de gasto insuficiente para adquirir una canasta básica de consumo (alimentos y no alimentos). De ellos, el 13,7% se encontraban en situación de pobreza extrema (gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos) y el 25,6% en situación de pobreza no extrema (gasto per cápita superior al costo de la canasta básica de alimentos e inferior al valor de la canasta básica de consumo) (15).

Así mismo, en el nivel de educación, el 55% de los pobres y el 71% de los pobres extremos mayores de 15 años, estudiaron algún año de educación y otros no tienen nivel alguno de educación, igual que, el analfabetismo es mayor en las zonas rurales de nuestra sierra peruana, con una alta incidencia en los departamentos de Apurímac (21,7%), Huancavelica (20,1%), Ayacucho (17,9%), Cajamarca (17,1%), Huánuco (16,6%), Cuzco (13,9%), Ancash (12,4%), Puno (12,2%) y Amazonas (12%). En los departamentos de Ucayali, Moquegua, Arequipa, Tacna, Tumbes, Madre de Dios, Ica, Lima y en la provincia constitucional de Callao se dan tasas más bajas (15).

En cuanto a los estilos de vida, la organización panamericana de la salud (OPS) y la comisión nacional de lucha antitabáquica (COLAT), revelan que en el Perú, la prevalencia de fumadores actuales es 27%, y 40% de la población peruana se expone involuntariamente al humo del tabaco. El 3,9% de los niños entre 8 y 10 años han fumado alguna vez y 3,6% de menores de 15 años están fumando. El 90% de los fumadores ha iniciado este hábito antes de los 20 años, y un dato muy importante, en general hay más hombres que mujeres fumando (16).

En el Perú, el ministerio de salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015, realizó un diagnóstico de la seguridad/inseguridad alimentaria de Perú, donde concluyó que los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso, ocasionado por bajos niveles de ingreso, así como el uso inadecuado de alimentos por parte de la población (17).

Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del

servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad (92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana) (17).

El ministerio de salud, dice que si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliadas hace el 62.77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponde a las zonas urbano marginales y el 37.23% corresponde a las zonas urbanas (18, 19).

A esta realidad no escapan los adultos del Caserío de Churap - Monterrey, Huaraz, ubicado en el distrito de Independencia, provincia de Huaraz. Departamento de Ancash; perteneciente a la Micro Red Monterrey; este sector se encuentra ubicado a una altura aprox. de 3,070 m.s.n.m., limita por el norte: con la Comunidad de Chavín, por el sur: con la Comunidad de Aclla, por el este con el cerro Pautanán, por el oeste: con la comunidad de Santa Rosa. (20).

El Caserío de Churap-Monterrey-Huaraz, habitan aproximadamente 204 habitantes de los cuales 135 son personas adultas de ambos sexos. Las principales actividades a la que se dedica la población son: la agricultura, el comercio, crianza de animales (patos, gallinas, cerdos, ovejas y cuyes). Las viviendas en su mayoría están construidas de material rústico: cimientos de piedra, paredes de adobe y techo de calamina o teja; en la actualidad cuentan con los servicios básicos: luz, agua y desagüe. El Caserío cuenta con una Institución Educativa Primaria N° 86083 y un PRONOEI (Programa no Escolarizado de Educación Inicial): San Martín de Porres –

Churap, una capilla “San Isidro”, y casa comunal donde realizan sus actividades. Cuenta con las siguientes autoridades: agente municipal, teniente gobernador, junta vecinal y promotor de salud (20)

El caserío de Churap – Monterrey- Huaraz, pertenece al Centro de Salud de Monterrey. Dicho centro cuenta con servicios básicos de salud como: control de crecimiento y desarrollo, medicina, odontología, ginecología, farmacia, cuenta con tres enfermeras, una obstetra y cinco técnicos de enfermería, y movilidad propia para el transporte de pacientes a hospitales de mayor capacidad resolutiva (20).

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

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz, 2013?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz.

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

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómico (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz.

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 de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz.

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

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos del caserío de Churap – Monterrey - Huaraz y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones Regional de salud de Ancash y el municipio de la provincia de Monterrey, en el campo de la salud, así como para la población adulta del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas

identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN LITERARIA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves, M. y col, (14), 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.

Conçalves, (14), 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, C. y García, C. (21), en su investigación titulado “La Percepción del Estado de Salud: una Mirada a las Regiones Desde la Encuesta de Calidad de Vida, 2003”, donde 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.

A nivel Nacional:

Rodríguez, Q. (22), 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%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), 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%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). 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. y col, (23), 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 local:

Valverde, L. (24), en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los adultos del Sector “B” Huaraz – Huarney, 2013. Tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector “B”; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 34% tienen secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% tiene agua intradomiciliaria y energía

permanente, el 99% tiene baño propio, el 50% dispone su basura a campo abierto, el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente, el 84% cuenta con el SIS.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mscck Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios 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 (25).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso 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 (25). Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (26).



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 (26).

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 (26).



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

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 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 (25).

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 (27).

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 (27).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo (28, 29).

3.2 Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla (30, 31).

3.3 Población Muestral:

Estuvo conformado por 204 adultos que viven en el Caserío de Churap - Monterrey- Huaraz. , departamento de Ancash.

Muestra: El tamaño de muestra fue determinado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5% aplicando la técnica de muestreo aleatoria simple se obtuvo una muestra de 135 adultos de ambos sexos que residen en el caserío de Churap- Monterrey - Huaraz, (Anexo N° 01).

Unidad de análisis

Los adultos que residen en el Caserío de Churap- Monterrey-Huaraz, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos que viven más de 3 años en el Caserío de Churap- Monterrey- Huaraz.
- Adultos sanos
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto que tuvo algún trastorno mental

3.4 Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONOMICOS

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 (32).

Definición Operacional

Escala de razón:

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (40 a 64 años)
- Adulto mayor(65 en adelante)

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (33).

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 (34).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (35).

Definición Operacional

Escala de razón

Menor a 750 soles

- De 750 a 1000
- De 1001 a 140
- De 1401 a 180
- De 1801 a mas

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (36, 37).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (38).

Definición operacional

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

Tenencia de vivienda

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

- Eternit

Material de las paredes:

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

Nº de personas en un dormitorio

- 4 amas miembros
- 2 a amas miembros
- Independiente

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Conexión domiciliario

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Disposición de basura

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

Con que frecuencia recogen la basura

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

Suelen eliminar la basura en algún lugar

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

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (39).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica

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

Nº de horas que duerme

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

Frecuencia con que se bañan

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

Realiza algún examen medico

Escala nominal

(Si) (No)

Realiza actividad física

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

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

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (40).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (41)

Apoyo social natural

- Familiares
- Amigos
- Compañeros espirituales

- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

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

Apoyo de algunas organizaciones

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (42).

En que Institución de salud se atendió:

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

Lugar de atención atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos

- Muy lejos de su casa
- No sabe

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Espero en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje cerca de su casa

Escala nominal

(Si) (No)

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz, que estuvo constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

- ✓ Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- ✓ Los determinantes de salud biosocioeconómicos de los los adultos del caserío de Churap-Monterrey-Huaraz, (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo);
- ✓ Los determinantes relacionados con el entorno físico de los los adultos del caserío de Churap - Monterrey - Huaraz (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales de los adultos adultos del caserío de Churap – Monterrey - Huaraz (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, de los adultos del caserío de Churap – Monterrey - Huaraz: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de

trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de los adultos de las Regiones del Perú desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)

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).

$$(x - l) / k$$

Dónde:

x: Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (43).

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (44). (Ver anexo N° 03).

3.6 Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

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

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

3.7 Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (45).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos del caserío que la investigación sería anónima y que la información obtenida serviría solo para

fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos del caserío, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos del caserío, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos del caserío, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 06).

IV. RESULTADOS:

4.1 Resultados:

TABLA N° 01

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE
LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY- HUARAZ.
2013.

Sexo	N	%
Masculino	53	39
Femenino	82	61
Total	135	100
Edad	N	%
Adulto joven (20 a 40 años)	71	53
Adulto maduro (40 a 64 años)	48	36
Adulto mayor (65 en adelante)	16	12
Total	135	100
Grado de instrucción	N	%
sin nivel e instrucción	13	10
Inicial/primaria	31	23
secundaria completa /incompleta	46	34
Superior universitaria	32	24
Superior no universitaria	13	10
Total	135	100
Ingreso económico	N	%
menor de 750	70	52
De 751 a 1000	21	16
De 1001 a 1400	17	13
De 1401 a 1800	27	20
De 1801 a mas	0	0
Total	135	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	29	21
Eventual	55	41
Sin Ocupación	37	27
Jubilado	2	1
Estudiante	12	9
Total	135	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Churap- Monterrey- Huaraz ,2013.

TABLA N° 02**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY-HUARAZ, 2013.**

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda unifamiliar	78	58
Vivienda Multifamiliar	57	42
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación	0	0
Otros	0	0
Total	135	100
Tenencia	n	%
Alquiler	9	7
Cuidar/Alojado	53	39
Plan social(dan casa para vivir)	0	0
Alquiler / venta	7	5
Casa Propia	66	49
Total	135	100
Material del piso	n	%
Tierra	74	55
Entablado	32	24
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	29	21
Laminas asfálticas	0	0
Parquet	0	0
Total	135	100
Material del techo	n	%
Madera , estera	0	0
Adobe	66	49
Estera y adobe	0	0
Material Noble , Ladrillo, cemento	0	0
Eternit	69	51
Total	135	100
Material de las paredes	n	%
Madera ,estera	0	0
Adobe	126	93

Continúa ...

Estera y adobe	0	0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	9	7
Total	135	100
Nº de Personas en dormitorio	n	%
4 a más Miembros	19	14
2 a más Miembros	99	73
Independiente	17	13
Total	135	100
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	0	0
Red publica	0	0
Conexión domiciliaria	135	100
Total	135	100
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0
Acequia ,canal	0	0
Letrina	0	0
Baño Publico	2	1
Baño Propio	133	99
Otros	0	0
Total	135	100
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	5	4
Leña, Carbón	130	96
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	0	0
Total	2	100
Tipo de alumbrado	n	%
Energía Eléctrica Permanente	135	100
Sin energía	0	0
Lámpara(no eléctrica)	0	0

Continúa ...

Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Vela	0	0
Total	135	100
Disposición de basura	n	%
A campo Abierto	122	90
Río	13	10
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	2	1
Total	135	100
Con que frecuencia recogen la basura	n	%
Diariamente	0	0
Todas las semanas pero no diariamente	72	53
Al menos 2 veces por semana	1	1
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	62	46
Total	135	100
Suelen eliminar la basura en algún lugar	n	%
Carro recolector	9	7
Montículo o Campo Limpio	32	70
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	94	0
Otros	0	24
Total	135	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Churap- Monterrey- Huaraz ,2013.

TABLA N° 03
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP-MONTERREY-HUARAZ, 2013.

Actualmente fuman los adultos	n	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	18	13
No fumo actualmente, pero he fumado antes	18	13
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	99	73
Total	135	100
Frecuencia que ingiere bebida alcohólica	n	%
Diario	0	0
Dos o tres veces por semana	1	1
Una vez a la semana	8	6
Una vez al mes	43	32
Ocasionalmente	83	61
No consumo	0	0
Total	135	100
Horas que duerme	n	%
(06 a 08 h)	129	96
(08 a 10 h)	6	4
(10 a 12 h)	0	0
Total	135	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	10	7
4 veces a la semana	119	88
No se Baña	6	4
Total	135	100
Se realizó algún examen medico	n	%
Si	27	20
No	108	80
Total	135	100
Realiza actividad física	n	%
Caminar	94	70
Deporte	9	7
Gimnasio	0	0
No realiza	34	23
Total	135	100
Actividad física los dos últimas semanas	n	%
Caminar	72	54
Gimnasia Suave	3	2
Juego con poco esfuerzo	0	0
Correr	18	13
Deporte	18	13
Ninguno	29	19
Total	135	100

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frutas	44	33	47	35	40	30	4	3	0	0	135
Carne	27	20	67	50	39	29	2	1	0	0	135
Huevos	21	16	44	33	55	41	11	8	4	3	135
Pescado	28	21	23	17	48	36	36	27	0	0	135
Fideos	108	80	16	12	9	7	1	1	1	1	135
Pan	109	81	15	11	9	7	2	1	0	0	135
Verduras	86	64	26	19	13	10	9	7	1	1	135
Otros	8	6	12	9	34	25	35	26	46	34	135

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Churap- Monterrey- Huaraz ,2013.

TABLA N° 04

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP -
MONTERREY-HUARAZ, 2013.**

Apoyo social natural	n	%
Familiares	9	7
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	4	3
No recibo	121	90
Total	135	100
Apoyo social Organizado	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Institución de acogida	0	0
Organización de voluntariado	0	0
No recibo	135	100
Total	135	100
Apoyo social Organizado	n	%
Pensión 65	0	0
Comedor popular	0	0
Vaso de Leche	56	41
Otros	79	59
Total	135	100
En que Institución de salud se atendió	n	%
Hospital	35	26
Centro de salud	71	53
Puesto de salud	0	0
Clínica Particular	29	21
Otros	0	0
Total		100

Continúa...

Distancia de lugar de atención de salud	n	%
Muy cerca de su casa	14	10
Regular	109	82
Lejos	6	4
Muy lejos de su casa	6	4
No sabe	0	0
Total	135	100
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	8	6
SIS-MINSA	121	90
Sanidad	0	0
Otros	6	4
Total	135	100
Que tiempo espero para que lo atendieran	n	%
Muy largo	2	1
Largo	16	12
Regular	111	82
Corto	1	1
Muy corto	5	4
No sabe	0	0
Total	135	100
Calidad de Atención que recibió	n	%
Muy buena	4	3
Buena	16	12
Regular	106	79
Mala	6	4
Muy mala	3	2
No sabe	0	0
Total	135	100
Pandillaje cerca de la vivienda	n	%
Si	1	1
No	133	99
Total	135	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Caserío de Churap- Monterrey- Huaraz ,2013.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA N° 01

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Churap – Monterrey – Huaraz, en los factores biosocioeconómicos se observó que más de la mitad de las personas adultas en un 60,7% (82) son de sexo femenino, 52,6% (71) son adultos maduros, 34,1% (46) tienen como grado de instrucción secundaria completa /secundaria incompleta, 51,9% (70) tienen un ingreso económico menor a 750 soles y el 40,7% (55) tienen ocupación eventual.

Los resultados encontrados se relacionan con el resultado obtenido por Llanque, M. (46), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos – Tacna, 2013”. Donde el 56,7% son de sexo femenino, el 49 % son adultos maduros, el 39,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el 58,8% son trabajadores eventuales. Pero por otro lado difiere en que el 55,5% tiene un ingreso económico mayor a 1000 soles mensuales.

Estos resultados también se relacionan con lo encontrado por Ramírez, E. (47), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en los adultos H.U.P Las Brisas III Etapa – Nuevo Chimbote, 2013”. Donde concluye que el 52% son de sexo femenino, el 51 % son adultos maduros, el 40% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el 62% tiene un ingreso económico por debajo de los 750 soles mensuales. Pero difiere en que el 37% son trabajadores estables.

Lo resultados de la presente investigación se asemejan al estudio obtenido por Kise, C. (48), en su investigación titulado “Determinantes de la Salud en Adolescentes Consumidores de Sustancias Psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote 2012”. Donde se observa en los determinantes de la salud Biosocioeconomicos, el 59% son de sexo femenino, el 49 % son adultos

maduros, el 93 % tiene secundaria completa, el 53 % tiene ingreso económico menor de 750 soles mensuales, el 43 % tiene trabajo eventual. Pero difiere en que el 53 % son adultos jóvenes.

Los resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Carrillo, G. (49), en su investigación titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos en el Sector “DD” Piedras Azules, Huaraz, 2013”. Donde se observa que el 52 % son de sexo masculino, el 47 % tiene grado de instrucción universitaria, el 51 % presenta un ingreso económico mayor a 1000 soles mensuales, el 42 % tienen trabajos estables; pero por otro lado difiere en que el 59 % son adultos maduros.

Así mismo estos resultados también difieren a lo encontrado por Domínguez, H. (50), en su estudio denominado “Determinantes de la Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2012”. Donde concluye que el 83% son del sexo masculino, el 67% son adultos mayores, el 80 % tiene un ingreso económico entre 751 a 1400 soles, el 40% son jubilados, pero se asemeja en el grado de instrucción donde el 37% tiene secundaria completa/incompleta.

Los resultados obtenidos difieren con el resultado encontrado por López D. (51) en su tesis titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos Jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla - Chimbote, 2013”. Donde indica, que el 59 % son de sexo masculino, el 56% son adultos mayores, el 33 % tiene grado de instrucción primaria incompleta, el 89 % tiene un ingreso mayor a 800 soles, en cuanto a la ocupación el 41 % tienen trabajos estables.

El sexo se define como la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, a uno de los dos sexos. La persona es o de sexo femenino o masculino. Sin embargo, un análisis más detallado, la materia no es tan simple. En algunos casos puede ser difícil determinar si un individuo particular es mujer u hombre (52).

El sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian al macho de

la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción, estas características no solo se refieren a los órganos sexuales sino también a diferencia de funcionamiento de nuestros cuerpos, las diferencias de los organismos de hombre y la mujer, son los que permiten que al unirse sus células sexuales exista la probabilidad de reproducción (53).

El sexo es la base biológica el hombre y la mujer son diferentes en todo, en su morfología, en el mundo de los sentidos como lo es la sensibilidad, la sensualidad y la sexualidad, en el entendimiento y en la afectividad. Es importante que tanto hombres como mujeres conozcan cómo son y cómo es el sexo opuesto, ya que de ello depende que se complementen y sean felices (54).

La edad es definida como el tiempo que ha vivido un ser vivo o el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la actualidad. Se presenta un conjunto de periodos, en que se divide la vida de una persona: Infancia, niñez, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad. El último término naturalmente hace referencia a otra división: primera edad (que comprende de la primera infancia hasta la juventud), segunda edad (edad adulta), y la tercera edad o vejez. Generalmente considerada a partir de los ochenta años (55).

La edad se define como el tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia. Así hablamos de época de oro o dorada como la de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades (56).

La edad es la etapa en la que la persona se encuentra en los años de buena salud y gran energía es la del adulto joven, sus sentidos son nítidos y estables, está en la cúspide de la capacidad reproductora; en la parte intelectual la habilidad verbal y la inteligencia se encuentran cristalizadas, La capacidad de resolver problemas nuevos, como tareas de relaciones especiales, aspecto de la inteligencia fluida, alcanza su punto más álgido (57).

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en los ámbitos individuales como colectivos medida que el nivel educativo aumenta, las personas aplicaran mejor sus conocimientos de acuerdo a las estructuras socioculturales de las diferentes realidades en que viven (58).

El grado de instrucción es el grado de estudio más alto completado dentro del nivel más avanzado que se ha cursado de acuerdo a las características del sistema educacional del país. En el Perú el sistema educativo se divide en: educación básica o inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior. La educación secundaria en el Perú se organiza en dos ciclos: el primero general para todos los alumnos, dura dos años y el segundo, de tres años que es obligatorio. Además se podría decir una variable de suma importancia en el estado de la salud percibida de la población, dando la opción de decir que una población más instruida tiene mejor salud que la población con un nivel de instrucción baja (59).

El grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su comportamiento en beneficio de la salud) (60).

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. En sentido económico, los ingresos son los caudales que entran en poder de una persona o de una organización. Un sujeto puede recibir ingresos (dinero) por su actividad laboral, comercial o productiva (61).

Ingresos económicos hace referencia a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como

no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (62).

El ingreso económico se conceptualiza como el ingreso que se percibe en forma de dinero. Excluye otras formas de ingreso, tales como donaciones y transferencias en bienes. El termino ingreso se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo (63).

La ocupación se define como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de la actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales determinados por la posición en el trabajo. El empleado es la persona que desempeña un trabajo a cambio de un salario (64).

La ocupación es una actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad, caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios. El trabajador aporta sus conocimientos, habilidades, esfuerzos y otros diversos recursos; y obtiene a partir de ello algún tipo de compensación material, psicológica y/o social (65).

La ocupación son las actividades que se realizan en el desempeño de las diferentes ocupaciones son las actividades económicas todos los procesos que tienen lugar para la obtención de productos, bienes y/o servicios destinados a cubrir necesidades y deseos en una sociedad en particular. Para la economía y las finanzas, una actividad es cualquier proceso que ocurre de manera organizada con el fin último de generar productos, o también bienes y servicios, que en un contexto dado contribuirán al progreso económico de un grupo, sociedad o nación (66).

La población del Caserío de Churap - Monterrey - Huaraz, en relación al género se

evidencia que la más de la mitad son de sexo femenino; una de las razones atribuibles es el abandono del hogar por parte del sexo masculino, por problemas de diversa índole, como el económico, relaciones interpersonales inadecuadas, violencia intrafamiliar y temas extramaritales. Por otra parte el fallecimiento de personas del sexo masculino a causa de enfermedades, accidentes de tránsito, etc.

Así mismo según estadísticas el género de acuerdo al área de residencia en el año 2014, la composición de la población adulta en el área rural del país es equitativa entre hombres 49,8% y mujeres 50,2%. En cambio en el área urbana, esta relación es desigual, observándose un mayor porcentaje de mujeres 53,3% que hombres 49,7% (67).

En cuanto a la edad se ha de resaltar que la edad promedio con mayor predominio en más de la mitad de la población en estudio es la del adulto maduro de ambos sexos. Razón atribuible en primera instancia a un menor número de nacimientos; muchos de ellos a través del uso de diferentes métodos anticonceptivos. También se debe a que la mayoría de los jóvenes migran a diferentes lugares en busca de nuevas oportunidades, algunos por motivo de estudio, es por ello que mayormente se encontró en casa a los adultos maduros.

Así mismo de acuerdo a los datos estadístico realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se puede observar que en el año 2007 alrededor del 30,5% de la población era menor de 15 años, porcentaje que ha venido disminuyendo con respecto a los censos anteriores. Que en la actualidad las personas entre 15 a 64 años representa el 63,1% y las personas mayores de 64 años, el 6,4% (68).

Al analizar los resultados del grado de instrucción observamos que menos de la mitad; tienen grado de instrucción secundaria incompleta, razón que puede ser asociada a diferentes factores como el tema económico ya que para aportar ingresos al hogar renunciaron a sus estudios priorizando otras necesidades como: la alimentación, vestido, etc. Otro motivo puede ser porque se observa que la población prioriza las labores agrícolas sobre la educación, haciendo que sus hijos se ocupen de estas labores; por tanto no permiten que asistan al colegio, refieren que no es

necesario que estudien para poder cultivar la tierra, son pocos los que si desean que sus hijos tengan una mejor educación y logren superar a sus padres para mejorar las condiciones de vida que tienen actualmente.

Otro factor muy importante es que el caserío en estudio solo cuenta con un PRONOEI (Programa no Escolarizado de Educación Inicial): “San Martín de Porres -Churap”, y no cuenta con Institución educativa de primaria ni secundaria. Sin embargo en muchos casos el acceso, la distancia en desplazarse hacia el centro educativo hacen que exista deserción escolar o simplemente no estudien, lo que estaría predisponiendo a conductas de riesgo por desconocimiento.

Finalmente podemos concluir que los adultos del caserío no han alcanzado un grado de instrucción básico por varias razones expuestas y que eso no les permite acceder a un puesto de trabajo, las empresas exigen secundaria aún para empleos no cualificados, quien no la tenga, quedará en la informalidad o la marginación, y estará excluido de los sistemas de protección social y de salud. Las personas con estudios de nivel superior tendrán mejores oportunidades de trabajo, con mejores remuneraciones frente a aquellas personas que no tienen o tuvieron oportunidad de estudiar y lograr una educación superior.

Datos estadísticos reflejan esta realidad de acuerdo al INEI sobre los datos estadísticos del Ministerio de Educación se observa que la tasa de conclusión de la educación básica regular el 48% de los adolescentes entre (17 a 19 años) a diferencia de los demás si culminan el nivel secundario y prosiguen estudiando otras carreras profesionales (69).

Al analizar la variable ingreso económico, más de la mitad de la población muestra un ingreso menor a 750 soles al mes, que no es suficiente para poder solventar a la familia y mucho menos llevar un adecuado estilo de vida, ya que este monto los sitúa en situación de pobreza; valga mencionar que sin embargo, los adultos del caserío, a pesar de tener un ingreso económico mínimo, viven en una zona agrícola, lo que les permite sembrar productos agroforestales y criar animales de corral para su consumo y/o venta, muchos realizan el intercambio o trueque, lo cual implica un ahorro en el

presupuesto familiar, pero aun así no se llega a cubrir la totalidad de la canasta básica familiar. Es importante recalcar que no cuentan con ingresos económicos suficientes porque ya se mencionó anteriormente que sus niveles de educación y preparación no les permite acceder a mejores puestos laborales por tanto no logran mejores ingresos.

Tal afirmación es validada por estadísticas del Instituto Nacional de Estadística del Perú, que menciona que el 86% de los hogares (aproximadamente más de 6 millones de familias) tiene un ingreso menor o igual a 900 soles lo que quiere decir que estos hogares no tienen para cubrir la Canasta Básica Familiar valorizada en S/. 1,292 mensual (70).

Respecto a la ocupación se obtuvo que menos de la mitad tienen trabajo eventual el cual solo lo realizan de vez en cuando para solventar sus gastos y vivir de acuerdo a ello, lo que repercute en la pobreza de sus hogares, las amas de casa se dedican a sus hogares y a los hijos, y los jefes de familia se dedican al comercio informal, la agricultura, otros trabajos de albañilería, muchos de ellos son tricicleros (persona que se dedica a cargar mercancías y lo traslada de un lugar a otro con ayuda de un triciclo); etc. y de esta manera tratan de aportar en la canasta familiar para el bienestar familiar. Se observa además que la población en estudio es conformista muchos no tienen aspiraciones de progresar viven solo con lo que les brinda la naturaleza. Otro motivo puede ser porque la población de la sierra tiene altos índices de desnutrición lo que condiciona muchas veces anemia, retardo siendo probablemente un motivo por el cual no buscan mejores condiciones laborales y de vida.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reporta; el desempleo en el Perú es del 7%, para el periodo diciembre, enero y febrero del presente año, que equivale a 347.700 personas que buscan empleo y de este total 53,6% son mujeres y el 46,4% hombres, como es el caso del ama de casa donde el 97,3% son mujeres, así como “operadores de instalaciones, máquinas montadoras entre otras ocupaciones” donde el 84,9% son hombres (71).

En conclusión en la presente tabla se puede mencionar en el grado de instrucción que

asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para un trabajo remunerado, así como responsabiliza en el cuidado de la salud, familia y comunidad; podemos atribuir, por lo tanto, la existencia de un bajo nivel de instrucción en los adultos mayores entrevistados, lo cual implica que el profesional de enfermería debe educar a los adultos sobre su autocuidado. Así mismo en el presente estudio la población estudiada, tiene un ingreso económico menor a 750 soles mensuales; siendo un factor que predispone a tener enfermedades y no poder resolverlas además de no saber actuar o enfrentarlas económicamente y emocionalmente.

Tabla N° 02:

En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de los adultos del caserío de Churap – Monterrey – Huaraz, 2013, el 58 % (78), tienen vivienda unifamiliar, 49% (66) tienen casa propia, 55%(74) piso de tierra, 51% (69) techo de eternit, 93%(126) paredes de adobe, 73% (99) comparten 2 a más miembros el dormitorio, el 100% (135) tienen agua de conexión domiciliaria, 99% (133) tienen baño propio, 96% (130) cocinan a leña, 100% (135) tienen energía eléctrica permanente, 90% (122) eliminan la basura a campo abierto, y el 53% (86) refieren que el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente, finalmente el 70% (94) suelen eliminar la basura en un montículo a campo limpio.

Los resultados encontrados se relacionan con lo obtenido por Uchazara, M. (72), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor Los Palos Tacna, 2013”. Donde reporta que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, 95% vivienda propia, 53,2% presenta el material del piso de tierra, 54,8% paredes de adobe; 100 % comparten de 2 a 3 miembros en una habitación, 58,9% utilizan pozo para el abastecimiento de agua, 48,5 % utilizan como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), y un 65,5 % eliminan la basura a campo abierto; pero difieren en que el 71,8 % cuentan con techo de estera y adobe, y el 54% presentan desagüe por medio de letrina.

Los resultados de la siguiente investigación se asemejan al estudio obtenido por Colchado, A. (73), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en los Adultos con Infección Respiratoria Aguda, Vinzos. Distrito Santa-2012”. Donde

concluye que el 93,7% cuentan con viviendas unifamiliares, 93,7% tienen vivienda propia, 93,7% con piso tierra, 60% presentan material de las paredes de adobe, 58,7% duermen en una habitación de 2 a 3 miembros, 95% cuentan con conexión domiciliaria, 81,2% tienen baño propio, el 71,2% usan gas para cocinar, el 97,5% tiene energía eléctrica permanente, 96,2% disponen la basura al carro recolector, 93,7% recogen la basura en carro recolector todas las semana pero no diariamente.

Los resultados también se relacionan con el resultado obtenido por, Monasteri, N. (74), en su tesis titulada “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, 2013”. Donde el 70% cuenta con vivienda unifamiliar, el 74% tiene vivienda propia, 61,2% piso de tierra, 45% cuentan con material de techo de eternit, 65,6% paredes de adobe, 76% comparten habitación entre 2 o 3 miembros, 99,6% se abastecen de agua por conexión domiciliaria, 100% tienen baño propio, 95,6% presentan paredes de ladrillo, 99,6% utilizan gas o electricidad para cocinar, el 98,8% cuentan con energía eléctrica permanente, 96% eliminan la basura semanalmente pero no diariamente. Por otro lado difiere en que el 57,2% tienen viviendas de material noble.

Así mismo estos resultados encontrados se asemejan con el estudio realizado por Castro, U. (75) en su tesis titulada “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Los Olivos Sector “O” Huaraz, 2012.” Donde se observa que el 52% cuentan con vivienda unifamiliar, 52,3% tienen vivienda propia, 34,2% piso de tierra, el 44,2% cuentan con habitación individual, el 22,3 cuentan con abastecimiento de agua domiciliario, solo el 21,8 % tiene energía eléctrica permanente, 96% eliminan la basura semanalmente pero no diariamente. Pero por otro lado difieren, el 45% cuentan con material de techo cemento y ladrillo, 44,5% paredes de cemento y ladrillo.

Los resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Carhuanina, C. (76), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en Niños Preescolares Obesos y Sobre Peso, Institución educativa “Rayitos de Luz” 1678, Garatea – Nuevo Chimbote, 2012”. Donde reporta que el 82,3% tiene vivienda multifamiliar, el 72,3% tienen vivienda de alquiler venta, el 61,5% tiene el piso de su vivienda de láminas

asfálticas, el 78,4% tiene sus paredes de material noble ladrillo y cemento, 49,2% con techo ladrillo y cemento, 53,8% tienen habitaciones independientes, el 75,8% tienen baño propio, el 96,9% usan gas para cocinar, 96,9% tiene energía eléctrica permanente; el 100% elimina su basura en carro recolector y el 93,8% indica que sus desechos son recogidos todas las semanas.

Así mismo estos resultados difieren con lo encontrado por Palacios, J. (77), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba - Piura, 2013”. Donde concluye que el 73 % tiene material de las paredes de concreto mixto, 63 % con piso de ladrillo de cemento, 76% cuenta con habitación independiente, el 39 % tiene agua por cañería de red, 94 % cuenta con energía eléctrica, 56 % tiene servicio sanitario, 92% de las familias cocinan en fogón, 93 % poseen servicio sanitario, 54% recolectan sus desechos sólidos. Pero por otro lado se relacionan en que el 99,6% se abastecen de agua por conexión domiciliaria y el 75 % tiene vivienda unifamiliar

El presente estudio difiere con el estudio realizado por García, P. (78), en su estudio “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas. A.H. SR. De los Milagros Chimbote-2012”. Donde concluye que el 62,3% tienen vivienda alquilada, 79,2% tienen piso asfaltado, 73,3% cuenta con techo de material noble, 88,2% tienen paredes de material noble, 72,4% cuenta con habitación independiente, 99% abastecimiento de agua potable con conexión en casa, 99% desagüe baño propio, 99% utilizan gas y electricidad para cocinar los alimentos, 99% tiene energía eléctrica permanente, 100% disponen la basura en el carro recolector. Pero es similar en cuanto al tipo de vivienda, 75 % tienen vivienda unifamiliar.

La vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Se suelen distinguir tres tipos de vivienda unifamiliar: La aislada exenta de una sola familia, la vivienda unifamiliar aislada en estados unidos que es aquel edificio habitado por una única familia que no está en contacto físico con otras edificaciones normalmente están rodeadas por todos sus lados por un terreno perteneciente a la vivienda en el que se suele instalar un jardín privado o todos sus lados alineados con la vía pública (79).

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas, la vivienda es un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad. El hombre, a través del tiempo, ha encontrado la forma de construir su vivienda, adaptándose al clima y al medio que lo rodea, la casa, como forma de vida, se ha desarrollado de diferentes maneras en las diversas culturas alrededor del mundo (79).

La vivienda para los seres humanos es un edificio que cumple la función de albergarlos, siendo una propiedad privada obtenida generalmente por medio del dinero, o de la herencia. La vivienda está constituida por habitaciones para los miembros de la familia donde pueden descansar, y otras habitaciones adaptadas a las necesidades cotidianas. En un sentido más amplio, la vivienda es para todo ser vivo, el lugar donde vive y se refugia de los peligros de su entorno (80).

Tenencia de la vivienda es cuando una edificación pertenece a una familia determinada cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a todos los integrantes, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas, el ser humano siempre ha tenido la necesidad de refugiarse para paliar las condiciones adversas de vivir a la intemperie. En la prehistoria, para protegerse del clima adverso o las fieras, solía refugiarse en cuevas naturales, con su familia, bien sea nuclear o extendida. Tradicionalmente, en el mundo rural eran los propios usuarios los responsables de construir su vivienda, según sus propias necesidades y usos a partir de los modelos habituales de su entorno; por el contrario, en las ciudades, era más habitual que las viviendas fueran construidas por artesanos y/o arquitectos especializados (81).

La tenencia de vivienda es la ocupación y posesión actual y corporal de una cosa, el concepto se ha de ampliar en el sentido de que la cosa ocupada (tenida) ha de ser propiedad de otra persona en la legislación se dice que quien tiene efectivamente una cosa, reconociendo en otro la propiedad, es simple tenedor de ella y representante de

la posesión del propietario, aunque la ocupación de la cosa repose sobre un derecho (82).

La tenencia de vivienda se puede identificar en dos situaciones: aquella en la que los hogares tienen formalizada de manera legal la disponibilidad de la vivienda (propietarios de la vivienda y el terreno y/o inquilinos) y aquella en la que los hogares residen con una tenencia informal (residentes en vivienda prestada por su dueño en forma gratuita) y en algunos casos hasta irregular (propietarios de la vivienda pero no del terreno, ocupantes de hecho y otras modalidades irregulares) (82).

El material de piso es una superficie exterior de la base sólida sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. Los materiales del piso suelen agruparse en tres categorías: a) tierra; b) cemento o firme, y; c) madera, mosaico u otro material de recubrimiento. La categoría de piso se considera como no durable mientras que las dos restantes se consideran durables. Por lo general, cuando una vivienda cuenta con piso de tierra, además de los riesgos sanitarios principalmente en los niños, nos indica sobre las condiciones socioeconómicas de sus habitantes, que por lo regular son bajas (83).

El material de piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción, Suelo natural o artificial de la vivienda, Se refiere al material del piso de la mayoría de los cuartos de la vivienda, con origen en el latín *tierra*, tiene varios usos y significados. Puede hacer referencia al material desmenuzable que compone el suelo natural, el terreno dedicado al cultivo o el piso/suelo (83).

El piso es una de las estructuras fundamentales de una vivienda o como también llamado la superficie de la casa. Un buen piso debe ser apropiado para poder desplazarse de un lugar a otro de manera cómoda así evitar riesgos como caída y otros, el piso de la vivienda debe de ser apropiado, limpio con la finalidad reducir microbios, insectos, plagas, ya que estos microbios pueden producir múltiples enfermedades mayormente en los niños pequeños ya que están en contacto directo

(83).

El material de techo es una cubierta que se realiza sobre la vivienda con el objetivo de proteger a los moradores de la misma contra inclemencias del clima tales como el frío, la lluvia y el calor. El techo es lo que define el tipo al cual pertenece el edificio o construcción, ya que allí se verán los materiales utilizados y la forma de su empleo. Los techos más comunes son los de tipo plano e inclinado. Un techo plano puede construirse por una loza, la cual nos sirve a la vez como terraza, la construcción del mismo debe ser acorde a las condiciones en que se construyan, si nos situamos en una ciudad podemos encontrar en el mercado materiales para techos como cemento, barro, zinc, etc., mientras que en una zona natural podemos encontrar materiales como paja, hojas de palma y tablas de madera (84).

El material de techo se define como una parte o superficie superior que funciona como protector, que cubre una determinada habitación o domicilio, cerrándola enteramente. Se trata de un elemento de protección, cuya función es la de tapar un determinado espacio o bien resguardarlo de todo aquello que se suscite en el exterior. Las cubiertas o techos pueden construirse con diversos tipos de materiales, desde fibras orgánicas hasta sofisticados metales, según el material y las especificaciones del fabricante, se establecen distintos tipos de módulos para las cubiertas (85).

El techo es el material sólido que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, tales como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan numerosos materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. La instalación apropiada proporciona un techo seguro que soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos. Así mismo es definida como la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación (85).

El material de las paredes son muros que constituyen el contorno externo de la

estructura de la vivienda cobertura que protege el material tales como son los ladrillos, adobes, tablas en caso de casas prefabricadas, etc. son estructuras sólidas vertical, cuya función permite definir y proteger un espacio, otro uso que se les da es el de dividir espacios. Son diferentes los materiales con los que se puede construir una pared tales como esteras, adobe, ladrillos, maderas, etc. (86).

La pared también es definida como la parte que cierra la casa, protege del frío o del calor, de los vientos y de la luz, y nos da privacidad. El muro soporta su peso y el del techo. Existen diferentes materiales para su construcción: La tapia pisada: es de uso tradicional y emplea la tierra como material para los muros. El adobe de tierra: es una forma económica usada en muchas culturas para la construcción de muros. El ladrillo o los bloques de cemento, son materiales con buena resistencia a la carga, duraderos en el tiempo (87).

Una pared es una obra de albañilería vertical que limita un espacio arquitectónico. Su forma suele ser prismática y sus dimensiones horizontal (largo) y vertical (alto) son sensiblemente mayores que su espesor (ancho). En la construcción se denominan tabiques o muros (si tienen función estructural) y se utilizan como elementos para delimitar o dividir espacios y/o sustentar los elementos estructurales superiores (muros). Pueden construirse con diversos materiales, sin embargo, actualmente los materiales más empleados son el ladrillo y el cartón yeso, siendo menos frecuentes la madera y sus derivados (87).

El número de personas que duermen por habitación es definido el término más general y abstracto como es el tipo de habitación que indica la cantidad de adultos que ocupan la misma habitación, la ocupación máxima permitida para cualquier habitación es de 4 personas, sin importar las combinaciones entre adultos y menores que pudieran existir, es esta habitación donde compartirán los principales muebles (88).

Se puede decir que el número de personas que duermen en una habitación va a estar relacionado con el hacinamiento, a la cultura de la persona o como también a la pobreza ya que hoy en día es un factor que afecta a la salud de las personas. Ante la

escasez de recursos económicos comparten una vivienda para toda la familia, los pobres, no tienen más opción que convivir todos juntos en pequeñas casas, y en los casos más extremos hasta en habitaciones mínimas, pues ponen en riesgo la salud de cada uno de ellos (89).

El número de personas que duermen por habitación es definido el término más general y abstracto como es el tipo de habitación que indica la cantidad de adultos que ocupan la misma habitación, la ocupación máxima permitida para cualquier habitación es de 4 personas, sin importar las combinaciones entre adultos y menores que pudieran existir, es esta habitación donde compartirán los principales muebles (90).

La red de abastecimiento de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable, por otro lado también se podría decir que es un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano. El abastecimiento del agua consiste en el suministro en forma individual o colectiva de agua, requerida para satisfacer las necesidades de las personas que integran una localidad, evitando que puedan afectarse en su salud (91).

El abastecimiento de agua se define como un suministro de agua potable a una comunidad, que incluye las instalaciones de depósitos, válvulas y tuberías. Es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa. El sistema de abastecimiento de agua potable más complejo, que es el que utiliza aguas superficiales, consta de cinco partes principales: Captación, almacenamiento de agua bruta, tratamiento, almacenamiento de agua tratada, red de distribución abierta (92).

Abastecimiento de agua es un sistema de distribución de agua potable que permiten llevar este líquido vital para la supervivencia hasta la vivienda de los habitantes los sistemas de abastecimiento de agua potable se pueden clasificar por la fuente del agua, del que se obtienen: Agua de lluvia almacenada, agua proveniente de

manantiales naturales, donde el agua subterránea aflora a la superficie; agua subterránea, captada a través de pozos. Suministro de agua potable a una comunidad, que incluye las instalaciones de depósitos, válvulas y tuberías también se abastece mediante pozos y ríos artificiales (93).

La eliminación de excretas se define como el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades que pueden causar la muerte. La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en aquellas comunidades de bajos ingresos ubicadas en áreas marginales urbanas y rurales, donde comúnmente no se cuenta con un adecuado abastecimiento de agua, ni con instalaciones para el saneamiento (94).

Las excretas son desechos del organismo que son eliminados en distintos lugares dependiendo de la educación y la posibilidad de cada persona por ejemplo si es que cuenta con letrinas, baño propio o campo libre y es obvio que estos actos insalubres traen problemas para la salud de los habitantes. El lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades (94).

La eliminación de excretas se define como la forma más común para evacuar las aguas residuales de tipo doméstico es mediante su descarga a un sistema de alcantarillado sanitario, teniendo la disponibilidad de un artefacto instalado dentro del baño/letrina, que se utiliza para la evacuación de excretas, que tiene un sistema de descarga de agua para su limpieza y está conectado a un sistema de cañerías interno que enlaza con una red de tuberías comunal de eliminación y tratamiento de las aguas servidas y materia sólida (líquidos cloacales) (94).

Combustible para cocinar se refiere al combustible utilizado con más frecuencia para preparar los alimentos ya sea gas, leña, carbón, querosín o electricidad. Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el

agua de las calderas y con esta generar electricidad. La madera se utiliza igualmente para calentar el agua aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico (95).

El combustible para cocinar se define como la sustancia (que tiene el atributo de arder) o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos. En tal sentido se diferencia: Gas de red, Gas en tubo, Gas en garrafa, Leña o carbón, Otros. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad (96).

Combustible para cocinar se define como aquellos combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera que se utiliza para calentar el agua aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico. Anteriormente estos materiales se utilizaban de forma generalizada para máquinas a vapor y generación de electricidad y calor aunque actualmente su uso se ha visto reducido gracias a la aparición de nuevos combustibles con mayor poder calorífico. Se tendrá ocho opciones de respuesta: gas domiciliario, gas en garrafa, electricidad, energía solar, leña, guano, bosta o taquia, y otro o no cocina (97).

La energía eléctrica aquella fuente de energía que se genera en las centrales eléctricas. Una central eléctrica es una instalación que utiliza una fuente de energía primaria para hacer girar una turbina que a su vez, hace girar un alternador, generando así electricidad. El hecho de que la electricidad, a nivel industrial, no pueda ser almacenada y deba consumirse en el momento en que se produce, obliga a disponer de capacidades de producción con potencias elevadas para hacer frente a las horas punta de consumo con flexibilidad de funcionamiento para adaptarse a la demanda (98).

Se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica se manifiesta como corriente eléctrica, es decir, como el movimiento de

cargas eléctricas negativas, o electrones, a través de un cable conductor metálico como consecuencia de la diferencia de potencial que un generador esté aplicando en sus extremos (98).

La energía eléctrica se manifiesta como corriente eléctrica, es decir, como el movimiento de cargas eléctricas negativas, o electrones, a través de un cable conductor metálico como consecuencia de la diferencia de potencial que un generador esté aplicando en sus extremos. La generación de energía eléctrica se lleva a cabo mediante técnicas muy diferentes. Las que suministran las mayores cantidades y potencias de electricidad aprovechan un movimiento rotatorio para generar corriente continua en una dinamo o corriente alterna en un alternador (99).

Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico (99).

Energía eléctrica es la forma principal a través de la cual los habitantes de la vivienda se proveen del servicio eléctrico desde el exterior. También se podría decir que es La fuente, más utilizada, con la cual las personas se iluminan en la vivienda, también La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica. Se denominan recursos naturales a aquellos elementos de la naturaleza que proporcionan al ser humano las materias primas y la energía necesarias para satisfacer sus necesidades (100).

Lugar de eliminación de la basura es definida como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente. Así

mismo es definido como todo desecho descartado por no poder ser utilizado para ningún fin. La basura suele ser llamada domiciliaria, cuando es producto de actividades domésticas, e industrial, si son residuos producidos a consecuencia del avance técnico del hombre. Algunos de los elementos que constituyen la basura que no puedan seguir siendo utilizados para el fin que fueron creados, pueden ser utilizados con otro objetivo. Los elementos que constituyen la basura al descomponerse contaminan el suelo, aire y agua, estos elementos una vez recolectados, presentan un grave problema (101).

La disposición de la basura es la recolección y disposición inadecuada de las basuras permite el desarrollo de insectos que se alimentan de ella produciendo algunas enfermedades al hombre como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amibiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales. Cuando las basuras se acumulan en un lugar se forman los basureros que causan molestias a las personas, generando malos olores, convirtiéndose en criaderos de moscas, cucarachas, ratones y contaminando las fuentes de agua, el suelo y el aire en general (102).

La disposición de los residuos sólidos es una actividad responsable de cada uno ya que los residuos son materiales que se desecha después de que haya realizado un trabajo o cumplido con su misión. Se trata, por lo tanto, de algo inservible que se convierte en basura y que, para el común de la gente, no tiene valor económico. Los residuos pueden eliminarse (cuando se destinan a vertederos o se entierran) o reciclarse (obteniendo un nuevo uso). Con la finalidad de disminuir la contaminación del medio ambiente, por ende proteger la salud de las de todo ser vivo (102).

La disposición de la basura es todo el material y producto no deseado considerado como desecho y que se necesita eliminar porque carece de valor económico el manejo de residuos es el término empleado para designar al control humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de residuos (102).

Frecuencia con que recogen la basura es definida como el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos

adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles. También es la acción final de depositar o confinar permanentemente residuos en sitios e instalaciones cuyas características permitan prevenir su liberación al ambiente y las consecuentes afectaciones a la salud de la población y a los ecosistemas y sus elementos (103).

La frecuencia de recogida de basura se define como el primer paso a seguir en la gestión de los residuos sanitarios es su clasificación y su posterior recogida. Para ello se recomienda adoptar los siguientes criterios: La recogida de residuos sanitarios deberá atender a criterios de segregación, asepsia e inocuidad, al objeto de no trasladar la posible contaminación a otro medio receptor. Se recomienda no mezclar en un mismo recipiente residuos sanitarios de tipos diferentes, según se indica de forma explícita en algunas normativas, con la finalidad de que no supongan un aumento de su peligrosidad o su posible reciclado, ni trasvasarlos de unos recipientes a otros (104).

La eliminación de basura se define como la base de la prevención de infecciones entéricas. La eliminación y el tratamiento de las basuras es para algunos solo un asunto de estética y de limpieza, sin embargo, en especial en las grandes ciudades, representa un importante problema tanto por su cantidad como por las dificultades para su alejamiento y tratamiento final, el alejamiento y la disposición final de la basura se hace de distintas maneras en el medio urbano que el rural (105).

La eliminación de la basura es muy importante, porque el manejo inadecuado es una importante fuente para la proliferación de moscas, alimento de roedores y hábitat de cucarachas, que nos generan contaminación y enfermedad. Las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones, etc. (106).

Con respecto a los determinantes de salud de los adultos del Caserío de Churap-Monterrey, se obtuvo que más de la mitad de los pobladores tienen viviendas unifamiliares, esto posiblemente es originado porque muchas parejas que viven en la

zona tuvieron hijos y buscaron un hogar para sus hijos, buscando un mejor futuro para su familia. Esto quizás porque han crecido en un hogar legalmente conformado, comprendiendo que la familia es el núcleo de la sociedad donde se van a formar a las generaciones futuras y de las cuales depende el desarrollo personal, familiar y social. Otro motivo puede ser que en la zona los padres poseen grandes extensiones de terreno y al casarse sus hijos varones les donan una parte de su terreno como adelanto de herencia para que puedan construir su nueva casa.

El Instituto Nacional de estadísticas e informática (INEI) realizado en Lima _ junio del 2009. Muestra que un 62,3% de las familias de las zonas urbanas son nucleares o familias de primer grado, así mismo los resultados obtenidos en la presente investigación hace un porcentaje de 88 % esto hace entender que muchas familias de las zonas rurales como urbanas están conformados por familias nucleares. (107).

Así mismo en lo que respecta a la tenencia de las viviendas en el Caserío, se puede apreciar que menos de la mitad cuentan con casas propias, esto se debe a que los pobladores accedieron a dichas viviendas en muchos casos por que formaron sus familias y tuvieron la necesidad de vivir en lugares adecuados, y en busca de mejores oportunidades para su familia, así contar con beneficios para el bien de los pobladores a través de la agricultura y ganadería. Otro motivo importante es que al vivir sus familiares en la zona, la mayoría construye sus hogares en este Caserío viviendo muy cerca de sus familiares; con la finalidad de vivir en unión familiar.

Así mismo este estudio guarda relación con algunos datos estadísticos encontrados por el INEI a nivel nacional en el año 2010 muestra que el 71,6% en las zonas urbanas cuentan con casa propia totalmente pagadas, estos datos estadísticos guardan relación con los resultados obtenidos en la presente investigación haciendo un porcentaje de 49 % (108).

En relación al material del piso de la vivienda en el caserío, más de la mitad cuenta con piso de tierra; esto debido a los bajos ingresos económicos con que cuentan las familias, por lo cual no les alcanza la economía para mejorar su vivienda, y se ven obligados a vivir con este tipo de piso. En cada familia existen otras prioridades de

mayor importancia como la alimentación, vestimenta, educación y otros; y no cuentan con los medios necesarios para cambiar el material de sus pisos. Otro aspecto relevante es que dicha población los adultos habitan muchos años atrás manteniendo costumbres y tradiciones hasta nuestros días, por ello dichas construcciones son rústicas es decir no alteran ni modifican sus viviendas, razón por la cual gran parte de la generación actual mantiene y/o construye sus viviendas de la misma manera.

En contraste con la realidad en estudio se encontró en la investigación realizada por el INEI en el año 2013 sobre viviendas particulares según material predominante en los pisos y área de residencia (2001 – 2013), que en la zona urbana los hogares con piso de tierra fueron de un 16% y en la zona rural los hogares con piso de tierra fueron de un 72,7%, así mismo, en este informe se destaca que en la zona rural los hogares con piso de tierra han mostrado una disminución porcentual del 8,6% en el periodo del año (2001 – 2013) (109).

En relación a los materiales de las viviendas del caserío, más de la mitad cuentan con techos de eternit, esto debido a los bajos ingresos económicos que cuentan las familias, impidiendo la construcción con un material adecuado, cabe indicar también que el eternit es un material muy accesible, de bajo costo y son fáciles de usar, y son resistentes a las inclemencias del clima que afectan a los pobladores de la zona, y se mantiene en perfectas condiciones al transcurrir los años, muchos de nuestros antepasados utilizaban este tipo de materiales, y que en nuestra realidad actual es típico en la zona sierra.

En contraste con la realidad nacional en la investigación del INEI – Población y Vivienda – Según Material Predominante en los Techos y Área de Residencia. Se encontró que en la zona urbana el material de techo mayormente usado es el concreto armado con un 51 % y en la zona rural es la calamina con un 58,1%. Así mismo la investigación señala que en la zona rural el porcentaje del uso de eternit ha mostrado un aumento del 15,1% en el periodo (2001 – 2013) (110).

Así mismo cabe distinguir que el material de las paredes de las casas, la mayoría es

de adobe, esto se debe a que el lugar de estudio se encuentra ubicado en una zona rural donde las personas construyen sus casas con materiales que están a su alcance, por el bajo ingreso económico que perciben las familias, siendo este un factor de impedimento para que puedan construir sus viviendas con otro tipo de material, además un factor importante es la cultura de la población ya que las personas de las zonas rurales creen que con este material no hace mucho frío a diferencia de otro material. Así mismo cabe indicar que muchos de los habitantes que viven en la zona fabrican el adobe, lo realizan de la siguiente manera: con barro, paja, y agua; y se espera un aproximado de dos semanas para su uso; siendo este un material accesible por los pobladores.

Otro factor observado es que no hay acceso y/o facilidades para el transporte de materiales de construcción a la zona a fin de lograr construcciones nuevas y modernas esto debido a la falta de carreteras para el transporte de dichos materiales.

En comparación con la situación nacional el INEI a través de su investigación sobre “Familia y Vivienda – Viviendas Particulares según Material Predominante en las Paredes Exteriores y Lugar de Residencia – 2013.” Reveló que en la zona urbana el ladrillo es material de mayor predominio en la construcción de paredes con un 67,2% y en la zona rural el material de mayor predominio en la construcción de paredes es el adobe con un 72,3% y que este porcentaje en los últimos doce años solo se ha reducido en un 0,7% (111).

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos, que en su mayoría los adultos duermen de 2 a 3 miembros en una habitación; esto se debe a que las viviendas en su mayoría son muy reducidas y cuentan con pocas habitaciones, por ello tienen que dormir entre padres e hijos; cabe indicar también que la cultura en las familias hace que estén acostumbrados a dormir los padres con los hijos o entre hermanos, hasta que los hijos tengan mayoría de edad, a partir de ello recién duermen separados.

En relación con este hallazgo podemos mencionar la investigación realizada por el Ministerio de Vivienda revela que se halló a nivel nacional en la zona rural que el

93% son viviendas sin habitaciones individuales, y un 7% son viviendas con habitaciones individuales. Así mismo la zona urbana se destaca que solo el 13% son viviendas sin habitaciones individuales, y el 87% son viviendas con habitaciones individuales (112).

En cuanto al abastecimiento de agua se puede observar que el total de la población encuestada, cuentan con abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, la población en estudio gestionó conjuntamente con sus autoridades para que puedan contar con este líquido elemental que es vital para la sobrevivencia de la población. Cabe indicar que anteriormente el caserío en estudio consumía agua directamente de la acequia (conducto angosto por donde pasa el agua proveniente de los deshielos de la Cordillera Blanca. Actualmente existe una junta administradora de agua (JAAS) que se encarga de tratar el agua, refieren que añaden cloro al tanque de agua un aproximado de un kilo mensualmente, luego es distribuido a cada vivienda para el consumo de los pobladores. Cabe indicar que el agua por conexión domiciliaria trae múltiples efectos positivos en la calidad de vida de los hogares especialmente en aquellos de bajos recursos y alta vulnerabilidad, además influye en el desarrollo y el cuidado del medio ambiente.

Así mismo el instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2008 muestra que a nivel nacional en las zonas urbanas el 93,8% de las viviendas cuentan con agua potable. Por otro lado el INEI en el año 2010 reportó que a nivel nacional, el mayor porcentaje de estos hogares, declaró utilizar la red pública dentro de la vivienda haciendo un 87 % (113).

Otro resultado obtenido es que la totalidad de la población posee baño propio para la eliminación de sus excretas, esto se debe a que las familias que residen en esta zona ya viven buen tiempo en el lugar, y observaron la necesidad de contar con un baño propio dentro de sus hogares; se organizaron y gestionaron para contar con los servicios básicos como es el de agua potable y alcantarillado (Saneamiento Básico). El Caserío en estudio al principio eliminaban sus excretas al aire libre, luego hicieron uso de silos (hoyo o agujero) o letrinas (estructura pequeña e unipersonal que consta de un hoyo que es usado para la defecación), en lugares escampados alejados de sus

viviendas; en la actualidad el desagüe de las casas son desembocadas al pozo séptico, que está ubicada dentro de la zona, todo ello favoreciendo la supervivencia y la satisfacción de la población, brindando salubridad e higiene dentro de sus hogares y mejorando así la calidad de vida a cada uno de ellos.

En relación a lo mencionado se destaca en el informe sobre Saneamiento y Vivienda del INEI que en la zona urbana el 78,8% de viviendas tiene conexión de desagüe domiciliar conectada a redes públicas y en la zona rural el 14,1% de viviendas tiene conexión de desagüe dentro del domicilio pero no conectado a una red pública (114).

En cuanto al combustible que utilizan para cocinar en la población, se encontró que casi todos lo hacen con leña y carbón, esto se debe a la falta de ingresos económicos ya que no cuentan con la economía suficiente para comprar otro tipo de combustible, además porque los pobladores de esta zona están acostumbrados a utilizar la leña porque es mucho más accesible y está al alcance de todos, ya que en esta zona hay grandes cantidades de árboles como eucalipto, molle, quenuales, y otras plantas más que los pobladores los cortan, y una vez seca lo utilizan como combustible para cocinar.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó un estudio a nivel nacional en el año 2013, donde muestra que el 95,3% de las familias de las zonas rurales y las zonas marginales del Perú siguen usando leña o bostas para la cocción de los alimentos, pueden ser por muchos motivos que son: el bajo ingreso económico, la cultura (115).

En cuanto a la energía eléctrica de la comunidad se encontró que casi todos cuentan con energía eléctrica permanente, debido que los pobladores gestionaron la elaboración de un proyecto de red alta tensión conjuntamente con la Región Ancash, luego realizaron la red secundaria con la Municipalidad Distrital de Independencia que pertenece el barrio de Monterrey y es quien abastece de energía eléctrica a este Caserío; mediante este beneficio se creó un comité de electrificación quien es el encargado de proporcionar los recibos de luz pagando un monto mínimo por su consumo, dichos recibos son pagados en la oficina de Hidrandina-Huaraz. En la

actualidad cuentan con energía eléctrica en sus casas beneficiando a las familias y a los hijos para que puedan realizar sus actividades normalmente, y alumbrado público lo que brinda mayor seguridad a la población en estudio.

Hoy en día en el plan Nacional de Electrificación Rural (PNER) 2012 –2021 ha sido elaborado por el Ministerio de Energía y Minas (MEM) a través de la Dirección General de Electrificación Rural (DGER/MEM), quien tiene la competencia en materia de electrificación rural de acuerdo a la Ley 28749, “Ley General de Electrificación Rural”. La electrificación rural, tiene como propósito concentrar la igualdad de los derechos ciudadanos, en particular el de acceso al servicio básico de electricidad a la vivienda (116).

En cuanto a la disposición de la basura en la comunidad se encontró que la mayoría lo realizan arrojando los residuos a campo abierto luego lo queman, otra parte de la población arroja su basura en un pequeño arroyo (corriente de agua, menos caudal que un río) que está muy cerca de la zona, causando problemas ambientales que afectan el suelo, el agua y el aire; ya que los pobladores de la comunidad no están orientados o capacitados para poder seleccionar los residuos sólidos y así poder eliminar la basura en lugares adecuados donde no afecten nuestro medio ambiente.

En cuanto a la frecuencia de recojo de residuos domésticos de cada vivienda son realizadas todas las semanas pero no diariamente; se encontró que la población en estudio recoge los residuos sólidos en pequeños costales donde es almacenado dentro de sus viviendas, posteriormente, los pobladores llevan la basura en el carro recolector que se encuentra a cargo de la Municipalidad distrital de Independencia, y que es efectuada una vez por semana.

De lo expuesto se puede concluir de los determinantes de salud relacionados al entorno físico de los adultos en la población en estudio son muy importantes ya que la población es vulnerable a contraer diversas enfermedades por las conductas de salud que cada poblador está tomando con el manejo inadecuado de la basura, sumado a esto podemos decir que la cultura, el grado de educación y la conciencia de las personas por desconocimiento utilizan la leña como combustible para cocinar,

con este tipo de actitudes y comportamientos puede traer como consecuencia enfermedades respiratorias enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como riesgos sanitarios y focos infecciosos, lo cual es peligroso para la salud principalmente de los niños y los adultos mayores.

TABLA N° 03:

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de los estilos de vida de los adultos del Caserío de Churap – Monterrey - Huaraz, el 73% (99) indicaron que no han fumado nunca de manera habitual, 61% (83) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 96% (129) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarias, 88% (119) refieren bañarse 4 veces a la semana, 80% (108) no se realizan exámenes médicos periódicos, 70% (94) caminan como actividad física, el 54% (73) lo hacen por más de 20 minutos; el 35% (47) refieren consumir frutas 3 o más veces a la semana, el 50% (67) consumen carne 1 o 2 veces a la semana, 33% (44) huevos de 3 o más veces a la semana, 36 % (48) pescado al menos 1 o 2 veces a la semana, 80% (108) consumen fideos diariamente , 81% (109) consumen pan diariamente; finalmente el 64% (86) refieren consumir verduras y hortalizas diariamente.

Los resultados encontrados se relacionan con lo obtenido por Monasteri, N. y Aranda, J. (117), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, 2013”. Donde muestra que el 47,2% de las mujeres no fuman actualmente ni han fumado antes, 50,8% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 73,2% duerme de 6 a 8 horas, 84,4% refieren que se bañan frecuentemente, 53,6% si se realizan algún examen médico periódico, 66% caminan como actividad física, el 40% (68) camina por más de 20 minutos, 40,4% comen diariamente fruta, 56,8% comen 1 o 2 veces huevo, 45,6% comen 1 o 2 veces pescado, 62% comen de 3 o más veces fideos, 64,8% comen 1 o 2 veces pan o cereales, 51,2% comen 1 o 2 veces verduras y hortalizas, 45,2% comen 1 o 2 veces legumbres, y otros. Pero por otro lado difiere en que el 48,4% comen carne a diario.

Los resultados del presente estudio se relacionan con el estudio obtenido por Salazar, F. (118), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P” – Huaraz – 2013”. Donde el 72 % (123) no

fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, el 69 (118) consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 88% (150) duermen de 06 a 08 horas diarias, el 69% (118) se bañan 4 veces a la semana, el 95% (9) no se realizan exámenes médicos periódicos, el 85% (145) camina como actividad física, el 40% (68) caminan por más de 20 minutos, el 55% (94) consumen fruta a diario, el 37% (63) consumen carne de 3 o más veces a la semana, el 42% (71) consumen huevo 3 o más veces a las semana, el 44% (83) consumen pescado de 1 o 2 veces a la semana, el 69% (117) consumen fideos, el 85% (145) consumen pan cereales, el 77% (131) consumen verduras y hortalizas.

Estos resultados también se relacionan con lo encontrado por Abanto, A. (119), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España–Chimbote, 2012.” Con respecto a los estilos de vida, el 81,2% (65) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 50% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 83,7% duermen de 6 a 8 horas, 55% (36) se bañan 4 veces a la semana, 81,2% (65) caminan como actividad física, 81,2% (65) realiza caminatas por más de 20 minutos. En cuanto a alimentación, 50% consumen frutas 1 a 3 veces por semana, 32,5% carne 1 a 3 veces por semana, el 42% (71) consumen huevo 1 a 2 o más veces a la semana, 43% consume pescado 1 o 2 veces a la semana, 80% pan y cereales a diario, 66,2 % consumen verduras y hortalizas a diario, 25 % nunca consumen otros alimentos. Pero difiere en que el 67,5% si se realizan exámenes médicos periódicos.

Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por Garay, N. (120), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II -Tacna, 2013”. Donde concluye que el 85,2% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 68,2% consume bebidas alcohólicas de manera ocasional, el 95% (150) duermen de 06 a 08 horas diarias, el 59% (118) se bañan 4 veces a la semana, el 85% (9) no se realizan examen médico periódico, el 51,3 no realizan examen médico periódico; en cuanto al consumo de alimentos, el 53 % consumen frutas 3 o más veces a la semana, 40,7% consumen huevos 1 a dos veces por semana, 50,4% consumen pescado de una a dos veces por semana, , 78,4% consumen pan a diario, 63 % consumen verduras, hortalizas a

diario. Pero difieren en que el 82,2% de la población consume fideos a diario, y el 43,2 % consumen carne a diario.

Los resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Aranda, J. (121), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba - Piura, 2013”. Donde reporta que el 77% si fuman y afirman que continúan fumando, 31% consume bebidas alcohólicas diariamente, 50% duerme de 8 a 10 horas, 65% no se bañan, el 54% no realizan actividad física en su tiempo libre, el 48 % consumen arroz y pan 3 o más veces a la semana, el 14 % nunca consume frutas, 24% consume carne a diario, 23% consumen huevos nunca o casi nunca, 12,5% pan y cereales 3 o más veces a la semana y 2% verduras nunca o casi nunca. Sin embargo se relaciona en que el 90% no se realizan ningún examen médico periódico, el 54% caminan por más de 20 minutos.

También difieren con el estudio realizado por García, P. (122), en su estudio denominado “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes con Adicción a Drogas. A.H Sr. de los Milagros. Chimbote –2012.” Donde concluye que 58% fuman cigarrillos diariamente, 57% consumen bebidas alcohólicas 1 vez a la semana, 50% duerme de 8 a 10 horas, 65% no se baña, 100% no se realizan ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 75% no realiza actividad física en su tiempo libre, 75% no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos, 55% consumen frutas 1 o 2 veces a la semana, 50% carne 1 o 2 veces a la semana, 59% huevos 1 o 2 veces a la semana, 44% consume pescado 3 o más veces a la semana, 53% verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, 89% consume entre otros tipo de alimento a diario como frituras. Pero se relaciona en que el 85% consumen pan y cereales a diario.

El presente estudio difiere con el resultado encontrado por Soria, C. (123), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en Adolescentes Embarazadas que Acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote_2012”. Donde reporta que el 48 % no fuman actualmente pero han fumado antes, 69 % consumen bebidas alcohólicas una vez al mes, 53 % duermen 08 a 10 horas, el 54 % se baña diariamente, 53 % consumen frutas 1 a 2 veces a la semana, 75 % consume carne 1 a

2 veces a la semana, 38 % consumen huevos 3 o más veces a la semana, 47 % consumen pescados diariamente, 56 % consumen fideos al menos de 1 vez a la semana, 63 % consumen verduras, hortalizas 1 o 2 veces a la semana, el 51 % consume otros alimentos 3 o más veces a la semana. Pero es similar en que el 49% consumen pan a diario.

Fumar es una práctica donde una sustancia comúnmente tabaco es quemada y acto seguido se prueba o inhala su humo, principalmente debido que a través de la combustión se desprenden sustancias activas como la nicotina que son absorbidas por el cuerpo a través de los pulmones. Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín “fumare” que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo (124).

El acto de fumar es una actividad autodestructible ya que es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser un medicamento principio activo del tabaco, la nicotina es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. Adicción a la nicotina requiere a los fumadores a fumar de mantener y, de esta manera, eliminar o prevenir los síntomas resultantes de la disminución en los niveles de nicotina en el cuerpo (síntomas de privación). Esto genera que las personas pierden la libertad de decidir y están obligadas a mantener y aumentar gradualmente su consumo (125).

El cigarro es uno de los productos más extendidos y populares del mundo a la hora de consumir tabaco, dado que el mismo consiste en una planta seca de tabaco picada la cual se encuentra recubierta a su vez por una hoja de papel sumamente delgada y en uno de sus extremos está dispuesto el filtro, el cual tiene por misión el filtraje de aquellas partículas más tóxicas que resultan del humo. Esta práctica debe abandonarse pues lesiona severamente las vías respiratorias, ya de por sí expuestas a enfermedades graves como la neumonitis, debidas a la actuación del VIH. Asimismo es definido como un daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso. El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la

nicotina. Se trata de una enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones y que es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial (126).

La frecuencia de consumo de alcohol se define como la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas por la población, y el tiempo que vienen consumiendo estos individuos se puede abordar desde una perspectiva individual a través de encuestas a la población, o también desde una perspectiva ecológica a través de la información procedente de las ventas de bebidas alcohólicas. La precisión de las estimaciones de la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas en una población mediante estudios transversales, depende de los métodos que se utilicen para recolectar esta información; y entre ellos se citan, los enfoques para preguntar el consumo, la unidad de medida que se escoja, los diseños muestra es que se utilicen, el tipo de entrevista y el período de referencia (127).

Las bebidas alcohólicas se definen como aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, también llamado etanol y que se pueden producir mediante fermentación y destilación generalmente se trata de un líquido incoloro e inflamable, cuyo punto de ebullición es 78°C. Cabe destacar que el alcohol etílico es una droga psicoactiva para los seres humanos su consumo produce, en principio, una sensación de alegría, al tiempo, el individuo puede sufrir problemas de coordinación y tener la visión borrosa y con un consumo excesivo, es posible alcanzar un estado de inconsciencia y, en un nivel extremo, llegar a la muerte por envenenamiento. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas (128).

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso

extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (128).

El sueño está definido en la forma que el ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. Se ha demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos: restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria. La duración del sueño nocturno varía en las distintas personas y oscila entre 4 y 12 horas, siendo la duración más frecuente de 7 a 8 horas. Del mismo modo se le define como un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia -cuando el ser está despierto-, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos (129).

El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia -cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos esto va depender a la edad de cada persona en los adultos en un promedio de tiempo de 6 a 8 horas diariamente; en consecuencia es algo necesario para sobrevivir y gozar de buena salud, generalmente las personas duermen de noche, aunque muchos lo hacen de día debido a sus horarios de trabajo, situación que a menudo ocasiona trastornos de sueño, muchos de los trastornos son muy frecuentes (130).

El acto de dormir, propiamente dicho, es según el diccionario de la Real Academia Española, “estar en aquel reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario”, por lo que es un estado de reposo uniforme del organismo, contrario al estado de vigilia, cuando se está despierto. Durante el tiempo en que se duerme la actividad fisiológica presenta unos bajos niveles, así entonces, disminuye el ritmo de la respiración y la presión sanguínea por poner dos ejemplos y además el organismo presenta una menor respuesta a los

estímulos externos (130).

La higiene personal se define como el conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud. Las acciones que deben ejecutarse para obtener una higiene personal adecuada, comprenden la práctica sistemática de las medidas higiénicas que debemos aplicar para mantener un buen estado de salud en determinado número de veces (131).

Higiene corporal como el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad (con las implicaciones sociales y, por tanto, la relatividad cultural que la misma posee), Igualmente, la higiene corporal es una práctica básica que permite reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos (132).

La higiene corporal es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. Como objetivo es mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. Asimismo se define como la capacidad de cuidar apropiadamente nuestro cuerpo, manteniéndolo limpio y saludable, lo que nos permite ver y sentirnos lo mejor posible. Según el Departamento de Bienestar Público de Pensilvania, también es una forma muy eficaz de protegernos de las enfermedades y de las infecciones por microorganismos. De lo dicho con anterioridad, con esta práctica se controlan olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor (132).

El examen médico es un conjunto de pruebas o exámenes que se realizan para conocer la buena salud de la persona, defectos físicos, enfermedades profesionales y otras no detectadas a simple vista para tener una visión más amplia sobre la salud del candidato y lo que se requiere para el puesto. Con el objetivo de verificar la salud de

su futuro personal: desde el deseo de evitar el ingreso de un individuo que padece una enfermedad contagiosa, hasta la prevención de accidentes, pasando por el caso de personas que se ausentarán con frecuencia debido a sus constantes quebrantos de salud (133).

Se define examen médico periódico a todas las actividades que realiza un profesional de salud frente a una persona sana o enferma que se lleva a cabo dentro de un establecimientos de salud tales como hospitales, clínicas, establecimientos de salud, etc. Aplicando todos los conocimientos previos, realizando un examen físico completo con la finalidad de detectar algún problema que está afectando la salud de la persona con la finalidad de prevenir, evitar y/o contraer alguna enfermedad (134).

El examen periódico de salud es un examen médico en el cual se intenta confirmar que una persona, presumiblemente sana y que se encuentra cumpliendo una función laboral en forma habitual, no sobrelleve alguna afección que, no corregida a tiempo, pueda deteriorar su salud en forma permanente. Para realizar esta labor se necesitan equipos especiales, entonces es posible que tenga que dirigirse a una oficina diferente o a una clínica. Los exámenes dependerán de la edad, el sexo, los antecedentes familiares y si tiene factores de riesgo para algunas enfermedades (134).

La actividad física es definida como un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física. La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. De la misma manera se define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) (135).

La actividad física no debe confundirse con el ejercicio. Este es una variedad física,

planificada, estructurada, repetitiva y realizada como un objetivo relacionado con la mejora o mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (136).

La actividad física se dice al conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física. La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor de 20 a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. Ello aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías (137)

La alimentación es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesitan se puede decir que es un conjunto de actividades que el organismo realiza para transformar y asimilar las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos: digestión absorción utilización, eliminación. al ingerir los alimentos empieza un proceso nuevo que no dependen de nosotros, de nuestra voluntad que no podemos educar es la nutrición(138).

Los alimentos como carne, pescado y huevos, son ricos en proteínas. Los distintos tipos de carne y pescado tienen un valor nutritivo parecido. Así un huevo contiene 6 gramos de proteínas que es el contenido proteico de 30 gramos de carne, son los encargados de ayudar a las células en su fortalecimiento, las cuales forman los tejidos, y los tejidos forman los músculos, que forman el cuerpo (138)

Las frutas y verduras son alimentos de gran riqueza en vitaminas y minerales. Las frutas contienen gran cantidad de vitaminas y muchas de ellas aportan pectina, otra fibra vegetal útil para el organismo. Debe tomarse fruta una o dos veces al día. Las verduras son ricas en vitaminas, minerales y fibras, tanto si se toman hervidas como

fritas (139).

Los resultados de la presente investigación sobre determinantes de salud de los estilos de vida de los adultos del Caserío de Churap – Monterrey, muestra que casi todos no fuman; ni han fumado nunca de manera de manera habitual, esto se le atribuye a la cultura y falta de costumbre de los pobladores que no fuman el cigarro. A diferencia de algunas personas que manifiestan que fuman ocasionalmente y chacchan la coca con una mínima cantidad de cal, esto lo hacen para sentirse con más energía al realizar las duras faenas en el campo.

El chacchado de Coca es una costumbre ancestral muy utilizada principalmente por las personas de edades avanzadas (adultos mayores) con la finalidad de aportar energía y vitalidad a su organismo, lo cual se logra por las propiedades de la hoja de coca la cual contiene 21.96 mg de calcio por hoja, 36 mg de vitamina A esencial para la buena visión, 27 mg de complejo B esencial para el manejo del estrés y depresión y cantidades significativas de zinc, potasio, magnesio entre otros. Estas propiedades les permiten a las personas poder realizar actividades físicas como el trabajo en las chacras durante horas sin sentir cansancio ni hambre, ni sed (140).

En cuanto a la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en los adultos se encontró que casi todos consumen bebidas alcohólicas de manera ocasional, esto se atribuye a que la población en estudio está compuesto mayormente por adultos de sexo femenino, porque tienen como costumbre y creencia que las mujeres no pueden beber alcohol y tienen la responsabilidad de cuidar a los hijos, o si lo consumen lo hacen en cantidades moderadas. A diferencia de los varones que consumen ocasionalmente la chicha con punto (chicha de jora mezclado con alcohol) y cerveza, en fechas festivas como fiestas patronales, cumpleaños o reuniones especiales.

Según fuentes del INEI analizando por regiones, la tasa de consumo de alcohol en los colegios de la capital (Lima) fluctúa entre el 19% y el 94%; mientras que en provincias (resto del país) lo fue el 17% y el 79%; siendo las primeras cifras de los primeros años de secundaria, estos resultados son similares a la población en estudio, pero esto no se percibe bien debido a que la mayoría de la población en estudio es de

sexo femenino, las mujeres son juzgadas por la sociedad si beben, podríamos decir que seguimos viviendo en una sociedad machista (141).

De acuerdo a las horas que duermen los adultos se muestra que la mayoría de los adultos duermen un promedio entre 6 a 8 horas, este resultado es debido a la rutina de trabajo que desarrollan lo cual los obliga a levantarse lo más temprano posible para dirigirse a su lugar de trabajo para ganar tiempo. Las mujeres se levantan muy temprano para preparar los alimentos del esposo e hijos, para realizar las labores del campo y en las tardes continúan con las labores de la casa. Cabe indicar también que en la zona no cuentan con televisores u otro medio de distracción que impida su descanso diario siendo un motivo para dormir más temprano.

Con respecto a los hábitos de higiene de los adultos se muestra que la mayoría de los adultos realizan su higiene corporal 4 veces a la semana, esto debido a la cultura y falta de costumbre de los pobladores de no realizarse la higiene corporal rutinariamente. Se observa que en la zona sierra no se bañan por ser un clima bastante frío, por tanto el agua es muy frío y muchos no cuentan con duchas de agua caliente dentro de sus viviendas, la mayoría calienta el agua con leña, además refieren que llegan muy tarde y cansados por este motivo solo se lavan la cabeza, o parte del cuerpo pero no se bañan, el baño de todo el cuerpo lo realizan esporádicamente, la gente de la sierra refiere que bañarse es solo lavarse parte del cuerpo.

En cuanto a la variable examen médico periódico en un establecimiento de salud la mayoría de la población estudiada indican que no se han realizado exámenes médicos periódicos; esto debido a las experiencias negativas que reciben por parte del personal que atiende en el Puesto de Salud de Monterrey, sumado a la insuficiente calidad de atención que presta el personal de salud. Otro factor es el tiempo (demora) para que sean atendidos, por tal motivo los pobladores no acuden al puesto de salud para que se realicen los exámenes médicos, y solo una pequeña parte de los adultos acude cuando su estado es grave o cuando sienten molestias muy fuertes en el estómago, cabeza, etc. Las mujeres por su parte refieren que acuden llevando a sus hijos para sus respectivos controles.

La importancia de los exámenes médicos periódicos radican en que esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud(142).

Al analizar la actividad física que realizan los adultos del Caserío, caminan de manera habitual, debido a que lo realizan de manera frecuente por las mismas actividades que desarrollan a diario como ir a sus chacras, pastear a sus animales, etc. la mayoría en ocasiones es realizada para ir al paradero de las líneas que los trasladan a los mercados que se encuentran en la Ciudad de Huaraz, o realizar actividades de trabajo que se encuentra en dicha ciudad, retornando a sus hogares en caminatas durante 45 minutos conforme manifiestan los pobladores. Otra de las razones es que en el Caserío en estudio cuenta con un campo deportivo el cual es usado por algunos pobladores para realizar actividades recreativas los días domingos, esto hace que realicen actividades físicas por más de 40 minutos aproximadamente.

Un reciente estudio de la consultora NürnbergGesellschaft für Konsumforschung (GfK) revela que el 60% de nuestra población es sedentaria, es decir, no hace ejercicios o realiza actividades “muy livianas”, como bailar en casa o pasear. Las razones que se dan para explicar esta inactividad son la falta de tiempo, la poca motivación y “no tener el estado físico necesario”. Un 34% de peruanos, sin embargo, sí hace “ejercicio moderado”, según revela la encuesta hecha a 872 personas de siete ciudades (143).

Con respecto a los alimentos que consumen los adultos se evidencia que la mayoría de la población consume de manera diaria carbohidratos como la papa, maíz, olluco, mote, entre otros; son alimentos que producen mayormente en esta zona; en cuanto al consumo de carne y huevo es de 1 a 2 veces a la semana, esto se debe a que los pobladores se dedican a la crianza de animales domésticos como cuyes, gallinas, patos entre otros, cabe mencionar que el consumo de carnes mayores como el carnero, chanco, vaca son consumidas cuando mueren por accidentes o caídas, la misma que es preparada en charqui (carne seca añadido con sal), Con respecto al consumo de pescado es de 1 o 2 veces a la semana refieren que lo adquieren por

intermedio de un comerciante que lo transporta en una motocicleta llevado de la ciudad de Huaraz semanalmente.

En relación a la frecuencia del consumo de alimentos, nos informan que en el desayuno acostumbran consumir avena, sopa de habas con papas sancochadas, agua de cedrón; en el almuerzo: sopa de papa con huevo, mote pelado, mazamorra de calabaza; en la cena: picante de papa con cancha de maíz, mazamorra de punki (harina de cebada tostada) y agua de anís. En relación a los platos típicos que mayormente son consumidos en la zona, preparan el puchero, picante de cuy, chanco asado, llunca con gallina o carnero, mondongo (sopa de vísceras de carnero acompañado de trigo pelado). Los platos mencionados son consumidos en fiestas patronales, cumpleaños, semana santa y durante las fiestas en celebración del aniversario de creación del Caserío realizado en el mes de mayo.

En conclusión de la presente tabla sobre los determinantes de los estilos de vida se ha podido evidenciar que muchos de los adultos no se realizan exámenes médicos periódicos por desconocimiento de la importancia de prevenir enfermedades, mencionando también que no se realizan el baño diario, quizás por cultura y el clima frío de la zona; la alimentación la adecuan por la producción de la agricultura que realizan ya que el clima no permite crecimiento de variedades de vegetales, lo cual condiciona una alimentación poco balanceada rica en carbohidratos, generando estreñimiento, pólipos en el colon y cáncer de colon, como consecuencia de la falta de consumo de verduras, frutas y agua. En favor de esta población si se observa como actividad física el caminar el cual previene enfermedades como problemas de corazón, obesidad en los adultos de la zona.

Tabla N° 04:

En cuanto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del Caserío de Churap-Monterrey-Huaraz. El 90% (121) no reciben apoyo social natural, 100% (135) no reciben ningún apoyo social organizado, 59% (79) reciben otros tipos de apoyo social, 53% (71) se atendió en estos últimos 12 meses en un Centro de Salud, 82% (109) refieren que la distancia del lugar de la institución donde lo atendieron se encuentra lejos de su casa, 90% (121) cuentan con el seguro de salud

SIS-MINSA, 82% (111) refieren que el tiempo de espera para la atención es regular, 79% (106) refieren que la calidad de atención es regular, 99%(133) refieren que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Los resultados encontrados se relacionan con lo obtenido por Villavicencio, A. (144), en su investigación titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz, 2013.” Donde reporta el 67,3% (80) reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% (119) no cuentan con apoyo social organizado, el 84 % (100) reciben otros tipo de apoyo social organizado, 89,9% (107) se atendieron en un Centro de Salud, 62,2% (74) consideran que la distancia del Centro donde lo atendieron es regular, 100% (119) cuenta con SIS MINSA, 45,4% (54) refieren que el tiempo de espera es regular, 59,8% (71) refieren que la calidad de atención es regular, y 86,6% (103) refieren que no hay pandillaje cerca de su casa.

Los resultados de la siguiente investigación se asemejan al estudio obtenido Aranda, J. (145), en su estudio denominado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, 2013.” Donde el 75 % reciben ningún apoyo familiar, 98,0% (78) no reciben apoyo social organizado, 77 % (88), 100% reciben otros tipos de apoyo, el 82% se atendieron en un Centro de Salud, 62,8% refieren que el lugar donde se atendieron está muy lejos de su casa, 80,4% tienen seguro SIS – MINSA, 70,8% refiere que el tiempo de espera fue regular, 74,4% refiere que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue regular. Pero por otro lado difiere en que el 80,8% refiere que si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Los resultados también se relacionan con el resultado obtenido por Jacinto, G. (146), en estudio titulado “Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote, 2012.” Donde concluye que el 75,5% (60) reciben apoyo social familiar, 98,0% (78) no reciben apoyo social organizado, 100% recibe otros tipos de apoyo social organizado, 37,5%(30) se atendieron en un Centro de Salud, 87,5% (70) cuentan con SIS –MINSA, 75% (60) manifiestan que no hay pandillaje ni delincuencia cerca sus casas. Pero por otro lado difieren en que el

37,5% (30) refieren el tiempo de espera es muy largo, y el 50% (40) manifiestan la calidad de atención que se les brinda es buena.

Así mismo estos resultados encontrados se asemejan con el estudio realizado por Garay, N. (147), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II. Tacna, 2013.” Donde concluye que el 52,5% reciben apoyo social natural, 100% cuentan con apoyo social organizado, 48,7 % se atendió en un Centro de Salud, 52,5 % refiere que la distancia al lugar donde se atendieron es regular, 53,9 % tiene Seguro Integral de Salud, 50,4 %, refiere que el tiempo que esperó para su atención fue regular, 45,8 % refiere que la calidad de atención que recibió fue regular, 86,6% refieren que no hay pandillaje cerca de su casa. Pero por otro lado difiere en que el 84 % son beneficiarias de vaso de leche.

El presente estudio difiere con el estudio realizado por Jiménez, L. (148), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en Adultos Maduros Sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012.” Donde concluye que el 50 % no reciben algún apoyo social natural, 100% cuentan con apoyo social organizado seguridad social, el 84 % son beneficiarias de vaso de leche, 81,2% se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el Puesto de Salud, 81,2% refieren que el lugar donde se atendieron es muy cerca de su casa, 50% refieren el tiempo de espera es muy largo, 56,2% manifestaron presencia de pandillaje cerca de su casa. Pero se relaciona, 62,5 % no recibe apoyo social organizado, 87,5% cuentan con SIS -MINSA y 56,3% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena.

Así mismo estos resultados difieren con lo encontrado por Neyra, S. (149), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en Gestantes Adultas con Desnutrición del Puesto de Salud de Unión. Chimbote, 2012.” Donde 52,5% no reciben apoyo social natural, el 84 % son beneficiarias de vaso de leche, 100% se atendieron en un puesto de salud, 37,5% refieren el lugar donde se atendieron es muy cerca, 57,5% el tiempo que esperó para que lo atendieran fue corto, % 81,2% la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena. Pero por otro lado se relacionan en que el 100% tienen un Seguro Integral de Salud; y el 96,2% (77) opinaron que si existe pandillaje cerca de su casa.

Los resultados de la presente investigación difieren al obtenido por Loyola, F. (150), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en Escolares Con Bajo Rendimiento Académico. I.E José Gálvez Egusquiza - Chimbote 2012”. Donde 50 % no reciben algún apoyo social natural, 53% reciben el apoyo de instituciones de acogida, el 48,7 %, se atendieron en un Centro de Salud, 52,5 % refieren que el lugar donde se atendieron está cerca de su casa, el 87% refiere existencia de pandillaje cerca de su casa, pero coincide en lo que respecta al tipo de seguro el 53,9 % tiene Seguro Integral de Salud, 50,4 % refieren que el tiempo que esperó para que le atiendan fue corto, y el 45,8 % menciona que la calidad de atención que recibió fue buena.

El apoyo social natural es un conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. Es un sistema de apoyo que implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (151).

El apoyo social natural es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.), también han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras) (152).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad entre los lazos establecidos entre individuos, o entre individuos y grupos, que sirven para mejorar la competencia adaptativa a la

hora de tratar crisis a corto plazo y transiciones vitales, así como desafíos a largo plazo, tensiones y privación (153).

Apoyo social organizado es una idea generalmente aceptada el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana y tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (154).

Apoyo social organizado, es un programa puede ser un listado de temas, una planificación, el anticipo de algo o un proyecto social, por su parte, es el adjetivo que califica a aquello vinculado a la sociedad. Programa social Puede decirse que un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas (155).

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 aunque presenta ciertas inconveniencias la posible lentitud de su actuación precisa estudios previos, trámites burocráticos, la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (155).

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

hospitales. Así mismo se define como un término que procede del latín *centrum*, es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin (156).

La institución de salud se define como aquella institución que otorga un tratamiento integral a la población beneficiaria , donde el equipo interdisciplinario ofrezca y brinde sus funciones con profesionalismo y ética, por lo tanto una institución de salud es el lugar en el cual se atiende a los individuos con el objetivo de mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades , según el tipo de patología que atiendan, hay distintos tipos de instituciones, como ser materno infantiles, geriátricos, generales y psiquiátricos (157).

Las instituciones de salud son los hospitales, centros de salud, puestos de salud, etc. Es donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades del paciente como los hospitales psiquiátricos, otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. que pertenecen a los hospitales generales. Dentro de los maternos están los ginecólogos, cirujanos, pediatras, todas estas especialidades y servicios se van a crear de acuerdo a la capacidad resolutoria de dicho hospital (158).

La distancia es una magnitud que mide la relación de lejanía o cercanía, como intervalo a franquear para ir de un lugar a otro, la distancia tiene una significación de separación, su recorrido necesita un esfuerzo, un gasto de energía. El efecto disuasivo de la distancia sobre los desplazamientos tiene como consecuencia la formación de gradientes de intensidad decreciente. Muchas distribuciones que representan los efectos acumulados de interacciones espaciales pasadas tienen configuraciones concéntricas, con una intensidad que decrece más rápidamente en función de la distancia a un centro: así ocurre con la curva de las densidades de población o la curva de los precios del suelo en zona urbana (159)

Se denomina distancia al intervalo de tiempo entre dos hechos; o al espacio que existe entre dos objetos, sujetos o lugares. Así hablamos de la distancia temporal cuando decimos que faltan dos meses para que lleguen las vacaciones; o espacial, cuando hablamos de la distancia entre dos ciudades, como los kilómetros que hay que recorrer para llegar de una a la otra. En distancias pequeñas se utilizan los decímetros, los centímetros o los metros para determinarlas (160).

La accesibilidad a los servicios públicos, ya sea por la distancia física a ellos; por el egreso monetario que implica poder utilizarlos o por el desconocimiento necesario sobre su existencia y uso, principalmente, no son equitativos para todos, creándose en consecuencia verdaderos recortes territoriales desiguales (160).

El seguro integral de salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es protegerla salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (161).

El tipo de seguro es el contrato que se establece con una empresa aseguradora puede ser privada o pública la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona ya sea enfermedades o accidentes e incluso la muerte, o en algunos de sus bienes automóvil, empresa, taller o casa por cualquier motivo dicha persona será brindado con todos los beneficios que la empresa aseguradora ofrece (162).

La Organización Mundial de Salud (OMS) define al seguro de salud como aquel que ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos. El seguro a través de los

empleadores suele ser un plan de atención médica administrada. Estos planes contratan a profesionales de la salud y centros médicos para suministrarles atención médica a los afiliados, con costos reducidos (163)

El SIS (Seguro Integral de Salud) es un seguro de salud que lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Quiénes pueden afiliarse Pueden afiliarse ciudadanas y ciudadanos peruanos en condición de pobreza y extrema pobreza que vivan en territorio nacional y que no cuenten con un seguro de salud. Pueden ser beneficiarios del SIS, el padre, la madre y los hijos, sin límite de edad (164).

La calidad de atención en salud se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca de la calidad de servicio que se le brinda (165).

La calidad de atención en salud es el vínculo de una satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. La OMS define como requisitos necesarios para alcanzar la calidad en salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud (166).

La calidad de atención en salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, dentro de los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen.

También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (167).

El pandillaje es la unión de unas personas que forman un grupo social para hacer cosas que perjudican a la sociedad y también hacia sí mismo, es un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, el pandillaje no sólo es un problema social, sino también es un problema individual y trae consigo la carencia de valores, a pesar de esto, se ha generado distintos problemas que son difíciles de solucionarlos, ya que la tasa de pandillaje en el Perú va en aumento (168).

Pandillaje son un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta cometer actos violentos o delictivos por lo que se considera como uno de los problemas sociales que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses (169).

El pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad ,el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales. El pandillaje es uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud hoy en día. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la adolescencia hasta la juventud (170).

Los resultados en la presente investigación de los determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap, en relación a las redes sociales y comunitarias, muestran que la mayoría de los adultos no reciben apoyo social natural de sus

familiares, amigos, esto quizá va a depender de la forma como han sido educados se observa que entre amigos y familiares se apoyan económicamente y emocionalmente pero lo hacen esporádicamente, pues no siempre cuentan con recursos económicos. Cabe manifestar que los adultos son fuente de ingreso de cada familia, solo en temporadas de trabajo las familiares se brindan apoyo de unos a otros de manera equitativa, algunas veces hacen trabajos en la chacra, hogar, etc., lo que facilita el apoyo mutuo y la colaboración de cada uno de los miembros en situaciones que así lo requieran.

En un estudio realizado por el INEI se muestra que en el Perú las zonas urbanas marginales un 87,5 % no cuentan con apoyo de natural de ninguna organización, solo una parte de la población cuenta con apoyo de familiares (171).

En relación al apoyo social organizado se observa que las familias están inscritas en el programa vaso de leche, que es un programa social creado con el fin de superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra los niños menores de 5 años, entre ellas también mujeres lactantes, gestantes; se debe a que en los últimos años, el gobierno del Perú ha mostrado un alto nivel de compromiso con respecto a erradicar la pobreza en lugares vulnerables, Otro factor importante es el bajo ingreso económico que ellos perciben son limitados, siendo un condicionante para que el gobierno evalué al caserío para que puedan acceder a estos programas.

Según el INEI se realizó un estudio el año 2009, donde muestra que el 88% de las viviendas en zonas rurales del Perú cuentan con apoyo de programas vaso de leche, pensión 65, beca 18, cuna más, etc. en estas zonas por el bajo ingreso económico, siendo favorable para cada uno de los usuarios. (172).

En relación a la institución de salud en la que se atendieron los adultos del Caserío, más de la mitad refiere que se atienden en el Centro de Salud de Monterrey, esto debido a que los pobladores están sectorizados por lo tanto acuden a dicho establecimiento y pueden acudir caminando, mientras que hasta el hospital la distancia esta como 25 minutos en carro, y el pasaje les cuesta \$. 2.50 soles, que para ellos es un costo elevado; por tal motivo la mayoría de los pobladores acuden al

centro de salud mencionado por que está más cerca de sus viviendas. Otro aspecto a destacar es el sistema de referencias en el Centro de Salud mencionado, en casos de problema grave refiere a los usuarios al Hospital Víctor Ramos Guardia.

En nuestro país, según la INEI con respecto al lugar donde es llevada o acude en busca de ayuda la población de 60 y más años de edad que padeció algún problema de salud, el 30,6% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 11,3% a servicios del sector privado y el 9,9% a otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar). Sin embargo, el 48,3% de este grupo poblacional no buscó atención. El 69,5% de los adultos mayores están afiliados a algún sistema de seguro de salud y el 30,5% no están afiliados. Según tipo de seguro de salud, se observa que la mayor proporción de la población de 60 y más años de edad están afiliados únicamente a EsSalud (33,4%), y al Seguro Integral de Salud (31,7%) (173).

Con respecto a la distancia al lugar de atención refieren que es regular, ya que el caserío se encuentra a una distancia de 3050 metros aproximadamente (más de 3 km aprox.) del centro de salud de Monterrey, en un tiempo de 45 minutos caminando, siendo una distancia regular, por tal motivo prefieren atenderse en el centro de salud de Monterrey, por ello los pobladores se levantan muy temprano para poder llegar a tiempo al centro de salud. Probablemente porque es más accesible este centro de salud y porque cuentan con un poco más de equipamiento que los puestos de salud.

Así mismo el instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 201 muestra que a nivel nacional en las zonas urbanas el 73,8% de los usuarios refieren que la distancia es regular al centro de salud. Por otro lado el INEI en el año 2012 reportó que a nivel nacional, el mayor porcentaje de estos hogares, declaró ser lejano el centro da salud haciendo un 87,0 % (174).

Casi todos los adultos del caserío cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, para el acceso a los servicios de salud. Con este tipo de seguro es mucho más accesible asistir al centro

de salud donde la atención es gratuita, a diferencia de una institución particular donde el costo de la atención es elevado y no está acorde con el ingreso que perciben.

Según datos estadísticos del instituto nacional de estadística e informática (INEI) reporta que hasta el año 2014 son 600. 000 los afiliados (55,6% de mujeres y el 46,4% de varones) (175).

En cuanto al tiempo de espera para la atención de salud en el centro de salud de Monterrey, refieren que oscila de 1 a 2 horas para ser atendidos, esto atribuido a la gran demanda de pacientes que acuden a dicho nosocomio, debido a que el centro de salud abarca todo los sectores, muchas son madres gestantes que realizan sus controles en el servicio de ginecología, CRED (control de crecimiento y desarrollo) donde los niños menores son atendidos para la administración de las vacunas y sus respectivos controles, y los adultos son atendidos en el servicio de odontología y medicina. Es importante resaltar, que la creciente demanda de usuarios generada por el aumento de la población también es un factor para la demora y la calidad de atención.

Estos datos estadísticos según el informe del comercio los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) demoran 114 minutos (casi dos horas) en atender a los pacientes que acuden a consulta externa, reveló la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (176).

Con respecto a la calidad de atención que reciben los adultos, la mayoría refiere que es regular, debido a que el tiempo de espera para que reciban atención fue larga ya que deben acudir a tempranas horas de la madrugada a esperar por un cupo de atención, debido a la demanda de pacientes en los servicios de salud deduciendo también que los cuidados que se brindan al paciente no son tan satisfactorias; refieren muchas veces que los responsables de cada unidad no delegan eficientemente sus funciones; como consecuencia los adultos tienen cierto malestar al acudir al centro de salud.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud realizada entre los meses de marzo y mayo del presente año, el 60,2% de los usuarios manifestó que el tiempo de espera para ser atendidos es muy prolongado. Usuarios esperan hasta 17 días para obtener una consulta médica a nivel nacional el promedio de días que los usuarios esperan para obtener una cita es de 17 días (177).

En lo referente a la presencia de pandillaje cerca de su domicilio; casi todos refieren que no existe pandillaje, esto probablemente porque los padres educaron bien a sus hijos practicando los valores (honestidad, respeto, etc.) y ayudándose mutuamente. Cabe indicar que la zona en estudio es un lugar tranquilo, donde las familias se apoyan de unos a otros. Sin embargo existe un pequeño porcentaje de delincuencia en el sector que se dedican al robo de ganado por parte de abigeos (abigeato: delito que consiste en el robo de animales de cría). Siendo un problema preocupante para los pobladores de la zona. Por otro lado, a diferencia, en la ciudad de Huaraz se viene incrementando el pandillaje, siendo este un problema preocupante que viene aumentando en una forma muy alarmante como se puede comprobar simplemente con salir de casa donde se puede observar delincuentes robando, peleando entre pandilleros.

En conclusión de la presente tabla sobre los determinantes de las redes sociales se concluye que las personas de esta zona en su mayoría reciben apoyo del gobierno con programas sociales como el vaso de leche, y brindándoles gratuitamente el SIS (seguro integral de salud) con lo cual se pueden atender gratuitamente en el centro de salud más cercano, evitándose muertes por falta de atención, sin embargo se concluye que la atención de salud debe mejorar para ello se requiere de mayor recurso humano de salud.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- ❖ Con respecto a los determinantes de salud biosocioeconomicos de los adultos del caserío de Churap- Monterrey-Huaraz, 2013; más de la mitad son de sexo femenino, adultos jóvenes, perciben un ingreso menor a 750 soles; menos de la mitad con secundaria completa/ incompleta, trabajo eventual. Respecto determinantes de salud del entorno físico tenemos: menos de la mitad tienen casa propia, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, la frecuencia de recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente; duermen de 2 a más miembros en un dormitorio, disponen la basura a campo abierto, casi todos tienen baño propio, cocinan con leña, todos tienen conexión domiciliaria, tienen energía eléctrica permanente.
- ❖ Respecto a los determinantes de los estilos de vida menos de la mitad caminan como actividad física, consumen frutas 3 o más veces/semanas, huevos, pescados uno o 2 veces/ semana, otros nunca o casi nunca, la mitad consume carne de 3 o más veces /semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, camina en las dos últimas semanas, consumen verduras diario, la mayoría se bañan 4 veces/ semana, no se realizan examen médico periódico, consumen fideos y pan a diario, casi todos duermen de 6 a 8 horas diarias.
- ❖ Respecto a los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias tenemos: más de la mitad reciben apoyo social natural de sus familiares, reciben otro apoyo social organizado, se atienden en un centro de salud está a regular distancia de su casa, tienen SIS – MINSA, refieren que esperan regular para recibir atención de salud, refieren que la calidad de atención fue regular y no hay pandillaje cerca de su casa. Casi todos no reciben apoyo social organizado.

5.2 Recomendaciones.

- ❖ Dar a conocer los resultados y recomendaciones de la presente investigación a las diferentes autoridades de la provincia de Huaraz, para poder fortalecer estrategias educativas en temas referentes a los determinantes sociales de salud en los adultos.

- ❖ Recomendar al personal que labora en el centro de Salud de Monterrey, a buscar estrategias e implementar programas referentes a los determinantes sociales de salud en los adultos y coordinar con el personal de salud para promover y fortalecer actividades preventivas y mejorar la calidad de vida de los adultos.

- ❖ Dar a conocer los resultados y recomendaciones de la presente investigación al Centro de Salud Monterrey para continuar realizando estudios en el área de salud de los adultos a fin de promover, mejorar y ampliar los conocimientos de esta manera mejorar la calidad de vida en los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
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.
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; 2005.
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.
8. Lip Licham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima:Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile.

Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.

10. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves M y Colab. 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.
15. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Organización panamericana de la salud (OPS). Alcohol y salud pública en las américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5>

18. Congreso de la república. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> file en:
20. Censo poblacional del distrito de Independencia - Sistema de vigilancia comunal- Caserío de Churap. Unidad de Estadística e Informática DIRES – ANCASH -2013.
21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en. http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:es-ES:3Aofficial&channel=np&client=psy-ab&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aql=&gs_sm=12&gs_upl=26211338310155561414101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.26211338310155571414101012141611330121j2j11410.11sin.&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614
22. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
23. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local; 2008. Universidad Nacional de la Santa,
24. Chimbote. Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
25. Valverde L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz –

- Huarmey; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
26. 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.
 27. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
 28. 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.
 29. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
 30. Hernández R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
 31. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
 32. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
 33. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>
 34. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual;

- Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
35. Eustat. Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt_ 0/ tema_ 165/ elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
36. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)
37. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupación/](http://definición.de/ocupación/)
38. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf
39. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
40. Licata M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.zonadiet. Com / deportes / actividad-fisica-salud.htm](http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm).
41. AA. VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los

Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9.

42. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
43. Barlow, M. Clarke, T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
44. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
45. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla].Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
46. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
47. González, M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>
48. Llanque, M. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos – Tacna; 2013. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]Tacna. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
49. Ramírez, E. 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]Tacna. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
50. Kise, C. Determinantes de la Salud en los Adolescentes Consumidores de Sustancias Psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote 2012”. [tesis para optar

el título de licenciada en enfermería]Tacna. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.

51. Carrillo, G. Determinantes de la Salud de los Adultos en el Sector “DD” Piedras Azules, Huaraz, 2013”. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]Huaraz- Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
52. Domínguez, H. Determinantes de la Salud en Adultos con Cáncer de Pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, nuevo Chimbote, 2012, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote –Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
53. López, D. Determinantes de la Salud en Adultos del Pueblo Joven Ramón Castilla- Chimbote, 2013”. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Chimbote] – 2012.
54. Definición de Sexo. [Portada en internet]. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el 2008. URL: <http://definicion.de/sexo/>.
55. Organización Mundial de la salud. Definición de sexo. Washington: OMS; 2007. Disponible en: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-la-oms_22.html.
56. Girondella, L. Sexo y Género: Definiciones. [Artículo en Internet]. [Consultado 2012 Julio 19]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>.
57. Definición de Edad-Que es, significado y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012].Disponible en URL: <http://definición.de/edad>.
58. Conceptos de edad. [Artículo en internet]; 2010. [Citado 2012 oct 02]. [1 Pantalla libre]. Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias->

naturales/edad.

59. Situaciones de vida: Adulthood. [Revista en internet]; 2011. [citado Enero. 18 2013]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.infermeravirtual.com/eso/situaciones_de_vida/adulthood.
60. Diccionario ABC. Definición de Grado de Instrucción. [Artículo en Internet]. [Consultado 2013 Setiembre 19]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/instruccion.php#ixzz2fO5li4OD>.
61. Canales, F y Alvarado, E. Grado de instrucción. Mexico. Editorial Limusa, 200
62. Campuscitep.rec.uba.ar /mod/ glossary/ view .php? id = 11413.[documento en internet] [Citado 2013 Ago. 09] (55).
63. Diccionario de economía, Administración, Finanzas y Marketing. “Definición de ingreso económico”[Artículo de 1a pantalla].Disponible desde la URL:http://www.eco.finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm.
64. Definición ABC. La definición de Ingresos. [Artículo de Internet]; 2008. [Citado el 12 julio, 2009]. [Alrededor de 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.
65. Torres, L. Diccionario Economía: Definición de Ingreso Económico, [Serie Internet] [Citado el 2011 Junio 04] [Alrededor de 2 planillas]. Disponible desde el URL: http://www.ecofinanzas.com/diccionario/ingreso_economico.
66. Ocupación.[Artículo en internet].2012 [citado Viernes, 6 de Diciembre de 2013]Disponible:<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article145083.html>
67. Moncada, F. Ocupación o tipo de trabajo. [Artículo en internet].2012 [Citado 2011 feb. 15].Disponible URL:<http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones/ingresos.php>.

68. Aranda, P. Guía las ocupaciones. [Citado Feb. 15]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde el ULR:http://www.dian.gov.co/content/ayuda/guía_rut1/conte/main/mnual/pagina/04ocupa.htm – 2011.
69. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2012. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
70. Hombres y mujeres INEI [Artículo en internet].2012 [citado, 16 de diciembre 2014] Disponible:http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=12547.
71. Indicadores de la educación según INEI [Artículo en internet].2007 [citado, 16 de diciembre 20] Disponible:http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.htm.
72. Relación ingreso económico y educación en el Perú. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0018/n00.htm.
73. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Desempleo en el Perú -2012. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado 2012 Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: <http://peru21.pe/desempleo-periodo/diciembre/enero/febrero-292-persona-2013->
74. Uchazara, M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los palos. TACNA; 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna. Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2013
75. Colchado, A. Determinantes de la salud en los adultos con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa-2012, [Tesis para optar el título de Licenciada en

- Enfermería].Chimbote –Perú:Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
76. Monasteri, N. “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote-Piura, 2013.
77. Castro, U. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Los Olivos Sector “O” Huaraz, 2012, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote –Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
78. Carhuanina, C. “Determinantes de la Salud en niños preescolares obesos y sobre Peso. Institución educativa “Rayitos de luz” 1678, Garatea – Nuevo Chimbote; 2012 [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2012.
79. Palacios, J. “Determinantes de la Salud de la Mujer adulta en el Caserío Quispe. Huancabamba-Piura, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ,2012.
80. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H. SR. De los Milagros Chimbote-2012, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería].Chimbote–Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
81. Diccionario: Enciclopedia libre definición de vivienda, [17 de octubre del 2013] [pantallalibre]. Disponible en:http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda_arquitectura.
82. Laz, B. definición de vivienda, [los angeles since 1999] [1 pantalla libre]. Disponible en: <http://definicion.de/vivienda>
83. Enciclopedia libre: Definición de tenencia de vivienda. [Serie Internet]; 2009.

- [Citado Agst. 8 2010]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde:http://www.buenoaires.gob.ar/areas/vivienda/tenencia_de_vivienda.php?menu_id=29454.
84. Rodríguez, A. Tipos de vivienda. [Artículo en internet]. [6 de agosto del 2013].2013. Disponible en URL: <http://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-de-viviendas>.
 85. Luis Rodríguez León “Tablas de Equivalencias de Materiales de Construcción”. [Serie en Internet]; 2000. [Citado Jun. 10, 2001]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en <http://www.monografia/material/piso/vivienda>
 86. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet]; 2010. [Citado 2012 Octub. 12]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: http://www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/.
 87. Diccionario la definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero] [Alrededor de 01 pantalla].Disponible desde el URL: <http://es.thefreedictionary.com/techo>
 88. Diccionario: Enciclopedia libre definición de pared.[Documento en internet]. [May. 14.] [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <http://es.wikipedia.Org/wiki/Pared>.
 89. Keith, A. Definición de pared [Serie de Internet] [Citado 2012 octubre] [Alrededor de 01 pantalla].Disponible desde URL http://www.1.ehowenespano.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/
 90. Alot. Definiciones ABC. [Documento en internet]. [1 Pantalla libre]. Disponible Desde: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php#ixzz2l2PIchXK>.
 91. Números de personas que duermen [artículo en internet]. [Citado 22 Noviembre 2003.]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/número de personas](http://es.wikipedia.org/Wiqui/número_de_personas).

92. Números de personas por habitación [artículo en internet]. [Citado 15 febrero 2010.]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wikipedia/ número de personas por habitación](http://es.wikipedia.org/Wikipedia/número_de_personas_por_habitación).
93. Diccionario: enciclopedia libre amplia definición de agua potable. [Documento en internet]. [Citado 12 setiembre. 2011.]. [1 pantalla libre]. Desde <http://www.definicionabc.com/general/aguapotable.php>.
94. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado 10 Octub. 2014]. [1 pantalla libre].. desde URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/.
95. Gonzales, A. Red de abastecimiento de agua potable [Artículo en internet] [Citado 2013 Noviembre 12][alrededor de una plantilla].Disponible desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Abastecimiento_de_agua.
96. Ellarvi, A. Disposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]. [Citado 03 Mayo 2010.]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: [http:// coyuntura deposición. com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú](http://coyuntura.depositación.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú).
97. Florencio M. Diccionario hecho fácil –[información en el internet] Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/combustibles-cocinar.php>
98. Conceptos Combustible. [Artículo en internet]. [Citado 20 Marzo. 2011.]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en definiciones/gas/.
99. Combustible [Artículo en internet] [Citado 2013 Noviembre 11].Disponible desde: <http://es.wikipedia.org/wiki/Combustible>.
100. Buganda, S. “Definición de Energía Eléctrica” [Artículo de internet]. [Citado setiem. 11.]. [Alrededor de una pantalla] 2011. Disponible en URL:<http://es.picopedagogia.com/definición/educabilidad>.

101. Denominación Energía Eléctrica. [Artículo en Internet]; 2012. [Citado 20 Abril 2013]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.conceptos/nenom/electricidad/wiki>.
102. Definición de Iluminación - Eléctrica y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 03 enero 2008]. Desde URL: <http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza-cocinar-01708629135.html>.
103. Definición: basura y eliminación, la enciclopedia libre noviembre 2013 Disponible desde el URL: <http://es..org/Basura>.
104. Definición Lugares de Eliminación de los desechos. [Portada en internet]. [Citado 2011 Octu. 28]. [1 pantalla] Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>.
105. Mautino, E. Macedo G: “Plan de educación ambiental para el manejo de los residuos sólidos de la ciudad de Huaraz- 2000”. [Tesis doctoral en ciencias del ambiente]. [Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Huaraz Perú: 2000.
106. Definiciones Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. [Citado May. 14.]. [1 pantalla] 2013. Disponible en ULR: <http://definiciones.de/recolección/>.
107. Méndez, L. Clasificación de la basura. [Monografía en Internet] [Citado el 2011 Junio 26] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos36/la-basura/la-basura3.shtml>.
108. Aldave, G. Eliminación adecuada de los desechos. [Documento en internet]. Disponible: http://www.ehowenespanol.com/eliminacion-adecuadadesechos-manera_37403/
109. INEI – Población y Vivienda – Según Material Predominante en los Techos y

- Área de Residencia. Disponible desde:<http://www.inei.gob.pe/estadísticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- 110.Familia y Vivienda – Viviendas Particulares según Material Predominante en las Paredes Exteriores y Lugar de Residencia – 2013. Disponible desde:<http://www.inei.gob.pe/estadísticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- 111.Ministerio de vivienda/situación de las viviendas en Amazonas. Disponible desde: <http://www.inei.gob.pe/estadísticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- 112.Instituto Nacional de estadísticas e informática (INEI) [portada en internet] [citado agosto. 22-2012]. [1 pantalla libre] Publicado desde: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf.
- 113.Saneamiento y vivienda. Disponible desde:<http://www.inei.gob.pe/estadísticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- 114.INEI reportes estadísticos [pantalla de internet] [citado julio 2008] Disponible desde http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0382/cap-0
- 115.Instituto Nacional de estadísticas e informática (INEI) 2006 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2009]. [pantalla libre]. disponible en publimero.pe/actualidad/noticia-60-viviendas-agua-potable.
- 116.Saneamiento y vivienda. Disponible desde:<http://www.inei.gob.pe/estadísticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- 117.INEI reportes estadísticos [pantalla de internet] [citado julio 2008] Disponible desde http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0382/
- 118.Fondo Social Energético, Objetivos y Recursos. Disponible desde: <http://www.fise.gob.pe/que-es-fise.html>.

119. Monasteri, N. Aranda, J. “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura 2013.
120. Salazar, F. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “P” – Huaraz – 2013. [tesis para optar el título de licenciado en enfermería] Huaraz. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
121. Abanto, A. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España –Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote –Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
122. Garay, N. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II -Tacna, 2013. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Tacna– Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2014. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.
123. Aranda, J. “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba [tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad católica los Ángeles de Chimbote - Piura - 2013.
124. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes con adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote –2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote –Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
125. Soria, C. “Determinantes de la Salud en Adolescentes Embarazadas que Acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote _ 2012”. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2014. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.

126. Concepto sobre hábitos de fumar. [Artículo en internet]. [citado desde 22 de febrero de 2009]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL: [es.http/www.org/Wiqui/ conceptos habito fumar](http://es.wikipedia.org/wiki/conceptos_habito_fumar).
127. Enciclopedia libre: Definición de fumar [29 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Fumar>.
128. American Cancer society: el hábito de fumar cigarrillos. [Reporte de internet]. [Citado el Ener. 14.]. [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.vih.Org/acs/groups/cid/documents/webcontent-pdf>.
129. Consumo de Bebidas Alcohólicas – Alcohol etílico. [Artículo en internet]; 2007. [Citado 2008 Jun. de 123.] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.bebidasalcoholicas.org/>.
130. OMS. Alcohol. [Nota descriptiva]. [citado en febrero 2011]. Disponible desde: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/
131. Enciclopedia libre: definición de sueño [Citado 28 nov 2013]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>
132. Definición de sueño [Serie Internet] [Citado Febrero de 2011] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde: <http://vivirsalud.imujer.com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir>.
133. La enciclopedia libre: definición de higiene [citado 12 nov 2013]. Desde URL: [http://es. www .org/ hpi/Higiene](http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene)
134. Aldecoa, J. Higiene personal, Cuidados de Enfermería en la Higiene Escolar Ed.2, Temas de Hoy Madrid, 2001
135. Londoño, I. examen médico periódico, Restrepo Presidente Federación Médica Colombiana See more at: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas->

medicas/heraldo-medico/vol2422902/heraldo2422902examen/#sthash U8B7iTv
L.dpuf.

136. Exámenes Médicos. Conceptos [Artículo en internet]. [Citado 2011 Feb. 10]
[Alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL: [es. Phht.www.org/examen.
Medico permanente/ exámenes médicos.](http://es.phht.org/examen.Medico-permanente/exámenes-médicos)
137. Definición ABC. Definición actividad física, [Documento en internet]; 2012.
[Citado 2013 Noviembre]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
[http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php.](http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php)
138. Actividad física y enfermedad. [Serie en internet]; 2005. [Citado Junio 2006].
[Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.salud/fisica/actividad/.pe>
139. García, F. Actividad física: su valoración e importancia. Rev Cubana 59 (3):
411-424. 1988.
140. Definición sobre clasificación de alimentos, [documento en internet] [citado 29
marzo], 2009 .Perú .Disponible desde el URL: [glicedis. Blogspot com/2009
/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc concepto-clasificacion.html.](http://glicedis.blogspot.com/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc-concepto-clasificacion.html)
141. Organización mundial de la salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario,
actividad física y salud. [1 de diciembre del 2013]. Desde URL: [http://www
.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es.](http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es)
142. Coca chacchado-costumbres. [Artículo en Internet]. [Citado Jun. 22]. [Alrededor
de 1 Pantalla]. Disponible desde: [http://nestor costumbres. blogs. com/2012/01
el-chacchado-de-coca.html.](http://nestor-costumbres.blogspot.com/2012/01/el-chacchado-de-coca.html)
143. INEI reportes estadísticos [pantalla de internet][citado julio 2008] Disponible
desde [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/
Lib0382/cap-04.](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib0382/cap-04)

144. Instituto Nacional de estadísticas e informática (INEI) [portada en internet] [citado agosto. 22-2012]. [1 pantalla libre] Publicado desde. www.ine.gov.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf.
145. Actividad física. [Artículo en Internet]. [Modificado Feb. 9]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: [publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace - ejercicios – 17070](http://publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace-ejercicios-17070).
146. Villavicencio, A. “Determinantes De La Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013” [tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Universidad católica los ángeles de Chimbote. Huaraz – 2013.
147. Aranda, J. “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura, 2013
148. Jacinto, G .Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
149. Garay, N. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II -Tacna, 2013. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Tacna– Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2014. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
150. Jiménez, L. Determinantes de la Salud en Adultos maduros sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote, 2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
151. Neyra, S. Determinantes de la Salud en Gestantes Adultas con Desnutrición del

Puesto de Salud de Unión. Chimbote –2012, [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014

- 152.Loyola, F. “Determinantes de la Salud en Escolares Con Bajo Rendimiento Académico. I.E José Gálvez Egusquiza-Chimbote 2012”. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2013. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.
- 153.Apoyo social y salud. [Artículo en internet]; 2003. [Citado 2004 septiembre]. [Alrededor de 1 pantalla] disponible en:www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/apoyo1711228x.pdf .
154. Barrón, A., Lozano, P., y Chacón, E. Apoyo y social de autoayuda. En A. Martín, E. Chacón y M. Martínez (Eds.), Psicología comunitaria. Madrid: Visor. (1988).
- 155.Domínguez, J. “Apoyo Social, Integración y Calidad de Vida de la Mujer Inmigrante en Málaga-2010”. [Tesis Doctoral]. [Universidad de Málaga]. Disponible desde: www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/1711228x.pdf.
- 156.Definición de apoyo organizado [disponible de una pantalla de internet] [http://www.estamos en la web. pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica-moquegua-apoyo-social](http://www.estamosenlaweb.pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica-moquegua-apoyo-social)
- 157.Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. [Artículo en internet]; 2007. [Citado en agosto 2008]. [Alrededor de 2 pantallas] Disponible en: <http://www.definicion/apoyo/teor/aplic.pdf>
- 158.Definición de institución de salud /Hospital_def_mx[pantalla de internet] Disponible desde el URL http://unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro_5a6.pdf.

159. Concepto de Instituciones de Salud. [Documento en internet]. Panamá. 2006. [Citado 2012 Jul. 17]. [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en ULR: <http://www.monografias.com>. Pdf.
160. Sanitas. Institución y Salud - vida. [Artículo en internet]. 2011 [citado 2013 Feb. 20]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html.
161. Conceptos de distancia. [Documento en internet]. Mexico .2008 [Citado 2014 may. 15]. [Alrededor de 12 pantallas].Disponible desde:<http://deconceptos.com/distancia>.
162. Pumain, D. Distancia. [Documento en internet]. [citado 15 de Set. 2013]. Disponible desde: <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article162>.
163. Organización Mundial de Salud (OMS). Definición de seguro social de salud en el Perú 2011.[citado en diciembre del 2011].[alrededor de 2 páginas libres] disponible en. [http:// OMS. Monografías.com/.pe /](http://OMS.Monografias.com/.pe/).pdf.
164. Seguro de salud, definiciones y más. Disponible en: [www.minsa.gob.pe/SIS/Decretos y Ordenanzas Gubernamentales](http://www.minsa.gob.pe/SIS/Decretos%20y%20Ordenanzas%20Gubernamentales).
165. Organización mundial de la salud: Seguro integral de la salud [documento en internet] Disponible desde URL: <http://www.geosalud.com/segurosalud>.
166. Ministerio de salud –seguro social-[artículo publicado en internet]Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/SIS/sis%20diresa.html>.
167. Aniorte, N. Salud y Calidad. [Monografía de internet]. Vida Saludable. Fundación de la Salud. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible en ULR: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html.

168. Calidad de atención. [Artículo en Internet]; 2005. [Citado en Diciembre 2006]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.calidad/atecion/salud/.pdf>.
169. Definición – Calidad, Salud. [Serie en Internet]; 2012. [Citado en Marzo 2013]. [Alrededor de 1 Pantalla]. Disponible en: <http://www.definicion/calidad/salud/2013.html>.
170. Definiciones. De. Definiciones de Pandillaje. [Monografía de internet]. España Definiciones De. [Citado 2013 My. 18]. [a pantalla]. Disponible en ULR: <http://definiciones.de/pandillaje/>.
171. Pandillas Juveniles [pantalla de internet] [citado 28 julio 2006] Disponible desde: <http://blog.pucp.edu.pe/item/6107/pandillas-juveniles-definicion-y-causas>.
172. Prado, G. Las pandillas aumentan y son más violentas en Lima Párrafo: [Reporte de internet]. [Citado set. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde: <http://peru21.pe/noticia/278049/pandillas-aumentan-son-mas-violentas-lima,2003>
173. INEI reportes estadísticos [pantalla de internet] [citado julio 2008] Disponible desde http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0382/cap-0
174. Instituto Nacional de estadísticas e informática (INEI) 2006 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2009]. [pantalla libre]. disponible en publimero.pe/actualidad/noticia-60-apoyo-social-organizado.
175. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005, Perú. [Documento en internet] Disponible desde: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>.
176. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Reporte de pandillaje. [Serie en Internet]. [Citado set. 6]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: peru21.pe > ... > Delincuencia es el mayor problema de los limeños.
177. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población. [Marco

Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2009. [Citado 2010 Marz.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/economia/marco_conceptual_cpv2010.pd

178.Ortiz, C. tiempo de espera para ser atendidos [210] [1 pantalla libre] Desde URL:<http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales>.

179.Definición de calidad según la OMS [pantalla de internet] [citado setiembre 2014].- Disponible desde: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.php>.

180.INEI reportes estadísticos [pantalla de internet][citado julio 2008]Disponible desdehttp://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib0382/cap-0



ANEXO N° 01



DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE 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 = 204

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:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (532)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (532-1)}$$

n = 135 adultos



ANEXO N° 02



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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP –MONTERREY – HUARAZ, 2013**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

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

Grado de instrucción:

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

Ingreso económico

- Menor de 750 ()

- De 751- 1000 ()
- De 1001-1400 ()
- De 1401-1800 ()
- De 1801 a más ()

Ocupación:

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

II.-DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

Tipo:

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

- Eternit ()

Material de las paredes:

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

Abastecimiento de agua:

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

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

Tipo de alumbrado:

- Sin energía ()

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

Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Actualmente fuma?

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

¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

Número de horas que duerme:

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

Cuál es la frecuencia con la que se baña:

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

Usted realiza examen médico periódico

Si () 2 No ()

Usted realiza alguna actividad física:

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

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

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

DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Percibe algún apoyo social natural:

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

Percibe algún apoyo social organizado:

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()
- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()

- No recibo ()

Percibe algún Apoyo social organizado:

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

Indique en que institución de salud se atendió:

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

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

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

Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

- Muy largo ()
- Largo ()
- Regular ()

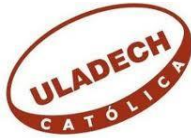
- Corto ()
- Muy corto ()
- No sabe ()

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

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

Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda

Si () No ()



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP - MONTERREY - HUARAZ, 2013

Validez de contenido:

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

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

n = número de expertos que indican esencial.

N = número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE CHURAP – MONTERREY- HUARAZ – 2013.”. (Ver anexo 03).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es.
Esencial?
Útil pero no esencial?

No necesaria?

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

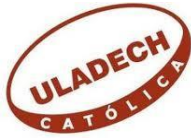
Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficiente De Validez Total} = \frac{\sum CVR_i}{\text{Total De Reactivos}}$$

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

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



ANEXO N° 04



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE CHURAP – MONTERREY-HUARAZ, 2013

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

N°	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
										25,500

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

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

P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
VI. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD									
P25									
Comentario:									
VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO N° 05



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE
CHURAP - MONTERREY - HUARAZ, 2013

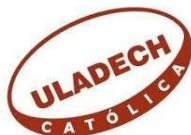
NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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



ANEXO N° 06



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE
CHURAP - MONTERREY - HUARAZ, 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