

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
BARRIO DE PARCO GRANDE – POMABAMBA-
ANCASH, 2014.**

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

AUTORA:

Bach. Enf.: ANA MARÍA VILLANUEVA SOLORZANO.

ASESORA:

Mgtr. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA.

HUARAZ – ANCASH

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ
PRESIDENTE

Mgtr. FRANK RONALD ALCÁNTARA BLAZ
SECRETARIO

Mgtr. RUTH LYDA LUGO VILLAFANA
MIEMBRO

4.1. Agradecimientos:

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica los
Ángeles de Chimbote sede Huaraz
por la oportunidad que me brinda
para poder seguir mis estudios, en
especial a mi asesora, Mgtr. Rocío
Belú Vásquez Vera, por haberme
guiado durante el transcurso de esta
investigación.

A los pobladores del barrio de
Parco Grande Distrito, Provincia
de Pomabamba que participaron
e hicieron posible el desarrollo
de esta investigación, por haber
mostrado colaboración durante
la aplicación de las encuestas.

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A DIOS, por darme día a día la fortaleza necesaria para seguir adelante y la salud.

A mis PADRES, con mucho amor por haberme apoyado en cada momento, en especial a mi madre, ayudándome a valorar la vida, por sus consejos sus valores y a mi amada hija Jeamile ya que ella es mi razón, mi motivo de seguir adelante y lograr mis objetivos.

ANA

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo - descriptivo, diseño de una sola casilla, tuvo como objetivo identificar los determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba. La muestra estuvo conformada por 136 adultos, para la recolección de datos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de salud. El análisis y procesamiento de datos se hizo con el paquete Software SPSS/20.0. Las conclusiones fueron: en los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad perciben menos de 750 soles; más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, grado de instrucción secundaria completa/ incompleta, trabajo eventual. Los determinantes del entorno físico: más de la mitad duermen en una habitación 2 a 3 miembros, la mayoría tienen vivienda unifamiliar; casa propia, piso de tierra, paredes de adobe, cocinan con leña, recogen la basura diariamente; casi todos tienen baño propio, energía eléctrica permanente; todos tienen techo teja, conexión de agua domiciliaria, eliminan la basura en carro recolector. En los determinantes de estilos de vida: menos de la mitad consumen carne, frutas 3 a más veces/semana y otros 1 o 2 veces/semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, no se realizan examen médico periódico, consumen hortalizas y verduras, huevos 3 a más veces/semana, pescado 1 vez/semana; la mayoría duermen entre 6 a 8 horas diarias, se bañan 4 veces/semana, no realizan actividad física, casi todos consumen fideos, arroz, papa, pan y cereales diariamente. En los determinantes de redes sociales y comunitarias: más de la mitad no reciben apoyo de algunas organizaciones sociales, la distancia y tiempo de espera en atención de salud fue regular, la mayoría no recibe apoyo natural, se atendieron en hospital, tipo de seguro salud SIS (MINSA), califican regular la calidad de atención, casi todos no reciben apoyo organizado y mencionan que no hay pandillaje cerca de su casa.

Palabras clave: Determinantes de la salud, Adultos.

ABSTRACT

This work of quantitative research - descriptive design one box. It aimed to identify the determinants of health of adults in the neighborhood of Parco Grande-Pomabamba. The sample consisted of 136 adults, for data collection questionnaire on health determinants applied. Analysis and data processing was done with the software SPSS / 20.0 package. The findings were: in the biosocioeconómicos determinants: less than half earn less than 750 soles; more than half are female, mature adults, degree of complete / incomplete secondary education, temporary work. The determinants of the physical environment: more than half sleeping in a room two to three members, most have single-family dwelling; home, floor, walls of adobe, cook with firewood, collect garbage daily; almost all have their own bathroom, permanent electricity; all have tile roof, household water connection, eliminate waste in collector car. The determinants of lifestyles: less than half eat meat, fruits 3 more times / week and 1 or 2 other times / week; more than half do not smoke, drink alcohol occasionally, no periodic medical examination is carried out, consume vegetables and vegetables, eggs 3 or more times / week, fish 1x / week; most sleep between 6 to 8 hours daily, bathe 4 times / week, do not exercise, almost all consume noodles, rice, potatoes, bread and cereals daily. The determinants of social and community networks: more than half do not receive support from social organizations, distance and waiting time in health care was fair, most do not receive natural support, they were treated in hospital, type of health insurance SIS (MOH) qualify regulate the quality of care, almost all receive no organized support and mentioned that there is no gang near her home.

Keywords: Determinants of Health, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
4.1. Agradecimientos:	iv
4.2. Dedicatorias:	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
2.1 Antecedentes:	11
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.	13
III. METODOLOGÍA.	19
3.1. Tipo y nivel de investigación.	19
3.2 Diseño de la 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:	29
3.6 Procesamiento y análisis de datos:	32
3.7 Consideraciones Éticas.....	32
IV. RESULTADOS:	34
4.1 Resultados	34
4.2. Análisis de Resultados:	42
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	90
5.1 Conclusiones.	90
5.2 Recomendaciones.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	34
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA, 2014.	
TABLA N° 02.	35
DETERMINANTES DE SALUD DEL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA, 2014.	
TABLA N° 03	38
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA, 2014.	
TABLA N° 04.	40
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA, 2014.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como finalidad identificar los determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande –Pomabamba, 2014. 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 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 salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las 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 de 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 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 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 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 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 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 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 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 funcionamiento 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)**.

En cuanto 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 hay 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 afiliado hace el 62,77%. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponden a las zonas urbano marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas **(18, 19)**.

Esta realidad no es ajena a los adultos del barrio de Parco Grande, que se encuentra ubicado en el Distrito de Pomabamba, Provincia de Pomabamba, departamento de Ancash, limitando por el Sur: con el barrio de Parco Chico, por el Norte: con las comunidades campesinas Socci y Putaca, por el Oeste: con el rio de Pomabamba y por el Este: con el barrio de Huajtachacra y con la comunidad de Pauchos **(20)**.

En el barrio de Parco Grande habitan aproximadamente 432 habitantes de los cuales 210 personas son adultos que se dedican al trabajo en distintos ámbitos para poder dar alimentación a su familia. Este barrio cuenta con todos los servicios básicos (agua potable, desagüe, energía eléctrica), con un horario establecido las 24 horas. Así mismo cuenta con una losa deportiva, con una institución educativa inicial de Pumacucho, con escuela Primaria de menores N° 84296 de Pumacucho, tiene dos jirones principales: Jr. San Francisco y prolongación Jr. Huaraz que no está

pavimentado solo es asfaltado en temporadas de la lluvia es lodoso dificulta para caminar y en los meses de verano al transcurrir los automóviles levantan mucho polvo, cuenta con un molino de granos que es fundamental porque los habitantes utilizan para preparar harinas de los cereales, también cuenta con un horno para fabricar las tejas, ladrillos, cuenta con un riachuelo que divide a Parco Chico y Parco Grande, también cuenta con autoridades políticas y representantes de diferentes sectores (20).

El barrio de Parco Grande se encuentra aproximadamente a 20 minutos al Hospital de Apoyo Antonio Caldas Domínguez de Pomabamba, donde se brinda atención de salud integral al adulto casi todos ellos se encuentran asegurados en el Seguro Integral de Salud (SIS). Los servicios que ofrece este hospital a los adultos son: dos consultorios externos de medicina, un consultorio dental, consultorio ecográfico, rayos x, laboratorio, tópico de emergencia, un consultorio de planificación familiar, un consultorio de gineco-obstetricia, un consultorio de nutrición, dos consultorios de crecimiento y desarrollo (CRED), un consultorio de estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones (ESNI), una farmacia, hospitalización, consultorio de psicología. En cuanto a los profesionales que cuanta tenemos: seis médicos cirujanos generales, un cirujano dental, un tecnólogo médico, nueve enfermeras, dos nutricionistas, un químico farmacéutico, cuatro obstetricas, técnicos de enfermería, un psicólogo, dos técnicos de laboratorio. Las enfermedades más frecuentes en el adulto de este barrio son: estrés, sobrepeso, diabetes, enfermedades cardiovasculares, infecciones agudas de las vías aéreas, parasitosis, presencia de caries dental (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 barrio de Parco Grande-Pomabamba, 2014?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande-Pomabamba.

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

Identificar los determinantes de la salud biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen los adultos, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del barrio de Parco Grande-Pomabamba.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud de los adultos y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba.

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 el Hospital de Apoyo “Antonio Caldas Domínguez” de Pomabamba, porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud de los adultos del barrio de Parco Grande de Pomabamba 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 área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: las autoridades provinciales como la municipalidad Provincial de Pomabamba, Red de Salud Conchucos Norte, Unidad de Gestión Local Pomabamba (UGEL-P), así como para los adultos del barrio de Parco Grande; 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 DE LA LITERATURA:

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), realizó la investigación “Determinantes Socio económicos 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.

Gonçalves (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 titulada “La percepción del Estado de salud: una Mirada a las Regiones desde la Encuesta de Calidad de Vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional

Rodríguez, Q. (22), en su investigación titulada “Determinantes del Desarrollo Humano en Comunidad Rural, Centro Poblado Menor Dos de Mayo Amazonas”, 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 los 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.

A nivel local

Melgarejo, E. y col (23), en su investigación titulada: “Determinantes de 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.

Valverde, L. (24), en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “B” Huaraz, 2013”, tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector “B”; utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvo 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 sistema integral de salud (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 Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificarlos 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 vea gravado 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 a 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 salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

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

Diseño de una sola casilla (30, 31).

3.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 210 personas que residen en el barrio de Parco Grande-Pomabamba, del departamento de Ancash.

Muestra: El tamaño de la muestra fue determinado con nivel de confianza de 95% y un margen de error permisible del 5%. Aplicada la técnica de muestreo aleatorio simple obtuvimos una muestra de 136 adultos de ambos sexos que residen en el barrio de “Parco Grande” del Distrito de Pomabamba, de la Provincia de Pomabamba, del Departamento de Ancash. (Anexo N° 01)

Unidad de análisis

Los adultos que residen en el barrio de Parco- Grande, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que vive más de 3 años en barrio de Parco Grande Pomabamba.
- Adultos sanos.
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informante sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión

- Adulto que tuvo algún trastorno mental.
- Adultos que no desearon participar en el estudio.

3.4 Definición y Operacionalización de Variables.

DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo

Definición Conceptual.

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

Definición operacional

Escala nominal

- Masculino.
- Femenino.

Edad

Definición Conceptual

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (33).

Definición operacional

Escala de razón:

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

Grado de instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (34).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel de instrucción
- Inicial / Primaria

- Secundaria completa / Secundaria incompleta
- Superior universitaria
- Superior no universitaria

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

Ocupación:

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Nominal

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

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO

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

Escala nominal

Tipo

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

Tenencia de vivienda

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

Material del piso

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

Material del techo

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe

- Material noble ladrillo y cemento
- Eternit

Material de las paredes

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

Número de personas en un dormitorio

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta

- Tuza (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Tipo de alumbrado de la vivienda

- 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 recogen la basura por su casa

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

Suelen eliminar su basura en algún lugar

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- 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

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duerme

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

Frecuencia con que se bañan

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

Se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de Salud

Escala nominal

Sí () No ()

Actividad física en tiempo libre que realiza

- Camina
- Deporte
- Gimnasia
- No realizó

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

Tipo de actividad

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

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de 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.

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).

Definición Operacional

Escala ordinal

Recibe apoyo social natural:

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

Recibe algún apoyo social organizado:

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

Recibe apoyo de algunas de estas 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).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Utilización de un servicio de salud en los 12 últimos meses

Escala ordinal

Sí () No ()

Institución de salud atendida

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

Lugar de atención donde lo atendieron:

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

Tipo de seguro

- ESSALUD
- SIS-MINSA

- SANIDAD
- Otros

Tiempo que esperó en la atención

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

La calidad de atención recibida

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

Pandillaje o delincuencia cerca a su casa

Escala nominal:

Sí ()

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 detalla a continuación:

Instrumento N° 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande – Pomabamba que estaba constituida 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 biosocioeconómico de los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo) y los determinantes del entorno físico de los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida de los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba: (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba: 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 salud de los adultos de las Regiones del Perú desarrollada por Mgtr. 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 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).

$$(-1)/k$$

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 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 considera los siguientes aspectos:

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

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/ info /software versión 20.0 se presentan los datos en tablas simples.

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 las personas que la investigación es anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

Se informó a los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos del barrio de Parco Grande - Pomabamba 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 BARRIO DE PARCO GRANDE- POMABAMBA, 2014.

Sexo	N	%
Masculino	55	40,4
Femenino	81	59,6
Total	136	100
Edad	N	%
Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días)	43	31,6
Adulto Maduro (de 30 a 59 años 11 meses 29 días)	80	58,8
Adulto Mayor (60 a más años)	13	9,6
Total	136	100
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel instrucción	15	11,0
Inicial/Primaria	24	17,6
Secundaria Completa/ Incompleta	77	56,6
Superior Universitaria	5	3,7
Superior no universitaria	15	11,0
Total	136	100
Ingreso económico (soles)	N	%
Menor de 750	63	39,4
De 751 a 1000	43	26,9
De 1001 a 1400	22	13,8
De 1401 a 1800	8	5,9
De 1801 a más	0	0,0
Total	136	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	19	14,0
Eventual	84	61,8
Sin ocupación	12	8,8
Jubilado	3	2,2
Estudiante	18	13,2
Total	136	100

Fuente: Cuestionario sobre Determinantes de Salud elaborado por Rodríguez y Vílchez, A. aplicado a los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, febrero, 2014.

TABLA N° 02.

**DETERMINANTES DE SALUD DEL ENTORNO FÍSICO DE LOS
ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE- POMABAMBA, 2014.**

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda Unifamiliar	98	72,1
Vivienda Multifamiliar	38	27,9
Vecindad, quinta choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	136	100
Tenencia	N	%
Alquiler	16	11,8
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
alquiler Venta	0	0,0
Propia	120	88,2
Total	136	100
Material del piso	N	%
Tierra	101	74,3
Entablado	10	7,4
Loseta, vinílico o sin vinílicos	25	18,4
Laminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	136	100
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	136	100
Estera y adobe	0	00,0
Material noble ladrillo y cemento	0	00,0
Eternit	0	00,0
Total	136	100
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	123	90,4
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	13	9,6
Total	136	100
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	25	18,4
2 a 3 miembros	95	69,9
Independiente	16	11,8
Total	136	100

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red publica	0	0,0
Conexión domiciliaria	136	100
Total	136	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	5	3,7
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño publico	0	0,0
Baño propio	131	96,3
Otros	0	0,0
Total	136	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	40	29,4
Leña, Carbón	96	70,6
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	136	100
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	2	1,5
Lámpara (no eléctrica)	3	2,2
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	131	96,3
Vela	0	0,0
Total	136	100
Disposición de basura	N	%
Acampo abierto	0	0,0
Al rio	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierran, quema, carro recolector	136	100
Total	136	100
Frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	128	94,1
Toda la semana pero no diariamente	8	5,9
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	136	100

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	136	100
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específicos de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	136	100

Fuente: Cuestionario sobre Determinantes de Salud elaborado por Rodríguez y Vílchez, A. aplicado a los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, febrero, 2014.

TABLA N° 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE - POMABAMBA, 2014.

Fuma actualmente	N	%
Sí fumo, diariamente	8	5,9
Sí fumo, pero no diariamente	15	11,0
No fumo actualmente, pero he fumado antes	36	26,5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	77	56,6
Total	136	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	3	2,2
Una vez al mes	8	5,9
Ocasionalmente	74	54,4
No consumo	51	37,5
Total	136	100
N° de horas que duerme	N	%
6 a 8 horas	98	72,1
8 a 10 horas	38	27,9
10 a 12 horas	0	0,0
Total	136	100
Frecuencia con que se bañan	N	%
Diariamente	21	15,4
4 veces a la semana	115	84,6
No se baña	0	0,0
Total	136	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Sí	49	36,0
No	87	64,0
Total	136	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Camina	4	2,9
Deporte	33	24,3
Gimnasia	0	0,0
No realizo	99	72,8
Total	136	100

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	9	6,6
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	10	7,4
Ninguna	117	86,0
Total	136	100

Alimentos que consume:	Diario		3 o más veces a la Semana		1 o 2 a la semana		Menos de un vez a la semana		Nunca o casi Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	16	11,8	66	48,5	44	32,4	10	7,4	0	0,0
Carne	32	23,5	54	39,7	42	30,9	6	4,4	2	1,5
Huevos	17	12,5	74	54,4	26	19,1	15	11	4	2,9
Pescado	19	14	4	2,9	36	26,5	76	55,9	1	0,7
Fideos, arroz, papa	134	98,5	1	0,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Pan, cereales	135	99,3	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verduras y hortalizas	19	14	78	57,4	28	20,6	6	4,4	5	3,7
Otros	11	8,1	18	13,2	54	39,7	33	24,3	20	14,7

Fuente: Cuestionario sobre Determinantes de Salud elaborado por Rodríguez y Vélchez, A. aplicado a los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, febrero, 2014.

TABLA N° 04.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE- POMABAMBA, 2014.

Recibe algún apoyo social natural	N	%
Familiares	13	9,6
Amigos	7	5,1
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	116	85,3
Total	136	100
Recibe algún apoyo social organizado	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	6	4,4
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	130	95,6
Total	136	100
Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:	N	%
Pensión 65	13	9,6
Comedor popular	0	0,0
Vaso de leche	35	25,7
Otros	13	9,6
No recibo	75	55,1
Total	136	100
En que institución de salud se atendió	N	%
Hospital	102	75,0
Centro de salud	30	22,1
Puesto de salud	0	0,0
Clínicas particulares	4	2,9
Otros	0	0,0
Total	136	100
Distancia de lugar de atención de salud	N	%
Muy cerca de su casa	35	25,7
Regular	71	52,2
Lejos	26	19,1
Muy lejos de su casa	4	2,9
No sabe	0	0,0
Total	136	100

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	30	22,1
SIS-MINSA	106	77,9
SANIDAD	0	0,0
OTROS	0	0,0
Total	136	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	10	7,4
Largo	17	12,5
Regular	92	67,6
Corto	13	9,6
Muy corto	4	2,9
No sabe	0	0,0
Total	136	100
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	0	0,0
Buena	30	22,1
Regular	99	72,8
Mala	7	5,1
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	136	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Sí	2	1,5
No	134	98,5
Total	136	100

FUENTE: Cuestionario sobre Determinantes de Salud elaborado por Rodríguez y Vílchez, A. aplicado a los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, febrero, 2014.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA N° 01

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes biosocioeconómicos, de los adultos participantes que residen en el barrio de Parco Grande-Pomabamba, 2014. Se observa que del 100% (136) de personas adultas que participaron en el estudio, el 59,6% (81) son de sexo femenino, 58,8% (80) son adultos maduros, 56,6% (77) tienen educación secundaria completa/ incompleta, 39,4% (63) perciben un ingreso menor de 750 soles y 61,8% (84) tienen trabajo eventual.

Los resultados del presente estudio se relacionan con el estudio realizado por Chinchay, M. (46), en su estudio denominado “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. Quien reportó que el mayor porcentaje de los adultos en un 51,5% -101- son de sexo femenino, 54,6% -107- son adultos jóvenes comprendida entre 20 a 40 años, 39,3% -77- de los adultos con grado de instrucción secundaria completa/incompleta, en cuanto al ingreso económico el 43,4% -85- tienen ingreso económico menor a 750 soles y el 29,1% -57- tienen trabajo eventual.

Estos resultados son similares a los encontrados por Pajuelo, A. (47), en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013.” Quien obtuvo que el 59% -133- son de sexo femenino, 52% -116- comprenden una edad entre 20 a 40 años, 36% -80- tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 42 % -94- realizan trabajos eventuales y el 54% -120- tienen un ingreso menor a 750 soles mensuales.

Así mismo es similar con los resultados encontrados por López, R. (48), en su estudio denominado “Determinantes de Salud en Comerciantes Adultos Maduros Mercado los Cedros-Nuevo Chimbote, 2013”. Quien reportó que del 100% -105- adultos maduros encuestados, 78% -82- son de sexo femenino, 74% -78- tienen nivel secundaria completa/incompleta, 56% -59- tiene ingreso económico 751 a 1000 soles. De igual

modo los resultados son similares con los resultados obtenidos por Rivera, S. (49) en su estudio denominado “Determinantes de Salud en los Adultos H.U.P. Las Brisas III Etapa - Nuevo Chimbote, 2013”, quien concluyó que el 100% de los adultos encuestados, 52% -85- son de sexo femenino, 58% -95- son adultos maduros edad comprendida entre 30 a 59 años, 62% -101- tiene un ingreso inferior a 750 soles, pero difieren en el grado de instrucción el 40% -66- tienen superior universitario, ocupación el 37% -60- tiene trabajo estable y el 23% -38- sin ocupación (amas de casa).

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

Un estudio que difiere es el realizado por Gonzales, A. (51), en su estudio “Estilos de vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta Joven del A.H. Vista Alegre Chimbote, 2012”. Quien reporto que en los factores biológicos un 51% son de sexo masculino, 35,1% son estudiantes, 36,2% tienen un ingreso económico de 600 a 1000 soles; pero son similares en el grado de instrucción donde el 50% tienen secundaria completa.

De igual forma difiere con lo obtenido por Regalado, G. (52), “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos Carhuaz, 2012”. Donde concluyó que en el factor biológico 49,4% tienen una edad comprendida entre los 36 a 59 años y el 58% son de sexo masculino, en los factores culturales 34,6% tienen primaria incompleta, en los factores sociales 40,7% tiene como ocupación otros trabajos y el 53,4% tienen un ingreso económico de 1000 a 1500 soles.

El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: el sexo masculino produce gametos masculinos (espermatozoides) mientras que el de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos), los organismos individuales que producen

tanto gametos masculinos como gametos femeninos se denominan hermafroditas. Con frecuencia, las diferencias físicas se asocian con el sexo del organismo; este dimorfismo sexual puede reflejar las presiones reproductivas diferentes que cada sexo experimenta. Se habla de sexo femenino como la diferencia entre el hombre y la mujer por criterios. Entre ellos las características anatómicas y cromosómicas **(53)**.

En español, la palabra sexo (del latín *sexus*, y ésta del verbo *secare*, cortar) tiene varios significados: En la mayoría de las especies, los miembros pueden dividirse en dos grupos, diferenciados por su sexo o género. Por lo general, existen dos sexos: macho y hembra, en el caso de la especie humana se utilizan preferentemente los términos masculino y femenino. Esta distinción depende del órgano sexual del individuo, distinto para cada género. Sexo también se refiere a cualquier actividad que genere una buena sensación dentro del cuerpo o en los genitales de un hombre o una mujer **(54)**.

El sexo se define como una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal **(55)**.

Sexo femenino desde el punto de vista biológico, es aquel el ser humano que, producto de la fertilización del óvulo por parte del espermatozoide, porta los cromosomas XX. Así, en el aspecto anatómico, el sexo femenino contará con un sistema reproductivo constituido por los siguientes órganos sexuales: ovarios, trompas de Falopio, útero vagina, vulva y senos. La función de estos órganos es tanto reproductora como maternal y se encuentra coordinada en forma específica por componentes endocrinos, neurológicos y conductuales **(55)**.

El término edad, proveniente del latín, tiene varios significados, pero todos ellos relacionados con una medida de tiempo que ayuda a la comprensión y a la organización. Cuando hablamos de la edad de las personas, estamos hablando de la cantidad de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la misma, hasta el presente. La edad de las personas se mide en años (o en meses en el caso de los bebés), cada uno de ellos de 12 meses o 365 días. La edad en los individuos permite establecer distintas etapas de la vida humana, que comienza con la gestación y finaliza con la muerte. La persona, a lo largo de su vida, recorre el siguiente camino de etapas: niñez, pubertad, adolescencia, juventud temprana, juventud adulta, adultez, y ancianidad o vejez. También se usa muchas veces, la palabra edad, como sinónimo de vejez; por ejemplo: Ricardo es una persona de edad (una persona “entrada en años”) (56).

La edad está referida al 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. La etapa de madurez del adulto llega a la cúspide cuando es padre o madre, hijo y/o abuelo; es ahí cuando se adquiere la responsabilidad para asumir múltiples roles de manera simultánea dirigidas a lograr un estado óptimo de salud y bienestar (57).

Según Bugeda, S. (58), la edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En el caso de un ser humano, generalmente se expresa como un número entero de años o como un número entero de años y meses. El adulto joven es la etapa de madurez física, corporal y el funcionamiento óptimo de todo el organismo de acorde con los cambios sexuales y las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan que va desde los 18 hasta los 35 años.

Grado de instrucción es considerado un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida. El nivel de estudios distingue bastante bien a los sujetos con distinto estado de salud, pues los

individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud **(59)**.

El grado de instrucción es la capacidad que el individuo está en adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia. Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integrados en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejorar tanto en ámbitos individuales como colectivos **(59)**.

Grado de instrucción es la capacidad de cada persona de concluir los años escolares y superiores para así ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en el ámbito individual como colectivo, demostrando así sus capacidades cognitivas, conceptuales, actitudinales y procedimentales **(59)**.

El ingreso económico de un individuo depende del grado de instrucción que haya recibido por lo que se considera vital tratar de que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto a acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye la salud. Las personas consideran que el empleo es una necesidad principal ya que una fuente de trabajo permite obtener un ingreso fijo para cubrir problemas básicos como la alimentación, educación, vivienda y salud **(60)**.

El ingreso económico es definido como 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 **(60)**.

Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc. El tipo de ingreso que recibe una persona o una empresa u organización depende del tipo de actividad que realice (un trabajo, un negocio, una venta, etc.). El ingreso es una remuneración que se obtiene por realizar dicha actividad **(60)**.

Álvarez, L. (61) Define ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de abajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares.

La ocupación es definida como la 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 (62).

Para Moncada, F. (63), la ocupación se define como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos.

El trabajo eventual es una modalidad contractual que engloba aquellas formas laborales en las cuales está ausente por completo la idea de permanencia o estabilidad del trabajador. Precizando más el concepto, podría decirse que este tipo de contrato se caracteriza por establecer, entre las partes (empleador y trabajador), una relación laboral de carácter transitorio, accidental, u ocasional, que se realiza para obtener un resultado concreto, a través de la prestación de algún servicio o la realización de alguna obra de parte del dependiente (63).

En cuanto a los resultados obtenidos de los adultos del barrio de Parco Grande-Pomabamba en relación al sexo se observa que más de la mitad de adultos son de sexo femenino probablemente puede ser porque la probabilidad de nacimientos del sexo femenino es mayor que el nacimiento de niños de sexo masculino, esto explicaría la existencia del predominio de mujeres en la población de estudio. Otro motivo es que la morbilidad del sexo masculino es mayor que la del sexo femenino, esto explicado porque los varones son los que salen a trabajar a realizar algunas labores más rudas que los expone a mayor riesgo de enfermar o morir.

Las estadísticas en el Perú corroboran lo mencionado anteriormente como que las mujeres son mayoría, al sumar más de 15,3 millones de los más de 29 millones de habitantes que tiene el país, y cada vez son más la que conducen los hogares, según un informe oficial publicado con motivo del Día Internacional de la Mujer. Las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) precisaron que en el país hay 15 millones 375 mil 288 de mujeres, con una edad promedio de 30 años y una esperanza de vida de 77 años **(64)**.

De los resultados obtenidos, podemos observar que más de la mitad de los entrevistados son adultos maduros, probablemente sea porque los jóvenes migran en busca de mejores oportunidades como es en el caso de estudios, ocupación. En esta etapa se caracterizan por tener responsabilidad familiar, ya que, en su mayoría, los adultos maduros ya tienen conformada una familia y/o tienen a cargo a sus padres; y responsabilidad laboral, porque tienen una familia que mantener. Otra causa es que los adultos maduros al constituir sus familias evitan salir del lugar a empezar nuevamente pues consideran que su lugar de residencia es una zona apacible, que les brinda tranquilidad y unión familiar, lo que no lo encontrarán en las grandes ciudades.

Este resultado coincide según presenta las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) porcentaje de la población en Perú por etapas de vida en el año 2014 las personas de 18 a 29 años representan un 21,4% y las personas de 30 a 59 años representan 35,2% **(65)**.

En cuanto al grado de instrucción se muestra que más de la mitad de los adultos en estudio tienen secundaria completa/ incompleta, esto se da porque muchos de ellos han dejado de estudiar por asumir sus responsabilidades familiares, además han llegado a tener sus hijos a temprana edad y cumplir con las obligaciones que requiere al formar una familia.

Otro motivo podría ser por la falta de instituciones de nivel superior y universitario ya que anteriormente solo existía un instituto de educación superior “Instituto Superior Público de Pomabamba” que solo formaban profesores. Hace pocos años se ha creado dos institutos de educación técnica privadas el “Instituto Privado Tecnológico

Sigmund Freud” que se creó el 03 junio del año 1998 con la RM N° 0391-98-ED, se ha revalidado el 14 de octubre del 2005 con la RD N°235- 2005-ED, que brinda profesiones técnicas como: técnico en enfermería, técnico en computación; y el I.E.S.T “Walter Peñalosa Ramella” fecha de creación con la RM N°0042-2011-ED el 28 de enero 2011, que brinda profesiones técnicas como: técnico en secretariado ejecutivo, técnico en computación; recientemente viene funcionando la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, que brinda escuelas profesionales en educación, derecho y contabilidad.

Los jóvenes que optan por estudiar otras carreras profesionales como ingeniería, medicina, derecho, etc., migran a ciudades capitales como Lima y a la ciudad de Huaraz. Al concluir sus estudios la mayoría no retorna prefieren buscar mejor estabilidad laboral y situación económica, para ellos y su familia quedándose muchas veces en la capital del departamento donde consideran que se desarrollaran mejor.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática dio a conocer los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - 2013), en la que se entrevistó a 97 mil 537 personas de todo el país, de las cuales 22 mil 920 son mujeres. La presentación de esta investigación estadística del INEI indica que el 47% de las entrevistadas tienen educación secundaria completa o algún ciclo de educación superior. La mitad de las mujeres en edad fértil tiene 10,3 años de estudios aprobados, es decir, no terminó educación secundaria **(66)**.

La población económicamente activa en el país alcanza los 16,1 millones de personas, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú la población económicamente activa (PEA) supera los 16,1 millones de personas. De ese total, el 10,49% no terminó la primaria, el 10,53% cuenta con primaria completa, el 16,11% no culminó la secundaria y un 27,55% concluyó su etapa escolar. Esto quiere decir que alrededor del 65% de la PEA ha pasado por el colegio, pero no cuenta con estudios superiores universitarios o técnicos. Al respecto, el presidente de la Sociedad Nacional de Industrias (SNI), Salazar, L. señaló que este indicador es un reflejo de la tasa de informalidad que existe en el Perú y que estaría afectando a siete de cada diez personas.

“Solo el 19,6% de la PEA está en la planilla en el sector privado”, afirmó” (67).

En cuanto al ingreso económico menos de la mitad de los adultos tiene un ingreso económico menor de 750 soles, esto hace que la persona disminuya su bienestar no pudiendo satisfacer sus necesidades básicas, afectando su calidad de vida, como también ocasiona un desequilibrio emocional y mental (estrés, ansiedad) debido al gran impacto que causa en el organismo. Con este dinero no es posible costear la canasta básica familiar, menos será cubrir otras necesidades de la familia. Sin embargo, se ayudan a tratar de cubrir la canasta con labores agrícolas y ganaderas, que dan un ingreso extra, pero aun así no se llega a cubrir la totalidad de la canasta familiar. La pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes, que no permiten adquirir los alimentos necesarios para tener un buen estado nutricional. El 26,9% que ganan más de 751 a 1000 soles son los adultos que trabajan en sector educación, salud como docentes, técnicos de enfermería, técnicos administrativos.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que la canasta básica familiar en 2013 fue de S/. 292 por cada persona de una familia. Por región natural, el valor de la línea de pobreza para el 2013 en la Costa ascendió a S/. 335 per cápita mensual, en la Selva fue de S/. 249 y en la Sierra S/. 238. En Perú las personas que gastan por encima de estos montos son considerados no pobres y si no es menor son pobres no extremos. Para ser considerado pobre extremo el mínimo de gasto mensual es de S/. 155, cifra que se elevó respecto del 2012 en que era S/. 151. A nivel de regiones naturales este mayor incremento se presenta sobre todo en la sierra donde crece 5,0%; por dominios se constata este crecimiento en la Sierra Rural y Sierra Urbana con un mayor incremento de 5,3% y 4,6%, respectivamente (67).

Referente a la ocupación se observa la mayoría con trabajos eventuales, este resultado puede ser debido al grado de instrucción que se obtuvo, por ello hay poca oportunidad de acceso a trabajos estables, los cuales 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, por tanto, no tienen un buen cuidado de su salud, pues están predispuestos a

una serie de accidentes y/o problemas físicos. También se caracterizan por tener como actividad principal la agricultura, la crianza de animales y el desempeño de trabajos eventuales como obreros. Otro grupo se dedican a comercializar, ya que algunos de ellos tienen pequeñas tiendas y a la vez terrenos de cultivo en donde producen papa, trigo y hortalizas que sirve para luego ser comercializadas en la localidad principalmente los días domingos que se organizan ferias, generando pequeños ingresos, aunque esto no permite cubrir el costo de la canasta familiar.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), menciona que 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. En algunas de las ocupaciones declaradas se observa diferencias marcadas en cuanto a la distribución de género, 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 **(68)**.

Finalmente, se concluye que los determinantes de salud biosocioeconómicos observados en el presente estudio muestran que la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones biosocioeconómicas de cada adulto, el grado de instrucción bajo, los escasos recursos económicos y el tipo de trabajo no estable los condiciona a tener factores de riesgo negativos que los expone a vivir en condiciones inadecuadas porque se relacionan estas variables con el estado de salud de las poblaciones.

TABLA N° 02

En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de los adultos del barrio de Parco Grande-Pomabamba, 2014, se observa que el 72,1% -98- tienen vivienda unifamiliar, 88,2% -120- tienen casa propia, 74,3% -101- el material del piso es tierra, 136% -100- material de techo es de teja, 90,4% -123- tienen material de paredes de adobe, 69,9% -95- duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, 100% -136- tienen conexión domiciliaria, 96,3% -131- cuentan con baño propio, 70,6% -96- cocinan con leña, 96,3% -131- tienen energía eléctrica permanente, 100% -136-

refieren que disponen su basura en carro recolector, 94,1% -128- que pasa diariamente el carro recolector recogiendo la basura y 100% -136- eliminan su basura en carro recolector.

Los resultados encontrados son similares al realizado por Pajuelo, A. (69), en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013”. En donde concluyó que el 60% -134- son de viviendas unifamiliares, 47% -105- tienen casa propia, 67% -149- piso tierra, 61% -136- pared de adobe, 67% -150- comparten 2 a más miembros el dormitorio, 100% -224- tiene agua de conexión domiciliaria, 99% -222- tienen baño propio, 100% -224- tienen energía eléctrica permanente y el 56% -125- refieren que el carro recolector pasan todas las semanas pero no diariamente, finalmente el 63% -140- suelen eliminar la basura vertiendo por el fregadero o desagüe; pero difiere en cuanto a 54% -120- techo de eternit, 94% -211- cocinan con gas, 89% -199- eliminan la basura a campo abierto.

Los resultados del presente estudio se relacionan con el estudio realizado por Shuan, E. (70), en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado- Huaraz 2013”. Quien reportó que el 93% -137- son de tipo unifamiliar, 93% -137- cuentan con casa propia, 97% -143- tienen material de piso de tierra, 97% -143- como material de paredes adobe, 52% -77- cuentan con 2 a más miembros que duermen en una habitación, 100% -148- con abastecimiento de agua en red pública, 66% -97- tienen como combustible para cocinar la leña , carbón, 100% -148- cuentan con el servicio eléctrico permanente 100% -148- recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; pero difiere en cuanto a que el 56% -83- tienen como material de techo eternit, 100% -148- elimina sus excretas al aire libre, 84% -124- realizan su disposición de basura en el río, 100% -148- eliminan la basura en montículos o a campo abierto.

Otro resultado que se asemeja es el estudio realizado por Chinchay, M. (71), en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”. Quien reportó que el 97,4% -191- tienen vivienda unifamiliar, 60,2% -118- cuentan casa propia, 59,7% -117- material de piso tierra, 62,2% -122-

material de pared de adobe, 63,8% -125- duermen en una cama de 2 a 3 miembros, en cuanto saneamiento ambiental 100% -196- tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% -196- tiene baño propio en cuanto a los servicios básicos, 98,5% -193- cuentan con alumbrado eléctrico permanente, 98,5% -193- disponen su basura en carro recolector, 100% -196- recogen la basura en carro recolector todas las semanas pero no diariamente y el 97,4% eliminan la basura en carro recolector; pero difiere en cuanto a 66,8% -131- techo de eternit, 61,2% -120- cocinan con gas y electricidad.

Los resultados encontrados también se relacionan con los resultados obtenidos por Ayala, J. (72), en su estudio denominado “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Bajo, Sector S, Huaraz-2013”. Quien reportó en cuanto al tipo de vivienda el 96,9% -155- cuentan con vivienda unifamiliar, 84,4% -135-, tienen casa propia, 50,6% -81- piso de tierra, 45,6% -73- refieren que duermen 2 a 3 miembros en una sola habitación, 96,8% -155- tiene conexión de agua domiciliaria, 73,2% -133- cuentan con baño propio, 93,7% -150- cuentan con energía eléctrica permanente, así mismo 72,5% -116- disponen la basura en carro recolector, 85,6% -137- refieren que recogen la basura todas las semanas pero no diariamente, 72,5% -116- refieren que eliminan la basura en carro recolector; pero difiere en que el 60% -96- tienen como techo material noble ladrillo cemento, 84,4% -135- de las viviendas tiene paredes de cemento/ladrillos y 67,5% -108- utilizan gas para cocinar.

Los resultados del presente estudio difieren con el estudio realizado por Rosales, C. (73), quien realizó un estudio denominado “Determinantes de Salud en Adultas Jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013”. Donde se observa que el mayor porcentaje 82% -142- tienen casa propia, 89% -126- tienen material de piso cemento, 96% -137- el material de paredes es de cemento, 38% -54- disponen de 3 habitaciones para descansar, 94% -134- tienen material de techo de cemento, 100% -142- cocinan con gas, 92% -131- el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente; así mismo son similares en cuanto a los servicios básicos tenemos: el 100% -142- tienen agua potable dentro de sus vivienda, 100% -142-, cuenta con red pública dentro de la vivienda y 100% -142-, tienen alumbrado eléctrico dentro de su vivienda.

Los resultados del presente estudio difieren con el estudio realizado por Quiñonez, L. (74), en su estudio “Proyecto Educativo Sobre Vivienda Saludable Dirigido a las Familias de la Comunidad las Peñas. Portoviejo. Provincia de Manabí, 2012”. Concluyó que el 12,3% no cuentan con casa propia, 13,4% poseen viviendas con piso de cemento, 13,4% pared de cemento, 34% techo de hormigón y madera, 55% refieren compartir el dormitorio cuatro a más miembros, 53% tienen letrinas, 25% se abastecen con agua de pozo, el 41% cuentan recolector de basura finalmente, 13% eliminan la basura a campo abierto. Se asemeja que el 21% utilizan leña o carbón para cocinar.

Otro estudio que difiere al estudio realizado por Alvarado, Y. (75), en su estudio denominado “Determinantes de Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven la Esperanza Baja-Chimbote, 2013”, concluye que el 96,6% tiene vivienda multifamiliar, el techo de la vivienda 99,2% es material noble, ladrillo y cemento, las paredes de la vivienda el 94,2% son de ladrillo y cemento, así mismo el número de dormitorios el 57,5% es independiente, el 100% utilizan gas para cocinar, 99,2% disponen su basura en el carro recolector; 55,8% la frecuencia que pasa el carro recolector es todas las semanas, pero no diariamente. Se asemeja en cuanto al piso de la vivienda el 52,5% es de tierra, en caso de abastecimiento de agua el 98,3% conexión domiciliaria, el 100% tiene baño propio dentro de la vivienda, respecto al tipo de alumbrado el 99,2% tiene alumbrado eléctrico permanente.

Otro estudio que difiere el estudio realizado por Abanto, Y. (76), en su estudio titulado “Determinantes de Salud en el Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. Villa España – Chimbote, 2013”, cuyos resultados muestran que las viviendas de los adultos mayores son de concreto, pero las paredes son de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan es de cemento y tierra.

Finalmente, un estudio que difiere es el obtenido por López, R. (77), en su investigación denominada “Determinantes de Salud en Comerciantes Adultos Maduros. Mercado Los Cedros - Nuevo Chimbote, 2013”, concluyó que el 68% -71- tienen material de piso de tierra, 70% -73- material de techo es de eternit, 50% -52- material de paredes de material noble, ladrillo y cemento, 50% -53- de madera y estera,

57% -60- duerme en una habitación independiente, 100% -105- utiliza gas para cocinar, 91% -96- refiere que el carro recolector de basura pasa al menos 2 veces por semana y el 72% -76- de ellos dejan su basura en lugar específico de recogida. Se asemeja en 97% -102- tiene vivienda unifamiliar y 98% -103- vivienda propia, 71% -75- cuentan con conexión domiciliaria de agua, 71% -75- baño propio para eliminación de excretas, 99% -104- energía eléctrica permanente y 93% -98- eliminan basura en el carro recolector.

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas **(78)**.

Una vivienda es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso, gracias a las habitaciones que ostenta en su interior, a las personas y todo lo que ellas traerán consigo como ser sus enseres y propiedades personales. Cuando mencioné lo del refugio, fue porque la vivienda, además de ofrecer un espacio para descansar y resguardar nuestras más inmediatas pertenencias, sirve además para protegernos de las inclemencias del tiempo y de algún otro tipo de amenaza natural que puede afectar nuestra tranquila existencia en caso de tener que vivir a la intemperie y a la suerte **(78)**.

El acceso a una vivienda digna es un derecho humano inalienable, ya que un techo inadecuado pelagra de forma directa contra la salud física y mental. La accesibilidad física, la inclusión de servicios básicos (como el agua potable, el gas y la electricidad) el respeto por las tradiciones culturales y la seguridad deben formar parte del derecho a la vivienda **(78)**.

Vivienda unifamiliar o nuclear se describe como un agrupamiento compuesto por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, todos bajo el mismo techo que ocupan la misma casa, en cambio la familia extensa incluye al resto de parientes y a varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia **(79)**.

Vivienda unifamiliar: estas son habitadas por una sola familia o persona y que suelen tener uno o dos pisos. Generalmente están rodeadas de alguna zona verde, por lo que no cuentan con vecinos adosados ni que vivan abajo o arriba. Dentro es este tipo de vivienda se encuentran el palacio, la villa, bungalow y el chalet **(79)**.

Vivienda multifamiliar es un recinto donde unidades de vivienda superpuestas albergan un número determinado de familias, cuya convivencia no es una condición obligatoria. El espacio está bajo un régimen de condominio, con servicios y bienes compartidos; tales como: Circulación (escaleras y ascensores) bajantes de basura. Estacionamientos, acometidas de servicios, áreas verdes y sociales (salón de usos múltiples, piscina, canchas deportivas, entre otros **(80)**).

La situación de tenencia de la vivienda es uno de los aspectos a considerarse dentro del concepto de vivienda adecuada. La vivienda debe procurar seguridad no sólo en sus estructuras, sino también en su tenencia, de tal forma que se minimice el riesgo de un desalojo. Comúnmente la propiedad se considera como la forma de tenencia más segura, puesto que, si el dueño de la vivienda vive en ella, es menos probable que pierdan la posesión de la misma, aunque también se considera el arrendamiento como una forma de tenencia segura **(78)**.

La vivienda en alquiler o en renta es una forma de acceso a la vivienda que soluciona las necesidades cuando se trata de una vivienda adecuada y cuenta con seguridad en la tenencia, a través de un contrato de arrendamiento. El derecho a vivienda adecuada no se refiere únicamente a vivienda propia, por lo que el alquiler es la forma de acceso más idónea para ciertos grupos de población **(78)**.

La tenencia de vivienda propia constituye, en muchos casos, una de las razones por la que la población desplazada retorna a sus lugares de origen, al constituir un elemento que posibilita la reintegración definitiva de los retornantes. Según la información obtenida en la encuesta el 81,9% de población retornante tiene en la comunidad de origen vivienda propia, mientras que el 12,7% de hogares retornantes se encuentran alojados en casa de parientes **(78)**.

Piso es la superficie exterior de la base sólida sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. Por otra parte, a cada una de las viviendas en una casa de varias plantas se la denomina popularmente como piso. También, a cada una de las plantas, ya sea de un edificio o de otra cosa, se la conoce como piso **(83)**.

El piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el "lugar que se pisa". También, en lenguaje coloquial, los diferentes niveles de un edificio son llamados pisos. Además, en España se denomina piso a las viviendas. En arquitectura, los diferentes niveles se denominan plantas y los materiales que conforman la superficie superior de cada planta se llaman pavimentos, incluso los de las zonas exteriores a la edificación. Tanto la palabra planta como piso, son términos homónimos **(83)**.

El material del piso se define como las características inherentes que permiten diferenciar un material de otros, es todo aquel material inorgánico y sólido que no es ni un metal ni un polímero donde se asienta la estructura de la vivienda. Son materiales muy duros, aislantes del calor y la electricidad, muy resistentes a temperaturas elevadas y a los ataques químicos y fáciles de moldear **(83)**.

El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Esta es la parte que más cuesta, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación **(84)**.

El material del techo se define como el que se observa del lado de afuera de una vivienda. En los departamentos ubicados en construcciones verticales, la cubierta exterior del techo remite al material que constituye el techo de la última planta. Los materiales para techo que suelen usarse en la actualidad vienen en distintas terminaciones, o puedes terminarlos con diversos colores y texturas, por lo tanto, algunos brindan una amplia variedad de opciones estéticas **(84)**.

Keith, A. **(85)**: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.

La pared es el resultado de un trabajo de albañilería. Puede estar hecha de distintos materiales, como piedra, ladrillo, madera, yeso u otros. Su altura y su extensión longitudinal siempre superan al espesor. El concepto también se emplea para nombrar a los lados o costados de diferentes objetos **(82)**.

Palabra originada en el latín “paries”, pared, alude a una estructura física o mental, alta y plana, capaz de separar o dividir un espacio de otro. Su uso es muy frecuente en arquitectura, ya que las paredes son las obras de albañilería que se levantan a plomo, en sentido vertical, para dividir los distintos cuartos y mantener en ellos la privacidad, y para sostener toda la estructura edilicia y los techos. En general se construyen con ladrillos, con un espesor mínimo en relación a la altura, pero pueden estar hechas de otros materiales, especialmente si se trata de paredes interiores, como madera o durlock. Antiguamente eran de barro **(82)**.

Entre los diferentes usos que tiene el término pared (que procede del latín paries), el más habitual refiere a la construcción vertical que permite delimitar o cerrar un lugar. Lo habitual es que cada ambiente de una casa o de otro tipo de establecimiento cuente con cuatro paredes, levantadas sobre el suelo y cubiertas por el techo **(82)**.

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 **(86)**.

El número de personas que duermen por habitación se define como un hacinamiento agrupado (personas por habitación) que es usada, sobre todo, para el sueño o el descanso del residente u ocupante. En la mayoría de los casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo de uso compartido (cama, escritorio, etc.) **(87)**.

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 **(88)**.

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. Hace referencia también al agua que llega al hogar por tubería o ducto conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente **(89)**.

El abastecimiento de agua se define como el conjunto de infraestructuras, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano es principalmente para consumo doméstico, también para uso comercial, industrial, agricultura y ganadería. El agua suministrada debe ser en cantidad suficiente y de buena calidad física, química y bacteriológica, es decir apto para consumo humano para poder evitar múltiples enfermedades **(90)**.

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, unidas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo, área rural relativamente densa. El sistema de abastecimiento de agua potable más complejo, 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 **(89)**.

Eliminación de excretas es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliaria; en cualquier tipo de clima **(91)**.

La eliminación de excretas son las soluciones para confinar y tratar las heces fecales de manera que no ocasionen contaminación ambiental ni riesgos a la salud humana. Las excretas son un desecho sólido que tiene la potencial generar graves problemas de salud si no se elimina correctamente. La eliminación inadecuada de las heces contamina el suelo y las fuentes de agua. A menudo propicia criaderos para ciertas especies de moscas y mosquitos, dándoles la oportunidad de poner sus huevos y multiplicarse o alimentarse y transmitir la infección. Atrae también a animales domésticos y roedores que transportan consigo las heces y con ellas posibles enfermedades. Además, usualmente esta situación crea molestias desagradables, tanto para el olfato como para la vista **(92)**.

La eliminación de excretas se define como la forma más común para evacuar las aguas residuales de tipo doméstico es mediante su descarga aun 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) **(93)**.

Combustible para cocinar es cuando las personas del hogar preparan sus alimentos en una hornilla o estufa que funciona con energía eléctrica o para preparar sus alimentos las personas del hogar usan gas de pipeta (gas propano) o proveniente de una red exterior (gas natural) también se refiere a cuando las personas del hogar preparan sus alimentos en una hornilla o estufa que funciona con algún tipo de combustible líquido derivado del petróleo **(94)**.

Combustible para cocinar es aquella que procede de la biomasa obtenida hace millones de años y que ha sufrido grandes procesos de transformación hasta la formación de sustancias de gran contenido energético como el carbón, el petróleo, o el gas natural, etc. No es un tipo de energía renovable, por lo que no se considera como energía de la biomasa, sino que se incluye entre las energías fósiles **(94)**.

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 **(94)**.

La energía eléctrica es una forma de energía que se deriva de la existencia en la materia de cargas eléctricas positivas y negativas que se neutralizan. La electricidad se produce cuando en la materia hay falta o exceso de electrones con relación al número de protones. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía luminosa o luz, la energía mecánica y la energía térmica. La electricidad es una de las formas de energía más importantes para el desarrollo tecnológico debido a su facilidad de generación y distribución y a su gran número de aplicaciones **(95)**.

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 **(96)**.

La energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, tres efectos: luminoso térmico y magnético. Ejemplo: la transportada por la corriente eléctrica en nuestras casas y que se manifiesta al encender una bombilla **(97)**.

La disposición de basura es cualquier objeto, material, sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que el generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, con valor económico o de disposición final. Los residuos sólidos se dividen en aprovechables y no aprovechables. Igualmente, se consideran como residuos sólidos aquellos provenientes del barrido de áreas públicas **(98)**.

La disposición de la basura es también el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente, otra forma de disposición de la basura consistente en destruir la basura mediante el fuego **(98)**.

La disposición de basura se define como la combinación de procedimientos para llevar a cabo una buena colocación de los desperdicios y desechos que son producidos en los hogares de las poblaciones pequeñas, carentes de los servicios de carro colector de basuras, de igual forma para las comunidades que cuentan con toda clase de servicio público. Esto con la finalidad de evitar hasta donde sea posible, que los desperdicios y desechos se conviertan en fuentes de contaminación, de proliferación de insectos, roedores y demás faunas nocivas perjudiciales para el ser humano **(98)**.

La frecuencia con que pasan recogiendo la basura es definida como la frecuencia de eliminación de basura cuando el recolector de basura es informado de todas las reservas de memoria que se producen en el programa. Además, el compilador colabora para que sea posible llevar una cuenta de todas las referencias que existen a un determinado espacio de memoria reservado **(99)**.

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 **(99)**.

La frecuencia de recogida de los residuos sólidos son actividades que se realizan diariamente con diferentes vías de transporte como carro recolector, triciclos, camiones y otros dentro de un ámbito con la finalidad de disponer los residuos en lugares seguro y autorizado donde van ser reciclados, tratados, incinerados. De esa manera poder disminuir la contaminación ambiental y proteger la salud de todo ser vivo **(99)**.

La eliminación de basura se define como las maneras apropiadas para eliminar los desechos son cruciales para la salud pública y para el medio ambiente. Esto ayuda a mantener un medio ambiente más limpio y reduce las posibilidades de la extensión de enfermedades. La eliminación apropiada de los desechos también reduce las probabilidades de contaminación del suelo y de las aguas subterráneas **(100)**.

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 **(100)**.

Según (OMS) la eliminar la basura de la casa, como recogéndola, preparándola para su eliminación, usar los contenedores de basura; quemar la basura. Proporcionar a la comunidad, un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional **(101)**.

En el barrio de Parco Grande, según el tipo de vivienda casi todos tienen vivienda unifamiliar puesto que es aquella que está ocupada por una única familia lo cual constituye el ambiente íntimo del hombre, donde permanece más de la mitad de su vida, este resultado probablemente sea porque hay grandes cultivos de tierra y son adquiridos como herencia por parte de sus padres, abuelos para que puedan vivir independientemente para asumir responsabilidades conyugales. Inicialmente los pobladores son poseedores de grandes extensiones de terreno y que luego lo dividen entre sus hijos para que sobre todo los varones al formar sus familias tengan un lugar donde construir su casa.

El INEI realiza una encuesta en Lima, junio 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 muestra de un porcentaje de 72,1% esto hace entender que muchas familias de las zonas rurales como urbanas están conformados por familias nucleares **(81)**.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el proyecto Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, dio cifras de familia nuclear comprende a un millón 78 mil 162 hogares (57,9%), de tipo extenso con 465 mil 770 hogares (25,0%) y en menores cantidades de tipo unipersonal, compuesto y sin núcleo; el perfil de los hogares, es el tamaño del hogar y en este caso se observa que 343 mil 738 hogares están conformados por 7 y más personas (18,5%), 866 mil 536 hogares albergan en su interior de 4 a 6 personas (46,6%) y 650 mil 418 hogares de 1 a 3 personas (35,0%) **(102)**.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de las viviendas son propias este resultado podría ser debido a que son grandes terrenos de cultivos y los padres acostumbran entregar a sus hijos varones cuando se casan una parte de parcela, así han podido construir sus viviendas.

El piso de las casas de los adultos del barrio de Parco Grande en su mayoría es de tierra, probablemente la población no cuenta con un ingreso económico suficiente para poder hacer de otro material como: el cemento, parquet, losetas, otro motivo puede ser

por costumbre de tener piso de la vivienda tierra porque piensan que la tierra es más abrigada a diferencia de otros materiales. Sin embargo, este material no presta medidas de higiene que favorezca a la calidad de la salud de los pobladores del barrio de Parco Grande.

En cuanto al material de techo de las viviendas el resultado obtenido es de teja. La teja es de color rojizo, manufacturados a base de barro cocido, han embellecido poblaciones a lo largo de todo el territorio. Sin embargo, su peso es una gran desventaja un techo de teja es un peligro si la estructura de madera que la soporta está ya podrida o se encuentra en mal estado. También es de fácil acceso, porque la elaboran los mismos pobladores, este tipo de construcción es típica de las viviendas andinas del callejón de Conchucos, como en casi toda la sierra andina.

De acuerdo al material de paredes de la vivienda casi en su totalidad presentan paredes de adobe, se puede decir que el material es menos costoso y fácil acceso. Este material no es muy resistente con el tiempo y la humedad se deshace, produciéndose la caída de las paredes, por su naturaleza el adobe no resiste vibraciones de ningún tipo, dada su pobre adherencia. El adobe es realizado a base de tierra y paja que es mezclado y luego lo llenan en moldes tipo rectangulares para ser expuesto al sol y luego del secado ser utilizado en la construcción de paredes unidas con barro.

Como en otros lugares del país también se usa el adobe como en Frías, las viviendas son predominantemente construidas de adobe 97%, con techo de tejas 90,5% y piso tierra 95%. En Chulucanas, el 61% de las viviendas son de adobe o tapia, 70% tiene techo de tejas y 71% de piso de tierra. Estas características hacen a las poblaciones muy vulnerables a lluvias excepcionales producidas durante el Fenómeno del Niño **(103)**.

Más de la mitad de la población en estudio manifestó que en una habitación duermen 2 a 3 miembros, esto debido a que las viviendas cuentan con pocas habitaciones destinadas para dormitorio, el resto de las viviendas lo utilizan como almacén de sus productos; el número de habitantes es mayor además a esto se suma que hay familias que están acostumbradas a dormir con sus hijos menores en una sola habitación. Y

cuando crecen los hijos algunos por costumbre o por falta de una habitación siguen durmiendo en la misma habitación junto a los padres.

Todos tienen red de abastecimiento de agua con conexión domiciliaria lo que permite a la totalidad de habitantes cuenta actualmente con este servicio. El agua es captada del río de Jancapampa, el lugar de captación es en la comunidad del centro poblado menor de Cuchichaca que está ubicado a 3 horas caminando desde la provincia; es llevada mediante un canal abierto que está construida de cemento lo cual conduce a 3km hasta el centro poblado de Tauribamba ahí se encuentra el reservorio donde se filtran los restos de plantas, animales muertos, tierra, etc. que van cayendo al canal, luego de haberse filtrado es conducido mediante las tuberías de mayor calibre a un tanque de reservorio que se encuentra en el barrio de Vista Florida, donde se procede al tratamiento mediante cloración para luego finalmente distribuir a los domicilios.

Pero en la temporada de la lluvia (diciembre a abril) se pudo observar que el agua se vuelve turbio con presencia de tierra, esto porque con la lluvia hay deslizamiento de la tierra al canal abierto que conduce el agua hacia el reservorio, así el servicio de agua llega hacia los hogares de color tierra, por ello lo recogen en recipientes para que la tierra asiente a la base del bidón para luego ser utilizada por la familia.

Cabe resaltar que el agua es tratada solo mediante la cloración, es posible que los pobladores de la provincia adquieran enfermedades asociadas al agua como los protozoos la *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium* son usualmente resistentes al cloro a menos que éste se use en dosis más elevadas que aquéllas preferidas usualmente para el tratamiento. La presencia de estos parásitos puede requerir el tratamiento previo del agua fuente por lo que se debe considerar en la ejecución de proyectos el tendido de redes de agua segura y saneamiento básico.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2003, través del Censo Nacional de Población y Vivienda y de la encuesta Nacional de Hogares (ENAH), más de 3,3 millones no tienen acceso al agua potable y 6,2 millones carecen de una adecuada eliminación sanitaria de excretas y aguas residuales. Del total de la población

de la zona rural del total de localidades con servicio de agua potable, se estima que sólo el 30% recibe los servicios en condiciones apropiadas en cantidad, calidad y continuidad; que alrededor del 40% tiene sus servicios con problemas de gestión y su infraestructura se encuentra en mal estado y, que el 30% restante tiene sus servicios en estado deficiente o no funcionan. Sin embargo, existe un déficit en la gestión del servicio, por la diferencia entre la producción de agua y su facturación, lo cual implica que este recurso no es adecuadamente aprovechado y/o administrado **(104)**.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática mediante Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES), las menores proporciones de hogares con fuente de abastecimiento de agua de red pública se presentó en los departamentos de Loreto y Puno (27,8% 48,5%, respectivamente). En cambio, en 15 departamentos la proporción de hogares que se abastecieron de agua por red pública fue superior al promedio nacional (77,1%), entre ellos destaca Áncash con un porcentaje de 91% **(105)**.

La mayoría de la población cocina con leña debido a que otro tipo de combustible como el gas es más costosa llegando a costar un balón S/54.00 soles; la leña es fácil de adquirir, es económico a la vez es fácil de utilizar porque alcanza más rápido la temperatura para la cocción a diferencia de otros combustibles que tardan varios minutos para alcanzar temperatura adecuada. Pero al mismo tiempo es un factor de riesgo, las inhalaciones de humo en el interior de las viviendas generan un riesgo para la salud de población como el de contraer neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. En el tiempo que se aplicó el cuestionario no estaba implementado el fondo de inclusión social energético (FISE) recién estaba en proceso de evaluación censal a los usuarios.

De acuerdo con el XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 91.7% de la población del distrito de Echarate utiliza leña como combustible, en tanto que solo el 5,4% usa gas para cocinar. A nivel de la región Cusco, el 32.2% de la población emplea gas y un 46,5% prefiere preparar sus alimentos con leña **(106)**.

Los consumidores peruanos pagan por un balón de gas doméstico de diez kilos un precio muy superior al resto de países de América Latina. Un informe de la Asociación Peruana de Consumidores y Usuarios (ASPEC) del 2004 da cuenta de que en el Perú el costo promedio del balón de gas es de S/. 32.00 (actualmente está en S/. 35), Brasil R\$.31.90, Uruguay \$u.26.24, Chile \$.20.22; Argentina \$.18.28, Paraguay ₡. 4.72; y Bolivia Bs.8.89. Asimismo, en Colombia cuesta \$.8.13, Venezuela Bs.4.48, y Ecuador S/.3.36 **(107)**.

Casi toda la población cuenta con energía eléctrica permanente este barrio está ubicado dentro de la ciudad y cuenta con el servicio de la empresa Hidrandina, anteriormente la caída de las aguas del río de Jancapampa era aprovechada como fuente de energía a través de la planta eléctrica de Pumacucho. Actualmente esta empresa cuenta con una planta generadora de energía eléctrica que es el Cañón de Pato, se encuentra ubicado en el departamento de Áncash entre la Cordillera Blanca y Negra. La caída de las aguas es aprovechada como fuente de energía a través de la central hidroeléctrica del Cañón del Pato, que queda en Huallanca, obra que brinda energía eléctrica a los departamentos de Cajamarca, La Libertad, Áncash como también a otros departamentos. Teniendo como objetivo de brindar un servicio de calidad a todos los rincones de estas provincias como es Pomabamba, Sihuas, Piscobamba, San Luis, etc.

Estos resultados guardan relación con los resultados publicados por el INEI en el año 2006, donde se reportó que a nivel nacional el 94,9%, de las viviendas cuentan con servicio de alumbrado eléctrico por red pública, a diferencia que en las zonas rurales en lugares más alejadas del Perú aun no cuentan con este servicio ya que limitan muchos factores como transporte, no toman interés las autoridades locales y regionales todos estos factores hacen que muchos de estos lugares aun no cuentan con este servicio**(108)**.

El paso del camión recolector por las calles del barrio de Parco Grande es diariamente porque el lugar se encuentra en una zona urbana lo que facilita el acceso del carro recolector de basura a horarios establecidos que pasa en las horas de la mañana aproximadamente 7 am, avisando con una canción a los pobladores para que puedan sacar la basura. Las personas en estudio manifestaron en su mayoría que suelen

eliminar la basura en el carro recolector el cual pasa diariamente, esto porque la municipalidad ha implementado una estrategia para disminuir la contaminación ambiental como también para evitar que exista lugares donde se acumule la basura causando focos de propagación de enfermedades.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2003 través del Censo Nacional de Población y Vivienda y de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). El perfil habitacional a partir de las características predominantes de la vivienda en el Perú se ha elaborado el siguiente perfil habitacional: Tipo de vivienda casa independiente 87,3%, régimen de tenencia mayoritariamente propietarios 87,3%, número de habitaciones 45% del total de viviendas cuentan con 2 o menos habitaciones, paredes exteriores 41,2% adobe o tapia, techos 34% de calamina, pisos 45,5% de tierra, 37,2% de cemento. Servicios domiciliarios 60,8% abastecimiento de agua mediante red pública dentro de la vivienda, 45,1% servicios higiénicos con red pública dentro de la vivienda, 69,6% alumbrado eléctrico (104).

Se observa que las características del entorno físico en la construcción y distribución de sus viviendas son consideradas un riesgo para la salud de los pobladores, volviéndose vulnerables las viviendas. Cuando analizamos que es lo vulnerable además de la vivienda en sí, vemos que es también la funcionalidad de la vivienda. Cuando una casa de adobe se derrumba, la familia queda sin hogar: sin un lugar donde dormir, descansar, comer, cocinar y socializar. Las viviendas tienen características inadecuadas como el material de techo, pared los cuales son los principales factores que afectan el desarrollo de la vivienda de la mayoría de la población peruana, es decir de los estratos socioeconómicos medios y bajos.

TABLA N° 03

Con respecto a los determinantes de los estilos de vida de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, 2014, se muestra que el 56,6% (77) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 54,4% (74) consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, 72,1% (98) duermen 6 a 8 horas, 84,6% (115) se bañan 4 veces a la semana, 64% (87) no se realizan examen médico periódico, 72,8% (99) no realizan

caminata en su tiempo libre, el 86% (117) no realizan ninguna actividad física durante más de 20 minutos, 48,5% (66) consumen fruta 3 o más veces a la semana, 39,7% (54) carne 3 o más veces a la semana, 54,4% (74) huevos 3 o más veces a la semana, 55,9% (76) pescado menos de una vez a la semana, 98,5% (134) fideos diariamente, 99,3% (135) pan cereales diariamente, 57,4% (78) verduras hortalizas 3 o más veces a la semana y 39,7% (54) otros alimentos 1 o 2 veces a la semana.

El resultado del presente estudio se asemeja a los resultados obtenidos por López, R. (109), en su estudio “Determinantes de Salud en Comerciantes Adultos Maduros. Mercado los Cedros - Nuevo Chimbote, 2013”. En donde reportó que el 87% (91) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 62% (65) no consumen bebidas alcohólicas, 95% (100) duermen de 6 a 8 horas, 50% (53) se bañan 4 veces a la semana, 84% (88) no se realizan examen médico periódico, 69% (72) de ellos camina durante su tiempo libre, 80% en las últimas semanas ha caminado 20 minutos; en cuanto a su alimentación el 51% (53) consumen carne 1 o 2 veces a la semana y el 100% (105) consumen fideos, arroz, papa diariamente.

Son similares a los resultados encontrados por Uchazara, M. (110), en su estudio “Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos, Tacna, 2013”. Donde se muestra que el 87,1% de personas adultas no fuman ni han fumado nunca, 35,8% no consumen bebidas alcohólicas, 63,1% no se realiza algún examen médico periódico, 71,1% consumen fideos, arroz, papas.

También son similares a los resultados encontrados por Garay, N. (111), en su estudio “Determinantes de Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II. Tacna 2013”. En donde se observa que el 85,2% de la población no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 26,7% no consumen bebidas alcohólicas, 51,3% no se realizan examen médico periódico, 52,2% no realizan actividad física por más de 20 minutos durante las últimas dos semanas, 82,2% de la población consume fideos, arroz, papas, 26,7% consume carne 1 a 2 veces por semana.

También se asemejan a los resultados obtenidos por Campos, M. (112), en su estudio “Hábitos Alimentarios de la Población Adolescente Autóctona e Emigrantes en

España, 2011”. Donde concluye que el 56% suelen consumir frutas de 3 o más veces a la semana, el 48,8% menciona consumir carnes 3 o más veces por semana, 16% suele consumir huevos 3 o más veces a la semana, 53% pescado de 1 o 2 veces a la semana, 100% comen sopa y arroz, 68,3% suelen consumir cereales, 60,4%, respectivamente verduras, 65,5% consumen otros tipos de alimentos.

Estos resultados difieren a lo obtenido por García, P. (113), en su estudio “Determinantes de Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas. A.H Señor de los Milagros-Chimbote, 2012”. Quién concluyó que el 58% de las personas adultas jóvenes fuman cigarrillos diariamente, 57% consume bebidas alcohólicas 1 vez a la semana, 50% duerme de 8 a 10 horas, 65% no se bañan, 75% no realiza actividad física en su tiempo libre y en cuanto a su alimentación la mayoría lleva una dieta no balanceada.

Así mismo estos resultados difieren en algunas variables es su estudio realizado por Acuña, Y. y Cortes, R, (114), denominado “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de salud Esparza Costa Rica, 2012”. En su estudio muestra que el 76% refieren que logran dormir al menos 8 horas diarias, un 58% refiere realizarse la higiene corporal interdiariamente, el 32,3% si se realizan exámenes médicos, un 33,2% si realizan actividades físicas en sus tiempos libres por más de 20 minutos.

También difiere con el estudio por Mendoza, G. (115) en sus estudios “Influencia de los Hábitos Alimenticios en el Rendimiento Escolar de los Niños de la Escuela Fiscal Mixta # 1 Carlos Matamoros Jara del Cantón Naranjito, Milagro, 2012”. Donde concluyó que el 10% consumen huevo casi todos los días, 31,5% pescado nunca o casi nunca, el 51% cereal al menos 1 vez por semana, el 14% hortalizas y verduras de manera habitual, y el 42,5% consumen otro tipo de alimentos de 2 a 3 veces por semana.

Estos resultados difieren a los datos encontrados por Rosales, J. (116), en su estudio “Determinantes en Salud en Adultas Jóvenes del P. J “La Victoria” Chimbote, 2013.” Donde se muestra que 99% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 68% realiza gimnasia suave durante 20 minutos. En cuanto a su alimentación el 74% consume

carne 3 o más veces a la semana y el 45% consume carbohidratos 3 o más veces a la semana.

El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador. Fumar es un hábito difícil de dejar, porque la nicotina contenida en el tabaco es un adictivo químico, pero hoy en día existen varios métodos para dejarlo: terapias, terapia de reemplazo de nicotina **(117)**.

Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, pero que también puede ser opio o marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones. El acto de fumar puede formar parte de distintos rituales, inducir algún trance o alcanzar "iluminación espiritual" estos últimos más comunes en drogas **(118)**.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar **(119)**.

El consumo de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo, pero puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir. Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito **(120)**.

El consumo en exceso de bebidas alcohólicas es un problema muy difundido que implica problemas individuales de integración social, pérdida de oportunidades de trabajo y menos años de vida saludable. Sus efectos son muy perjudiciales para la familia y la comunidad. En México se calcula que el abuso del consumo de alcohol por sí solo significa 9% de la carga total de enfermedad. Además del alto porcentaje 39% de cirrosis hepática que provoca, el alcoholismo es una de las causas principales de lesiones por accidentes de vehículos de motor y actos de violencia. Sin embargo, el control de este problema es una de las nueve acciones de salud pública más costo-efectivas junto con los programas de control del tabaquismo, salud escolar, información sobre la salud, nutrición, planificación familiar y control de vectores **(121)**.

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 **(122)**.

El sueño es un estado (o conducta compleja), diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, aunque ambos expresen distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del troncoencéfalo, diencéfalo y corteza cerebral. 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 **(123)**.

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, aunque, incluso en una misma persona, la necesidad de sueño cambia de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad.

Existen dos tipos de sueño bien diferenciados: el sueño con movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (Rapid Eye Movement) o sueño paradójico, y el sueño con ondas lentas, conocido como sueño No-REM (Non Rapid Eye Movement). El sueño REM o paradójico se asocia a una elevada actividad neuronal y con los sueños **(124)**.

El término sueño designa al acto de reposo de un organismo vivo y se contrapone a lo que se denomina como estado de vigilia o estar despierto. El sueño se caracteriza por ser un estado en el cual hay muy poca actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración y latidos del corazón) y muy baja respuesta a los estímulos externos. El soñar es algo involuntario para el ser humano y generalmente en el sueño se produce una reelaboración de situaciones vividas mientras estábamos despiertos y que fueron cuidadosamente almacenadas en la memoria y contrariamente a lo que supondríamos que ya quedarían en el olvido, alguna de estas volverá a reaparecer en nuestros sueños como consecuencia de este proceso **(125)**.

Si bien desde siempre el ser humano vive esta posibilidad de soñar, no será hasta el siglo pasado cuando más se avance sobre este tema y se llegue a lograr importantes descubrimientos y avances al respecto, como lo fue el logrado por el psicólogo norteamericano William Charles Dement, quien descubrió que en una etapa del dormir, el durmiente experimenta movimientos oculares rápidos (MOR) acompañados por un aumento de la presión sanguínea, de la respiración y los latidos del corazón, algo que solamente se creía posible en el estado de vigilia **(125)**.

También la psicología ha desarrollado un papel fundamental a la hora de hablar sobre el sueño. Por ejemplo, Sigmund Freud y la corriente que fundó, el psicoanálisis ha

distinguido entre dos tipos de contenidos de los sueños, el manifiesto y el latente. En el primero la historia es tal como el durmiente repite que la vive, en tanto, el segundo para el psicoanálisis es lo que verdaderamente quiere significar ese sueño, obviamente sería un opuesto del vivenciado por el durmiente y es aquí donde el psicoanalista entra en escena para interpretar verdaderamente al mismo **(125)**.

Higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar 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, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. La higiene ostenta tres concretos objetivos en su razón de ser: mejorar, prevenir y conservar la salud **(126)**.

Bañarse son las medidas de higiene o limpieza que las personas hacen para conservar su salud, tales como el lavado de manos, lavado de los dientes, uso de ropa limpia, cuidado de la piel, cuidado de los pies. Etc. también se refiere al cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona, para evitar aquellos factores nocivos **(126)**.

Para mantener un estado óptimo de salud la higiene cumple una función muy importante. Existen diferentes microorganismos (bacterias, hongos, virus y parásitos) muy pequeños invisibles a los ojos que se encuentran en todas partes: en el aire, en la tierra, en el agua, en el cuerpo y también en los alimentos. Los microorganismos son seres vivos y no se mantienen quietos: cruzan de una persona, un animal o un alimento a otro siempre que se den las condiciones (alimento, agua, calor y tiempo) para crecer y multiplicarse, dando origen a diferentes enfermedades. La higiene personal tiene por objeto situar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio ser humano. Tener una buena higiene personal depende de uno mismo. La autoestima juega un papel fundamental frente a este aspecto, pues quien se aprecia y valora se esfuerza por verse y mantenerse bien **(126)**.

Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos

ayudará a prevenir otras enfermedades (127).

La realización de una revisión general está indicada tanto en personas con algún síntoma como las aparentemente sanas. En este tipo de revisiones se estudian los síntomas que refiere el paciente en el momento de la consulta, lo que permite un diagnóstico y tratamiento precisos (127).

Durante el chequeo médico se realizan exámenes que pueden ayudar a encontrar una enfermedad antes de que comiencen los síntomas. Estas pruebas pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente, cuando son más fáciles de tratar. Algunos exámenes se realizan en el consultorio del doctor. Otros, necesitan equipos especiales, entonces es posible que tenga que dirigirse a una oficina diferente o a una clínica (128).

El tiempo libre hace referencia al ocio de la que se tiene referencia aparece ya en la civilización griega, cuando Aristóteles delimita el tiempo de ocio como "tiempo exento de la necesidad de labor". En aquel momento ese tiempo era empleado sólo por la elite social en la contemplación y preparación para el ejercicio de la política y las artes. Es el periodo de tiempo que nos resta tras el periodo de trabajo y el tiempo de sueño (129).

El tiempo libre, considerado como una ocupación, puede abarcar un conjunto complejo de comportamientos, significados e ideologías socialmente construidos, los cuales tienen una ubicación cultural y una dimensión política y económica. Los aspectos sociológicos de género y clase social; junto a los aspectos culturales de raza y etnia son factores (129).

Se conoce como tiempo libre a aquel tiempo que la gente le dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas esenciales. Su rasgo diferencial es que se trata de un tiempo recreativo el cual puede ser utilizado por "su titular" a discreción, es decir, a diferencia de lo que ocurre con aquel tiempo no libre en el cual la mayoría de las veces no se puede elegir el tiempo de realización, en este, la persona puede decidir cuántas horas destinarle (129).

Los alimentos pueden clasificarse según distintos criterios. Dependiendo de su origen pueden ser alimentos de origen animal, como la carne, la leche, los huevos o el pescado, y alimentos de origen vegetal, como las frutas, los cereales o las verduras. El agua y la sal son alimentos de origen mineral. Basándose en la función nutritiva principal que desempeñan en el organismo se diferencian en energéticos, constructores y protectores **(130)**.

Alimentos energéticos. Son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas (caminar, correr, hacer deportes, etc.), como pastas, arroz, productos de panificación (pan, galletas, etc.), dulces, miel, aceites, frutas secas (almendras, nueces, castañas, etc.) Alimentos Constructores. Son los que forman la piel, músculos y otros tejidos, y que favorecen la cicatrización de heridas. Estos son la leche y todos sus derivados, carnes rojas y blancas, huevos y legumbres. Alimentos reguladores o protectores. Son los que proveen los nutrientes necesarios para que los energéticos y reguladores se complementen y mantengan el cuerpo funcionando. Dentro de estos figuran las frutas, verduras y hortalizas y el agua **(130)**.

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable **(131)**.

La más de la mitad de la población de estudio manifestó que no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual esto podría ser probablemente porque no tienen hábitos de fumar, que están dedicados al trabajo y no le dan mucha importancia al tabaco, quizá tiene alguna noción sobre los efectos del tabaco mediante los medios de comunicación que es accesible en la actualidad. Se pudo observar que los adultos chacchan la hoja de coca en cuando van realizar algún trabajo.

El chacchar, picchar o acullicar es el acto de introducir las hojas secas en la boca e ir formando un bolo para extraer de ellas las sustancias activas y estimulantes. Para lograr los efectos deseados, es necesario agregar un componente alcalino a la mezcla, usualmente cal viva o ceniza alcalina (básicamente bicarbonato de calcio de origen vegetal). Esto se logra con la llipta, "llijta" o toqra (un comprimido de ceniza en forma de panecillos o bloques fabricados de la ceniza del tallo de la quínu) o simplemente con la ayuda de un palito previamente humedecido con saliva y sumergido en cal común (por eso es frecuente observar quemaduras en la mucosa bucal de algunos "acullicadores" que utilizan este sistema). Su uso trasciende el mero hecho de mitigar las sensaciones de hambre, sed o cansancio, siendo el chacchado o "acullicado", en realidad, un acto ritual con profundas implicaciones sociales para el humano andino, ya que perpetúa las tradiciones culturales y une a las personas **(151)**.

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud, el tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios **(132)**.

En cuanto al consumo de alcohol refieren consumir ocasionalmente probablemente este resultado sea porque lo consumen en algunos compromisos sociales, en fiestas patronales, costumbristas o por otros motivos. Por otro lado, quizá se debe a que algunos adultos pertenecen a una asociación de evangélicos lo cual no les permiten realizar este tipo de actos. Otro factor puede ser el ingreso económico limitado. El tipo de alcohol que consumen los adultos es llamado por los mismos pobladores el "alcohol compuesto", lo preparan mezclando el alcohol etílico más agua. Otra bebida oriunda es la chicha de jora que es una bebida fermentada de maíz, su elaboración es artesanal, también es utilizado en la preparación de platos como seco de cordero.

La región de las Américas, junto con Europa, tiene las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo. En todo el mundo 3,3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, que puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades. En todo el mundo 3,3 millones de personas

murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, según un nuevo informe publicado hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS) **(133)**.

Con respecto a las horas que duermen la mayoría duerme de 6 a 8 horas, esto debido a que cuentan con trabajo eventual tiene que laborar durante el día, empezando desde las 5 de la mañana hora en que se levantan hasta las 6 de la tarde y duermen como promedio 9 a 10 de la noche, esto también es porque ya tienen como costumbre levantarse, dormir a la misma hora. Por otro lado, también se debe a la cultura, se observa que las gentes de las zonas rurales del Perú están acostumbradas a levantarse muy temprano a realizar sus actividades diarias, porque viven de sus propios ingresos.

En el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que buscó analizar cómo distribuyen su tiempo los peruanos en las diversas actividades diarias (incluyendo las horas de sueño). Un total de 12,424 personas mayores de 12 años fueron encuestadas (la cuarta parte vivía en zonas rurales), las cuales reportaron dormir en promedio 7,7 horas diarias durante los días laborables y 8 horas en los fines de semana **(134)**.

Con respecto a los hábitos de higiene la frecuencia con que se bañan los adultos del barrio de Parco Grande es de una a dos veces a la semana, debido a que en su mayoría no cuentan con duchas para bañarse a esto se suma la temperatura de agua que es muy fría, solo los días que descansan o los fines de semana van a bañarse a las pozas termales que se encuentra 30 minutos caminando. También se puede decir que no tiene costumbre de bañarse a diario, solo se lavan la cara y las manos a diario. Lo considere el ítem 4 veces a la semana porque no hubo otro ítem para marcar.

Referente al examen médico más de la mitad de los adultos del barrio de Parco Grande indican que no se realizan examen médico periódico, probablemente porque no tienen costumbre de acudir al médico, no están concientizados sobre la importancia de realizarse examen médico y desconocen los riesgos que afectan a su salud, cuando se sienten enfermos prefieren curarse mediante plantas medicinales que les brinda la naturaleza o acuden donde los “curanderos o adivinos”. Otro motivo es la falta de

organización de tiempo que estaría asociado a largas jornadas laborales recordemos que la mayoría es generadora de sus propios ingresos económicos, o problemas en la organización del servicio de salud que determine que el proceso de atención demande mucho tiempo. Otro problema es el idioma ya que la mayoría es quechua hablante y les dificulta relatar su enfermedad al personal médico y consideran que no comprenden el diagnóstico que realiza el médico. Solo acuden al Hospital cuando el problema de su salud es grave y no lo pueden resolver.

En la muestra estudiada la mayoría no realizan ningún tipo de actividad física en su tiempo libre debido a que no se han formado con el hábito de realizar algún ejercicio y también porque a otras personas no les gusta hacer ninguna actividad física por pereza o desgano otros por la edad y motivos de la salud. Pero si hacen gran esfuerzo físico en las labores agrícolas que realizan por ello no tienen ánimos para hacer algún deporte.

En cuanto a la actividad física la mayoría de los adultos de esta población no realiza actividad física más de 20 minutos, estos resultados pueden deberse a la falta de tiempo, interés, costumbre, habilidad, energía, dinero, o por falta de motivación, estos comentarios son muy válidos, pero no justificables, ya que el ser humano es movimiento por sí mismo y el no realizarlo puede ser un riesgo en la salud de la población. Las conductas sedentarias pueden favorecer el hábito del tabaco, la inadecuada ingesta alimentaria, lo que conlleva a problemas de obesidad y sus consecuentes trastornos como la hipertensión, diabetes, entre otras.

En relación a los alimentos que consumen los adultos de esta población la mayoría expresa que consume alimentos con alto contenido de carbohidratos. Resultado que nos estaría indicando que hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes puede ser consecuencia de la falta de medios económicos que no les permite obtener alimentos más saludables, el alto consumo de carbohidratos puede asociarse a las enfermedades cardiovasculares. El consumo alto de carbohidratos podría ser porque comen lo que producen como la papa, trigo, maíz, cebada, habas, oca entre otros; a estos productos lo suman comprando arroz, fideos para su consumo diario.

Otro motivo sea porque no conocen formas de cómo combinar sus alimentos utilizando las tres clasificaciones de la pirámide alimentaria.

Según INEI, los tubérculos son alimentos que están siempre en la canasta familiar de un peruano (a). Estos alimentos tienen amplias posibilidades de transformación en harinas, chuño, entre otros. En el Perú, la papa es uno de los alimentos de mayor consumo promedio per cápita, con 63 kilos 500 gramos al año y 5 kilos 300 gramos al mes, seguido de la yuca que tiene un consumo promedio per cápita de 6 kilos 600 gramos al año **(135)**.

De todo esto podemos concluir que los determinantes de salud de los estilos de vida observados en la población de estudio, sus conductas inadecuadas influyen en su salud volviéndolos vulnerables frente a cualquier situación que pueda afectar a su salud y desencadenar enfermedades y afectando a si su calidad de vida.

TABLA N° 04

De acuerdo a los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba, 2014, se muestra que el 85,3% -116- no reciben algún apoyo social natural, 95,6% -130- no reciben apoyo social organizado, 90,4% -123- no recibe apoyo de algunas organizaciones, 55,1% -75- se atienden en el hospital, 52,2% -71- el lugar donde le atendieron esta regular de su casa, 77,9% -106- tiene SIS- MINSA, 67,6% -92- el tiempo que esperaron para que le atendieran le pareció regular, 72,8% -99- la calidad de atención que recibieron fue regular y el 98,5% -134- refieren que no haya pandillaje cerca de su casa.

Estos resultados se asemejan con el estudio realizado por Chinchay, M. **(136)**, en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013”, quien reportó que el 89,3% -175- no reciben ningún apoyo social organizado, 50,5% -99- se atiende en el centro de salud, 68,9% -135- considera que el lugar donde lo atendieron está a regular distancia de su casa, 78,1% -153- cuentan con SIS-MINSA, 50,5% -99- refieren que el tiempo de espera es regular, y 100% -196- niegan presencia de pandillaje. Pero difiere a 41,3% -81- reciben apoyo

social natural de sus familiares, 46,5% -91- reciben otros tipos de apoyo social organizado, 42,9% -84- manifiestan la calidad de atención que se le brinda es buena.

Estos resultados encontrados son similares a los resultados encontrados por Ayala, J. (137), en su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013”, quien obtuvo que el 100% -160- no reciben apoyo social organizado, 51,3% -82- se atendieron en los 12 últimos meses en un centro de salud, 37,5% -60- refieren que la distancia donde fueron atendidos es regular, 95,6% -153- tienen como tipo de seguro SIS MINSA, 31,8% -51- refieren que el tiempo que esperan para ser atendidos es regular, 47,5% -76- refieren que la calidad de atención que recibieron es buena. Pero difiere en el 62,5% -100- refieren que, si reciben algún apoyo social natural de familiares, 83,1% -133- son beneficiarios del vaso de leche, pensión 65, y otros y 77,5% -124-, refieren que si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Asimismo, son similares los resultados del presente estudio realizado por Pajuelo, A. (138), en su estudio denominado “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013”. En donde concluye que 100% -224- no reciben ningún apoyo social organizado, 48% -107- se atienden en un centro de salud, 81% refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 91% -204- tienen SIS-MINSA, 80% -179- manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 75% -168- refieren que la calidad de atención de salud es regular. Pero difiere en el 72% -162- cuentan con apoyo social natural de sus familias, 51% -115- reciben algún apoyo social como el vaso de leche, finalmente el 81% -182- comunican que si hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

Estos resultados difieren con los estudios realizados por Villavicencio, A. (139), en su tesis denominado “Determinantes de Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz 2013”, donde muestra que el 67,3% -80- reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% -119- cuentan con apoyo social organizado seguridad social, el 84% -100- son beneficiarias de vaso de leche, 89,9% -107- se atendieron en un Centro de Salud, 59,8% -71- refieren que la calidad de atención es buena, y 86,6% -103- refieren que no hay pandillaje cerca de su casa. Pero

se asemeja el 62,2% -74- consideran que la distancia del Centro donde lo atendieron es regular, 100% -119- tienen SIS-MINSA, 45,4% -54- afirmaron que el tiempo de espera es regular.

También difiere en su estudio Martina, M. (140), en su estudio titulado “Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud, Lima – Perú, 2012”. Reporta que el 18,3% reciben algún apoyo familiar o social, el 13,8% se atendieron en Seguro Social (Es Salud), el 55,1% mencionan estar cerca del hospital, el 50,1% esperaron un poco para ser atendidos.

Finalmente, resultados que difieren son los de Morales, M. y Rurales, A. (141), en su estudio “Percepción de los Adultos Mayores sobre la Atención recibida en los Centros del Adulto Mayor en el Asilo León Rurales de la ciudad de Ibarra, periodo noviembre 2010 a julio- 2011”, donde concluyeron que el 50% cuenta con el apoyo de sus familiares, el 53% si reciben apoyo del estado, el 95% existe delincuencia, pero difiere cuanto a 60% se atienden en el hospital, el 73% que la atención fue de regular.

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o una familia que permite satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima, promueve la acción social. Según Cassel (1974) y Cobb (1976), tras una recopilación de los estudios existentes sobre los efectos en la salud de la exposición a estímulos estresantes en aislamiento o en compañía propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes (142).

El apoyo social organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (143).

El apoyo social organizado a un sistema integrado de grupos relacionados entre sí, estructurados para cumplir con el objetivo previamente establecido, para tener éxito en sus acciones, debe tener dentro de su organismo, armonía, orden, respeto, así como demostrar que es eficiente y formal en toda acción comprometida **(143)**.

En un sentido amplio, 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 **(143)**.

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad. A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. 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 **(144)**.

La calidad de atención de salud son conjuntos de acciones sistematizadas y continuas, tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mejor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacionales **(145)**.

La calidad de atención consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida

de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no **(145)**.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios **(145)**.

El pandillaje o delincuencia es cuando los jóvenes, en su mayoría, tratan de buscar que identificarse con un estilo de vida con el que sientan que son tomados en cuenta realmente. Es por esta razón que cada vez más jóvenes buscan una solución en el pandillaje. Este es 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 **(146)**.

Una pandilla 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 **(146)**.

En la investigación de estudio realizada a los adultos del barrio de Parco Grande en cuanto al apoyo social natural la mayoría responden que no reciben apoyo familiar dentro de sus hogares. En la mayoría de las circunstancias los que proporcionan el apoyo son los miembros de la familia. Es verdad que en ocasiones las familias no son viables como fuentes de apoyo. Por ejemplo, la gente puede tener familias que no son atentas o están preocupadas con sus propios problemas. Este resultado sea probablemente porque falta concientizar dentro del hogar a los hijos (valores, amor y respeto).

En relación a la recepción de algún apoyo social organizado casi todos no reciben algún apoyo social organizado probablemente sea porque no hay organizaciones de apoyo en la población. En cuanto a apoyo de algunas organizaciones sociales manifestaron que hay un menor porcentaje que recibe vaso de leche, como un porcentaje de pensión 65 y otros como del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres (JUNTOS) en un menor porcentaje, más de la mitad no reciben algún apoyo social de estas organizaciones. Probablemente sea porque los programas sociales están focalizados más a zonas rurales que se encuentran en extrema pobreza.

El programa del Vaso de Leche, es un programa social alimentario que implementa el estado a través de las municipalidades y el cual está dirigido a grupos más vulnerables de la población, su objetivo principal es proveer apoyo en la alimentación, principalmente a niños entre 0 y 3 años de edad y madres gestantes. Su meta es elevar el nivel nutricional de los beneficiarios y mejorar la calidad de vida de los segmentos más pobres de la población.

Pensión 65, que se creó con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia, además, dotar de un ingreso periódico que atenúe la vulnerabilidad social de las personas adultas mayores de 65 años que viven en condición de extrema pobreza, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

El Programa JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos sigan viviendo en la pobreza que afecto a sus padres y como propósito generar capital humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad. Dicho incentivo está condicionado al cumplimiento de compromisos adquiridos, los cuales intentan promover y garantizar el acceso y participación de los hogares en extrema pobreza con niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años y gestantes en las áreas de salud nutrición,

educación; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad **(152)**.

Según Pérez, M, los programas sociales como Programa Beca 18 en el gobierno actual se entregó más de 3.500 becas en el Vraem. Asimismo, con Pensión 65 se logró atender a medio millón de adultos mayores, que vivían en desprotección y pobreza. En tanto, con Juntos se ha logrado que más de un millón 700 mil ciudadanos sean beneficiados y se ha puesto principal atención en zona de frontera. Por el tema Qali Warma beneficia a más de 3 millones 100 mil escolares en más de 58 instituciones educativas públicas de inicial y primaria en todo el país. Respecto a Cuna Más que a tres años de su creación a más de 315 mil niños y niñas a nivel nacional, principalmente en zonas rurales. Para el próximo la cifra aumentará a 166, 569 menores beneficiados **(147)**.

Relacionado a la institución de salud en la que se atendieron los adultos la mayoría refirieron que en los últimos 12 meses acudieron al hospital debido a que hubo un deterioro en su salud y requirieron acudir al hospital donde cuentan con un seguro integral de salud para recibir un tratamiento para restablecer su salud. La distancia de su casa hasta el lugar de atención es aproximadamente 20 minutos caminando, probablemente es porque tienen costumbre de ir caminando, como también puede ser que el barrio de Parco Grande queda a una distancia no muy lejana del Hospital de Apoyo Antonio Caldas Domínguez. Según el tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud manifestaron que el tiempo de espera es regular esto debido a que en el hospital existe una gran demanda de pacientes y porque talvez no haya recursos humanos, profesionales suficientes para cubrir la cantidad de paciente que acuden al hospital.

Los servicios que ofrece el Hospital cuenta son una sala de cirugía general, una sala para atención de partos, seis ambientes de hospitalización, un consultorio de odontología, una ambiente para rayos x, ecografía, un laboratorio, dos consultorios de control crecimiento y desarrollo, un espacio reducido para ESNI, tres consultorios de medicina, dos consultorios de obstetricia, un tópico en servicio de emergencia un ambiente para reposo, un consultorio de psicología, un consultorio de nutrición, un ambiente de farmacia. En cuanto al recurso profesional cuenta con seis médicos cirujanos generales, un profesional de odontología, nueve profesionales de enfermería,

un tecnólogo médico y dos personales técnicos en laboratorio, técnicos en enfermería, cuatro profesionales de obstetricia, dos profesionales de nutrición, un psicólogo, un químico farmacéutico, personal administrativo.

Según al tipo de seguro la mayoría de los adultos de población en estudio cuenta con un seguro integral de salud – MINSA esto debido a que el gobierno peruano asumió como una estrategia implementar un modelo de aseguramiento público de la población más vulnerable. El Seguro Integral de Salud (SIS), tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, de esta forma, resuelve la problemática del limitado acceso a los servicios de salud. Los servicios que cubre son intervenciones quirúrgicas, hospitalización, medicamentos, traslado con ambulancia, emergencia, consultas médicas, planificación familiar, exámenes de laboratorio, ecografías, radiografías.

Según reportes del Ministerio de Salud (MINSA), la distribución del aseguramiento en nuestro país es de la siguiente manera: el 32,9% asegurado por el Seguro Integral de Salud (SIS), 20,1% asegurado por El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), 0,3 % EsSalud-SIS y el 3,6% con otro tipo de seguros **(148)**.

En cuanto a la calidad de atención que recibieron las personas en estudio refirieron que fue regular esto probablemente sea porque hay demora en la atención, según manifiestan que el trato del personal de salud no es lo adecuado, esto puede ser por los tiempos de espera, deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico o el trato del personal. Se puede observar que hay mucha deficiencia en cuanto a la infraestructura, falta materiales de apoyo al diagnóstico médico, el reducido personal profesional, falta de profesional médico con especialidad. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. La calidad de atención está vinculada a la 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 la institución.

Según cifras de MINSA, el ENAHO 2012, del total de personas que no consultaron a pesar de haber padecido algún problema de salud, el 42,5% consideró que no fue necesario recibir atención (Causa externa al SS), 29,6% utilizó remedios caseros o se auto-medicó (Causa externa al SS). El 15,3% no lo hizo porque el establecimiento de salud quedaba lejos (Causa interna del SS), falta de confianza o porque demoran en la atención (Causa interna del SS), 11% no recibió atención en salud por falta de dinero (Causa externa al SS) y el 27,8% manifestó “otras razones” que incluye: no tener seguro de salud (Causa interna al SS) o falta de tiempo o por maltrato de personal de salud (Causa interna al SS) **(149)**.

Por último, referente a pandillaje casi todos respondieron que no existe pandillaje cerca de su casa, como también en el resto de la provincia de Pomabamba, este resultado probablemente porque geográficamente es un lugar muy distante de la capital, como también es un lugar en que la mayoría de las personas se conocen, a esto quizá se agrega el trabajo de la comisaria de la policía nacional. En la provincia se cuenta con una comisaria impidiendo cualquier daño físico, robo, actos delictivos, peleas callejeras que puedan ocurrir, vela por la tranquilidad y el orden de los pobladores.

Según Martínez, P., en Lima existen 12 mil 128 pandilleros, distribuidos en 410 grupos afincados en San Juan de Lurigancho, Comas, la Victoria, Independencia, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores o Villa El Salvador. Asimismo, un porcentaje importante merodea en el Callao. En promedio, estos grupos han aumentado en 8% respecto a otros años. En su mayoría, los delitos cometidos entre dos y tres al día son robos a mano armada, daños contra la propiedad y violaciones sexuales **(150)**.

En conclusión, los determinantes relacionados con las redes sociales influyen negativamente en la salud de los adultos maduros del barrio de Parco Grande, ello dependerá de la accesibilidad a un establecimiento de salud y calidad de atención que reciba, con estos factores podrá poner en práctica conductas preventivas promocionales, podrá detectar oportunamente alguna enfermedad y favorecer a su recuperación, así mismo, las redes de apoyo social natural y organizado favorecen a tener una mejor calidad de vida de los adultos de la población en estudio.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el barrio de Parco Grande - Pomabamba en relación a los determinantes biosocioculturales de los adultos, tenemos que: determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad perciben menos de 750 soles; más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, grado de instrucción secundaria completa/ incompleta, trabajo eventual. Los determinantes del entorno físico: más de la mitad duermen en una habitación 2 a 3 miembros, la mayoría tienen vivienda unifamiliar; casa propia, piso de tierra, paredes de adobe, cocinan con leña, recogen la basura diariamente; casi todos tienen baño propio, energía eléctrica permanente; todos tienen techo teja, conexión de agua domiciliaria, eliminan la basura en carro recolector.

Con respecto a los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad consumen carne, frutas 3 a más veces/semana y otros 1 o 2 veces/semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, no se realizan examen médico periódico, consumen hortalizas y verduras, huevos 3 a más veces/semana, pescado 1 vez/semana; la mayoría duermen entre 6 a 8 horas diarias, se bañan 4 veces/semana, no realizan actividad física, casi todos consumen fideos, arroz, papa, pan y cereales diariamente.

De acuerdo a los determinantes de redes sociales y comunitarias: más de la mitad no reciben apoyo de algunas organizaciones sociales, la distancia y tiempo de espera en atención de salud fue regular, la mayoría no recibe apoyo natural, se atendieron en hospital, tipo de seguro salud SIS (MINSA), califican regular la calidad de atención, casi todos no reciben apoyo organizado y mencionan que no hay pandillaje cerca de su casa.

5.2 Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

Dar a conocer los resultados del presente trabajo de investigación a las autoridades de la salud de la jurisdicción del lugar del estudio, con la finalidad de promover actividades preventivas promocionales y sensibilizar a la población así mejorar la calidad de vida de los pobladores.

Sugerir a las autoridades del sector de salud y educación, desarrollar alianzas intersectoriales para mejorar programas educativos multisectoriales sobre determinantes de salud del adulto del barrio de Parco Grande- Pomabamba. Al equipo de salud que labora en el Hospital de Apoyo Pomabamba deben fomentar acciones reeducativas del comportamiento de los adultos para generación de comportamientos saludables.

Proponer a la municipalidad provincial, implementar una planta de tratamiento para el mejoramiento del servicio del agua en cantidad y calidad adecuada para beber, cocinar y atender las necesidades de higiene y confort personal, ya que es un imperativo básico en todas las viviendas, por su relación estrecha con la morbilidad y mortalidad infantil.

Que el presente estudio de investigación sirva de base para seguir realizando futuras investigaciones de los estudiantes sobre los determinantes de la salud de los adultos de nuestra comunidad para así realizar intervenciones mediante prevención, promoción y mejora para la calidad de vida del adulto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el: 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. LipLicham 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=&idfuentesinformacion=5>
18. Congreso de la república. Ley N. ° 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. Disponible en: <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf>
20. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba 2010.

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=utf8&oe=utf8&aq=t&rls=org.mozilla:esES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:esES%3Aofficial&channel=np&sclient=psyab&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=12&gs_upl=26211338310155561410101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.26211338310155571410101012141611330121j2j11410.llsin.&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, Chimbote. Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
24. Valverde L. Determinantes de Salud de los Adultos del sector “B” Huaraz – Huarney; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
29. 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>.

30. 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.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
31. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
32. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>
33. 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)
34. 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)
35. 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)
36. 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/ocupacion/](http://definición.de/ocupacion/)
37. 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.
38. 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.html>.

39. 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>.
40. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADA>.
41. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
42. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
43. 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
44. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en: <http://www.eumed.Net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
45. 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>
46. Chinchay, M. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz] – 2013.
47. Pajuelo, A Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz] – 2013.
48. López, R. Determinantes de Salud en Comerciantes Adultos Maduros Mercado Los Cedros - Nuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] -20013.

49. Rivera, S. Determinantes de Salud en los Adultos H.U.P. Las Brisas III Etapa - Nuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] -2013.
50. Domínguez, H. Determinantes de 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.
51. Gonzales, A. Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta Joven del A.H. Vista Alegre - Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
52. Regalado, G. “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos Carhuaz” [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Ancash] - 2012.
53. Organización Mundial de la Salud. Sexo. [serie en internet] 2014. [Citado 2013 Nov 21]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Sexo/3302325.html>.
54. León D. Género y Sexualidad [Monografía en internet] 2013. [Citado 2014 marzo 13]. Disponible en URL: <http://prezi.com/errcg9ury5n/untitled-prezi/>
55. Anierte, N. Género y salud [Monografía de internet]. Fundación de la salud en red. [Citado 2013 Febrero 16]. [10 pantallas]. Disponible desde: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.html.
56. Definición de edad [artículo en internet]. 2010 [citado 2012 oct 30]. Disponible en URL:<http://definicion.de/edad/>.
57. El Galeno. Crecimiento y Desarrollo: Definiciones de Edad. [Artículo en Internet]. [Citado 2013 Setiembre 18]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.galeno.sld.cu/crecedes/articulos/edad.html>.
58. Bugada, S. Definición de edad. [Artículo en internet] unión europea 2012. [Citado 2013 Nov 24]. Disponible en <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>.

59. Definición de Nivel de Instrucción. [Artículo en Internet]. [Citado 2013 Setiembre 19]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/instruccion.php#ixzz2fO5li4OD>.

60. Ingreso Económico. [Artículo en Internet]. [Citado 2013 agosto 06]. Disponible desde URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ingreso-Econ%C3%B3mico/2605702.html>.

61. Álvarez, L. Ocupación. [Artículo en internet]. [Citado 2011 Oct]. Disponible en: http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3.

62. Concepto de Ocupación [artículo en Internet]. [Citado 2013 Setiembre 19]. [Alrededor de 01 plantilla]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/ocupacion.php>.

63. Moncada, F. ocupación o tipo de trabajo. [Articulado en internet]. 2012. [Citado 2011 feb. 15]. Disponible en: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>.

64. Instituto Nacional de Estadística e Informática [artículo en internet]. [Citado 2015 setiembre 24] [alrededor de 01 pantalla] Disponible en el URL: <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-15-millones-321-mil-815-mujeres-7464/>

65. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2012. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [Citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pd

66. Instituto Nacional de Estadística e Informática [artículo en internet]. [citado 2015 setiembre 25] [alrededor de una pantalla]. Disponible en el URL:<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>.

67. Instituto Nacional de Estadística e Informática [artículo en internet]. [citado 2014 mayo 21] [alrededor de una pantalla]. Disponible en el URL: http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivo_publicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/.

68. Instituto Nacional de Estadística e Informática [artículo en internet]. [Citado 2014 julio 09] [alrededor de una pantalla]. Disponible en el URL: <http://peru21.pe/economia/inei-pea-escolares-trabajo-2191216>.
69. Pajuelo, A. Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013. [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. Huaraz-Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
70. Shuan, E. Determinantes de Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado- Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
71. Chinchay, M. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” –Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
72. Ayala, J. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
73. Rosales, C. Determinantes de la Salud en los Adultos. H.U.P. Las Brisas III Etapa - Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
74. Quiñonez. L. Estudio “Proyecto Educativo Sobre Vivienda Saludable Dirigido a las Familias de la Comunidad las Peñas Porto Viejo Provincia de Manabi Quiñones España Riobamba Ecuador, 2012. [Para optar el grado de doctorado]. [Escuela Superior Politécnica de Chimborazo]. 2012. Disponible en: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/1473/1/64T00037.pdf>.
75. Alvarado, Y. Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores Pueblo Joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
76. Abanto, Y. Determinantes de Salud en el Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. Villa España –Chimbote, 2013.

- [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
77. López, R. Determinantes de Salud en el Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. Villa España –Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
 78. Definición de vivienda [artículo en el internet] 2012. [Citado 2014 28 Noviembre]. Disponible en: <http://definicion.de/vivienda/#ixzz3KJP1Tvlv>.
 79. Martínez, G. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012 oct 8]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ conceptos vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiqui/conceptos_vivienda).
 80. Maldonado, G. Vivienda multifamiliar, [Documento en internet] [Citado 2015. febrero]. Disponible: <http://esscribd.com/doc/77234018/vivienda.multifamiliar#sr>.
 81. Instituto Nacional Estadística e Informática, Régimen de tenencia de la vivienda. [Artículo en internet]. 2014. [Citado 2014 15 Oct.]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0017/cap4-1.htm>.
 82. Definición de pared, [revista en internet] .2014 [citado 2013 octubre 8]. Disponible en el URL: <http://definicion.de/pared/#ixzz3KAAW4>.
 83. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [noviembre. 06 del 2013]. [1 pantalla libre]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Piso>.
 84. Virginia, S. “definición de techo” [Artículo de internet] 2010 [Citado Setiembre del 2013]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://es.Psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.
 85. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 12 octubre. 2012]. [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: http://www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/.
 86. Diccionario: enciclopedia libre amplia definición de calidad de sueño.

- [Documento en internet]. [Citado 2011 set.12]. [1 pantalla libre]. Desde <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>.
87. Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado 2003 Nov.22]. [Una pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/W/wiki/ numero d habitantes](http://es.wikipedia.org/W/wiki/numero_d_habitantes).
 88. Martínez, Y. conceptos y definiciones censales censo nacional de población [Documento en internet]. [Citado 2004 Nov.17]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/ 13830/66983/file/GlosarioCensoPoblacion.pdf](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/13830/66983/file/GlosarioCensoPoblacion.pdf).
 89. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado 2010nOctub. 10]. [1 pantalla libre]. 2015. desde URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/.
 90. Organización mundial de la salud la meta de los ODM relativa al agua potable y al saneamiento básico, [febrero 08 de 2005]. [1 pantalla libre] desde URL: http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1198255419JMP_06_es.pdf.
 91. Hernández, H. Saneamiento Ambiental, Disposición de excretas. [Documento en internet]. [1 pantalla libre]. [Citado 2013 noviembre 18]. 2013. Disponible en URL: <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>.
 92. Alot. Disposición de excretas. [Documento en internet]. [Citado 2013 Enero 11]. Disponible Desde: www.mspas.gob.gt/files/Descargas/Agua.
 93. Ellarvi, A. disposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]. [Citado 03 Mayo 2014.]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: <http://coyunturadeposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú>.
 94. Heperian: Combustible para cocinar [20 de mayo 2013]. [1 Pantalla libre]. disponible desde URL: http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza_cocinar_0_1708629135.htmlr.
 95. Calle G. Definición de Tipo de energía o combustible que se utiliza para cocinar. Artículo de internet [Citado 19 octubre. 2011.]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: URL:http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza_cocinar_0_1708629135.html.

96. Definición de Iluminación - Eléctrica y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 03 enero 2008]. Desde URL:<http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energiacombustible utiliza.cocinar01708629135.html>.

97. Recio, J. Tipos de Energía. [Monografía de internet]. [Citado 2012 Octubre. 21]. [5 pantallas]. Disponible en URL: [Citado 2013 Noviembre 11].

98. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [citado el 22 marzo 2009]. Disponible en <http://www.desechos-solidos.com/eliminacion-desechossolidos.html>.

99. Definiciones de frecuencia de Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. Definiciones De. [Citado 2013 Mayo]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL: <http://definiciones.de/recolección/>.

100. Definiciones de depositar. [Monografía de internet]. España Definiciones De. [Citado 2013 Mayo 19]. [Pantalla libre]. Disponible en: <http://definiciones.de/dispococión/>

101. Organización Mundial de Salud. Eliminación. [Serie Internet]. [Citado 2012Feb.10]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde URL: <http://www.doctorperu.com/sexualidadnoticias.php>

102. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, 2007. Perú: Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital, 2007 [Documento en internet]. [Citado 2009 diciembre]. [pantalla libre]. Disponible en el URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0868/libro.pdf

103. Torres J, Gómez A, Berrú M. Gestión de cuencas para enfrentar el cambio climático y el Fenómeno El Niño, Perú. 1ed. Lima – Perú. Soluciones Prácticas-ITDG R, 2008.

104. Instituto Nacional de Estadista e Informática del 2003. [Censos Nacionales de Población y Vivienda y de la encuesta Nacional de Hogares]. [Documento en internet]. [Citado 2003 junio 20]. Disponible en el:

http://www.biblioteca.udep.edu.pe/bibvirudep/tesis/pdf/1_106_43_65_980.pdf

105. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2011. Características de la Vivienda, por área de Residencia, 2000 y 2011. [Documento en internet]. [Citado 2012 Mayo]. Disponible en el URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/obj01.pdf>.
106. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Documento en internet]. [Citado 2016 Mayo 14]. Disponible en el URL: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>
107. Salcedo J. En Camisea Cocinan con Leña. La República. [Serie en internet]. 2010 Mayo 16. [citado 2016 Mar.19]. Disponible en <http://larepublica.pe/16-05-2010/en-camisea-cocinan-con-lena-0>
108. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2006 [portada en internet]. [citado Junio 23 de 2009]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace-ejercicios>.
109. López, R. Determinantes de la Salud en Comerciantes Adultos Maduros. Mercado Los Cedros - Nuevo Chimbote, 2013. 1. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote– Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
110. Uchazara, M. “Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos” [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013. Disponible en: [file:///C:/Users/angel/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/angel/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf) 2013[citado el 2014 junio 28].
111. Garay N. “Determinantes de Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

112. Campos, M “Hábitos Alimentarios de la Población Adolescente Autóctona e Inmigrante en España”. Diciembre 2011. España: Universidad de Catabria.: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/524/Campo%20Briz%20M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.<http://hdl.handle.net/10902/524>
113. García P. “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas. A.H Sr. de los Milagro” [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
114. Acuña, Y. y Cortes, R. En su Tesis Denominado “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de salud Esparza. [Tesis para optar el grado de doctorado]. [Universidad nacional de Costa Rica] 2012. Desde [http://: www.cafyd.com/tesis12cordente.pdf](http://www.cafyd.com/tesis12cordente.pdf).
115. Mendoza, G. “Influencia de los Hábitos Alimenticios en el Rendimiento Escolar de los niños (as) de la Escuela Fiscal Mixta # 1 Carlos Matamoros Jara del Cantón Naranjito, Milagro – 2012”. [Tesis para optar el título en magister en Gerencia educativa.]. Universidad Estatal de Milagro. Instituto de Post Grado y Educación Continua- Ecuador, 2012.
116. Rosales J. “Determinantes en la Salud en Adultas Jóvenes del P. J la Victoria” [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
117. Definición de Fumar [Pantalla libre] 2012 diciembre 21. [Ciado 13 de enero 2013]. Disponible en el URL: http://salud.ccm.net/faq/8544-fumar-definicion#simili_main
118. Gonzales, M. Definición de Fumar [Articulo en internet] [Citado 14 Nov. 2013]. [1Pantalla]. Disponible desde: <http://es.org/Fumar>.
119. OMS. Tabaquismo. [Documento en internet]. [01 pantalla libre]. Disponible En el: www.who.int/topics/tobacco/es/
120. Según OMS el Consumo de Bebidas Alcohólicas, [artículo en internet] 2010. [Citado 2010]. Disponible en http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
121. Según la OPS. Consumo de bebidas alcohólicas y violencia. Rev Panam Salud

- Pública. [Serie en internet].2016 [Citado 2016 Mar. 26]. vol.5 n.4-5. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400020.
122. OMS. Alcohol. [Nota descriptiva]. [citado en febrero 2011]. Disponible desde: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/.
123. Velluti RA, Pedemonte M. Fisiología de la vigilia y el sueño. In: Treguerres JAF, ed. Fisiología Humana.2004; Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
124. Rivero, P. Guía Práctica Clínica. Conceptos generales del sueño. [Artículo en internet]. 2010[Citado 23 de marzo de 2016]. Disponible en <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/apartado05/conceptos.html>
125. Definición de Sueño. [Diccionario en internet]. [Citado 2016 Mar. 23]. Disponible en <http://www.definicionabc.com/general/sueno.php>.
126. Higiene personal. Concepto, [artículo en internet] 2013. [Citado 2014 Nov. 12] Disponible en: www.salud.mendoza.gov.ar/index.php/salud-y.../1142-higiene-personal.
127. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 2012.
128. Beatríz Zurita Garza, Calidad de la Atención de la Salud. [Revista en internet]. [Citado el 26 de noviembre] 2014. 11:09. Disponible en el URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm.
129. Definición de tiempo libre. [Revista en internet]. [Citado 2014 Nov. 26].10:56. Disponible en el URL: <http://www.definicionabc.com/social/tiempo-libre.php#ixzz3KAOyPhOA>.
130. Definición sobre clasificación de los alimentos. [Documento en internet] [citado 8 abril]. [Alrededor de 1 pagina], 2008 .Perú .Disponible en el <http://lostriangulosmargaritapaico.blogspot.pe/2008/04/los-alimentos-y-su-clasificacion.html>.
131. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.

132. La OMS. Epidemia mundial de tabaco. [Serie en internet]. 2015 Junio. [Citado 19 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
133. La OMS. Situación mundial sobre el alcohol y la salud 2024. [Serie en internet]. 2014 12 Mayo. [Citado el 19 de marzo 2016] disponible en el URL: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
134. INEI. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2010. [artículo en internet]. 2012 Marzo. [Citado 19 de marzo 2016]. Disponible en <http://recap.itcilo.org/fr/documentation/files-activite-4/lima-7>.
135. INEI. Consumo Per Cápita de los Principales alimentos 2008- 2009. [artículo en internet]. 2012 Junio. [Citado 19 de marzo 2016]. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1028/cap01.pdf.
136. Chinchay, M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q”,2013. [Tesis para optar título de licenciada en enfermería]. Huaraz. Universidad Los Ángeles de Chimbote, 2015.
137. Ayala, J. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013 [Tesis para optar título de licenciada en enfermería]. Huaraz. Universidad Los Ángeles de Chimbote, 2015.
138. Pajuelo, A. Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013. [Tesis para optar título de licenciada en enfermería]. Huaraz. Universidad Los Ángeles de Chimbote, 2015.
139. Villavicencio, A. En su tesis denominado “Determinantes de 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.
140. Martina, M. sobre “Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud, Lima – Perú, 2012”.

141. Morales, M. y Rurales, A. Estudio de investigación “Percepción de los Adultos Mayores sobre la Atención Recibida en los Centros del Adulto Mayor en el Asilo León Rurales de la ciudad de Ibarra, periodo noviembre 2010 a julio- 2011”.
142. Apoyo Social. Concepto. [Artículo en internet] 2011. [Citado 2013 Agosto 21]. Disponible en: http://www.elocal.gob.mx/wb/ELOCAL/ELOC_La_participacion_social.
143. Apoyo Organizado. Definición. [artículo en internet] 2011. [Citado 2013 Mayo 16]. Disponible en URL: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor.Pdf.
144. Ortego M, López S, Álvarez M. Tema 13. El apoyo social. España. 2014. 24 (4) Disponible en el URL: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf.
145. Calidad de atención. Conceptos, [artículo en internet] 2011 [Citado Junio 19] . Disponible en URL: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion- en salud. pdf>. Definiciones.
146. Pandillaje. Conceptos. [Artículo en internet] 2012. [Citado 2013 Noviembre 22] Disponible en URL: <http://www.pandillaje.com>.
147. Pérez, M. [artículo en internet] 2015. [Citado 19 de marzo 2016]. Disponible en el URL: <http://diariocorreo.pe/politica/ollanta-humala-informa-sobre-avances-de-programas-sociales-605834/>
148. Ministerio de Salud. [portada en internet] 2016. [Citado el 15 de marzo 2016]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/preguntas.html>
149. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud del Perú. 2013 setiembre. [revista en internet]. [citado el 19 de marzo 2016]. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>.
150. Martinez, P. Aumento de presencia de pandillas [Aticulo en internet] 2009. [Citado el 29 de marzo 2016]. Disponible en el <http://peru21.pe/noticia/252407/aumento-presencia-pandillas-ciudad>.

151. Mayma, N. El Chacchado de Coca o Acullico de Coca. [artículo en internet] 2012. [Citado el 31 de marzo 2016]. Disponible en el <http://nestorcostumbres.blogspot.pe/2012/01/el-chacchado-de-coca-o-acullico-de-coca.html>.

152. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres "JUNTOS". [artículo en internet] 2005. [Citado el 23 de enero 2016]. Disponible en el http://www.redetis.iipe.unesco.org/programas_type/programa-nacional-de-apoyo-directo-a-los-mas-pobres-juntos/#.Vv3Ps3o_2e0.



ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Que se determinó usando la siguiente fórmula: para una población finita (limitada)

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población= **X**

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:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (210)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (210-1)}$$

$$n = 136$$



ANEXO N°02



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE- POMABAMBA, 2014.

Elaborado por: VILCHEZ REYES Adriana.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

1. Sexo:

Masculino () 1 Femenino () 2

2. Edad:

- Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) () 1
- Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) () 2
- Adulto Mayor (60 a más años) () 3

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción () 1
- Inicial/Primaria () 2
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta () 3
- Superior Universitaria () 4
- Superior no universitaria () 5

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- Menor de 750 () 1
- De 751 a 1000 () 2
- De 1001 a 1400 () 3

- De 1401 a 1800 () 4
- De 1801 a más () 5

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo

- Madera, estera () 1

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

6.5. Material de las paredes

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

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua

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

8. Eliminación de excretas

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

9. Combustible para cocinar:

- Gas, Electricidad () 1

- Leña, Carbón () 2
- Bosta () 3
- Tuza (coronta de maíz) () 4
- Carca de vaca () 5

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

- 6 a 8 horas () 1
- 08 a 10 horas () 2
- 10 a 12 horas () 3

17. Con que frecuencia se baña?

- Diariamente () 1
- 4 veces a la semana () 2
- No se baña () 3

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

SÍ () 1

NO () 2

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

Camina () 1 Deporte () 2 Gimnasia () 3 No realizo () 4

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

- Caminar () 1 Gimnasia suave () 2 Juegos con poco esfuerzo () 3
 Correr () 4 Deporte () 5 Ninguna () 6

21. DIETA:

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

ALIMENTOS:	Diario (1)	3 o más veces a la semana (3)	1 o 2 veces a la semana (3)	Menos de una vez a la semana (4)	Nunca o casi nunca (5)
Fruta.					
Carne (pollo, res, cerdo, etc.)					
Huevos					
Pescado					
Fideos, arroz, papa.					
Pan, cereales					
Verduras y hortalizas.					
Otros.					

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo () 1
- Seguridad social () 2
- Empresa para la que trabaja () 3
- Instituciones de acogida () 4
- Organizaciones de voluntariado () 5
- No recibo () 6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 Sí () 1 No () 2
- Comedor popular Sí () 1 No () 2
- Vaso de leche Sí () 1 No () 2
- Otros Sí () 1 No () 2

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

- Hospital () 1
- Centro de salud () 2
- Puesto de salud () 3
- Clínicas particulares () 4
- Otros () 5

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

- Muy largo () 1
- Largo () 2
- Regular () 3
- Corto () 4
- Muy corto () 5
- No sabe () 6

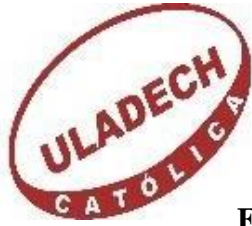
29. En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?

- Muy buena () 1
- Buena () 2
- Regular () 3
- Mala () 4
- Muy mala () 5
- No sabe () 6

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

- Sí () 1 No () 2

Muchas gracias, por su colaboración.



ANEXO N° 03

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE

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

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA ¿La habilidad o conocimiento medido por estas preguntas es....?			ADECUACIÓN (*) ¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Ese nci al	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
I. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS								
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 LA DE SALUD									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario:									
IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS									
P19									
Comentario:									
V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES									

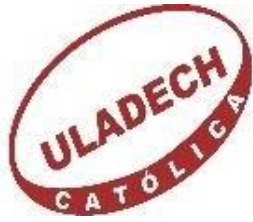
CRÓNICAS								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
VI. DETERMINANTE DE AUTO PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD								
P25								
Comentario:								
VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD								

P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°04



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE-POMABAMBA, 2014.

Validez de contenido:

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

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

n_e = número de expertos que indican esencial.

N= número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

- Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
- Se alcanzó a cada de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE PARCO GRANDE- POMABAMBA”. (Ver anexo).

- 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?
- Una vez llenas las fichas de validación, se anotó el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.
- Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo ...)
- 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.
- Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.
- Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.
- Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

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

El coeficiente de validez total = 0.75

Este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande – Pomabamba



ANEXO N°05



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL BARRIO DE
PARCO GRANDE -POMABAMBA, 2014.**

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

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

FIRMA

.....