



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
CENTRO POBLADO SANTA ROSA – YÚNGAR –
CARHUAZ – 2014.**

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

AUTORA:

Bach. Enf. FLOR KARINA SALINAS JULCA

ASESORA:

Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ

PRESIDENTE

Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

MIEMBRO

Mgtr. GLADYS MERCEDES ROBLES CÁCERES

MIEMBRO

4.1. Agradecimientos:

AGRADECIMIENTO

A mi asesora: por su orientación constante, apoyo invaluable, quien con sus acertadas enseñanzas fue esencial para llevar a cabo esta investigación, muchas gracias Dra. Vásquez Vera, Rocío Belú.

A toda la plana docente quienes nos forjaron con un pensamiento crítico a través de sus enseñanzas motivaciones, Consejos para ser profesionales de calidad y calidez.

A los adultos del centro Poblado Santa Rosa – Distrito Yúngar – Carhuaz, por su confianza y colaboración.

FLOR

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A DIOS, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres María y Joaquín, ellos son los pilares más importantes y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

FLOR

RESUMEN

Trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – 2014. Muestra conformada por 176 adultos, se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.00. Las conclusiones fueron: Determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, la mitad tienen trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, con instrucción inicial/primaria, la mayoría tienen ingreso económico menor de S/ 750 soles. Determinantes de salud relacionados al entorno físico: la mayoría tienen vivienda unifamiliar, duermen de 2 a 3 miembros/habitación, casa propia, piso de tierra, cocinan con leña/carbón, todos tienen techo de eternit/teja calamina, paredes de adobe, conexión domiciliaria de agua, baño propio, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, recogen la basura todas las semanas no diariamente. Determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen verduras y fideos 3 o más veces/semana, carne 1 o 2 veces/semana, más de la mitad consumen huevos, frutas y pescados 1 o 2 veces/semana, pan 3 a más veces/semana, la mayoría consumen otros alimentos 1 o 2 veces/semana, caminan como actividad física, casi todos no fuman, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, todos duermen un promedio de 6 a 8 horas, se bañan 1 vez/semana, no se realizan exámenes médicos periódicos. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que la calidad de atención de salud fue muy buena, la mayoría no recibe apoyo social natural, reciben apoyo social organizado de otros, se atendió en puesto de salud, la distancia al establecimiento de salud está muy cerca de su casa, tiempo de espera fue regular, no hay pandillaje cerca de su casa, casi todos no reciben apoyo social organizado y tienen Seguro Integral de Salud (SIS), MINSA.

Palabras claves: Determinantes de salud, Adultos.

ABSTRACT

Research work of a quantitative, descriptive type, single-box design. Its objective was to describe the determinants of health of the adults of the Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz Town Center - 2014. Sample consisting of 176 adults, the questionnaire on the determinants of health was applied. The analysis and data processing was through the SPSS Software version 20.00. The conclusions were: Biosocioeconomic determinants: less than half are mature adults, half have temporary work, more than half are male, with initial / primary education, most have economic income less than S / 750 soles. Determinants of health related to the physical environment: most have single-family homes, sleep from 2 to 3 members / room, own house, dirt floor, cook with firewood / charcoal, all have roof of eternit / tile calamine, adobe walls, connection domiciliary water, own bathroom, permanent electric power, dispose and dispose of garbage in the collector car, collect garbage every week, not daily. Determinants of lifestyle: less than half consume vegetables and noodles 3 or more times / week, meat 1 or 2 times / week, more than half consume eggs, fruits and fish 1 or 2 times / week, bread 3 or more times / week, most consume other foods 1 or 2 times / week, walk as a physical activity, almost all do not smoke, consume alcoholic beverages occasionally, all sleep an average of 6 to 8 hours, bathe once / week, do not They perform periodic medical exams. Determinants of social and community networks: less than half say that the quality of health care was very good, most do not receive natural social support, receive organized social support from others, attended to health posts, distance to the establishment health is very close to your home, waiting time was regular, there is no gang near your home, almost all do not receive organized social support and have Comprehensive Health Insurance (SIS), MINSA.

Key words: Health determinants, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	22
III. METODOLOGÍA.....	29
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	29
3.2 Diseño de investigación.....	29
3.3 Población y Muestra.....	29
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	30
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	42
3.6 Procesamiento y Análisis de datos.....	45
3.7 Consideraciones éticas.....	45
IV. RESULTADOS.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Análisis de Resultados.....	55
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	121
5.1 Conclusiones.....	121
5.2 Recomendaciones.....	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	155

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01.....	47
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR - CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 02.....	48
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR - CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 03.....	51
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR - CARHUAZ, 2014.	
TABLA N° 04.....	53
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR - CARHUAZ, 2014.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud

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

“La organización mundial de la salud (OMS) define a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas ⁽¹⁾.”

“Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa 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⁾.”

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

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

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

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

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

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

“La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la organización

mundial de la salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes ⁽⁷⁾.”

“De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas ⁽⁷⁾.”

“En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública ⁽⁸⁾.”

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

crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas ⁽⁹⁾.”

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

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

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

“Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre

Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud ⁽¹¹⁾.”

“El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado ⁽¹²⁾.”

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

“Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas ⁽¹⁴⁾”

“Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores ⁽¹⁵⁾.”

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

“Así mismo, en el nivel de educación, el 55% de los pobres y el 71% de los pobres

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

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

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

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

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

El ministerio de salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía 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 afiliada corresponde a las zonas urbano marginales y el 37.23% corresponde a las zonas urbanas ^(18, 19).”

“A este contexto no es ajeno el Centro Poblado de Santa Rosa que cuenta con una población total de 284 habitantes, entre ellos 176 adultos, que se encuentra ubicado en el Distrito de Yúngar, de la Provincia de Carhuaz del Departamento de Ancash, Perú. Tiene una altitud de 2831 metros sobre el nivel de mar, limita al este: con la Comunidad Campesina 3 de octubre de Zanja, por el oeste: con el caserío de Cantar perteneciente al distrito de Anta, por el norte: con el centro poblado de Trigopampa, y al sur: con el centro poblado de Poyor ⁽²⁰⁾.”

El Centro Poblado, según los lugareños se fundó como un pequeño pueblo hace más de 100 años con el nombre de Santa Rosa de Poyor, y como Caserío se crea en el año de 1960, que más adelante quedaría con el nombre actual. El Centro Poblado, con la aprobación del Alcalde Provincial se crea el 11 de abril del 1990, a partir de la fecha cuenta con municipio propio y un pequeño presupuesto mensual de S/ 2,000.00 soles que asigna la Municipalidad Distrital de Yúngar, que es administrado por el alcalde elegido por 4 años, cuenta con todas las principales autoridades, como el Alcalde y sus Regidores, Agente Municipal, Teniente Gobernador, Juez y otros.

Existen los servicios de saneamiento básico como, agua, desagüe, luz eléctrica, todos cuentan con vivienda de material rústico (adobe), el carro recolector de basura pasa todas las semanas, pero no diariamente, así mismo cuenta con servicios de comunicación inalámbrica como, Movistar, Entel, Bitel y claro. Además, cuenta con instituciones educativas de nivel primario, I.E. N° 86723”: “Avelino Sánchez Duran, un C.E Inicial N° 323 “Santa Rosa”, tiene una loza multiuso, existe una iglesia donde cada año se rinde homenaje a “Santa Rosa de Lima”, fecha en que muchos jóvenes realizan la primera comunión, confirmación; además existe en la zona un cementerio municipal a 20 minutos del Centro Poblado.

Existen 2 festividades al año, el primero se celebra la fiesta de Santa Rosa de Lima que es la patrona del Centro Poblado, se celebra a partir del 30 de agosto hasta 1 setiembre, el segundo festejo se celebra en los carnavales, en el mes de febrero, aunque esta costumbre ya está desapareciendo poco a poco, la vestimenta típica actualmente ya no existe, así mismo sus platos típicos son el picante de cuy al estilo

Carhuacino (se diferencia porque el cuy después de sazonar con sal y aceite pasa por carbón para ser dorado y luego se fríe, para el aderezo se necesita ajo y ají amarillo molido, con papas sancochadas en rodajas) y la sopa de llunca con gallina (es una sopa hecha a base de granos de trigo pelado y gallina de corral que es un ave domestica utilizada en la alimentación) tradicional de la zona de Carhuaz.

El Puesto de Salud del Centro Poblado Santa Rosa pertenece a la categoría I-1, Micro Red Salud de Anta, Red de Salud Huaylas Sur, Dirección Regional de Salud Ancash. Brinda la siguiente cartera de servicios como: servicio de consulta externa en atención ambulatoria por enfermera (disponen a un personal médico, del Centro de Salud Anta, una vez al mes), Servicio de atención AIS niño, servicio de atención adolescente, servicio de atención joven, servicio de atención adulto mayor, servicio de atención a la gestante, en cuanto al recurso humano cuenta con: 1 enfermera, 2 técnicos en enfermería y 1 obstetriz los adultos están asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS).

“Entre las enfermedades prevalentes en los adultos, cabe indicar que en el año 2016 fueron atendidos con: infecciones agudas de las vías aéreas leves con un 70%, sobrepeso 6%, Enfermedades Diarreicas Agudas 5%, Cefalea 4,1%, Discapacidad Visual 5%, Lumbago 8% y Artrosis 3% ⁽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 Centro Poblado Santa Rosa

- Yúngar - Carhuaz, 2014?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz.

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

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los Adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los Adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar - Carhuaz.

Finalmente se justifica realizar la investigación ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realiza es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello

contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivos promocionales de la salud de los Adultos del Centro Poblado Santa Rosa -Yúngar - Carhuaz. y reducir los factores de riesgo, así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además, es conveniente para: las autoridades regionales de la Dirección Regional de Salud de Ancash y el Municipio del Distrito Yúngar, en el campo de la Salud, así

como para la población adulta del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger, porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN LITERARIA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

“Gonçalves, M. y col, ⁽¹⁴⁾, en su investigación: Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.”

“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 titulado: La Percepción del

Estado de Salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida, 2003. donde concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.”

A nivel Nacional:

“Aquino, D. ⁽²²⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta. Sector 1 Salaverry - Trujillo, 2012. Es de tipo cuantitativo, descriptivo. Se llegó a las siguientes conclusiones: En relación a los determinantes biosocioeconómicos menos de la mitad tienen trabajo familiar eventual; más de la mitad son adultos jóvenes; perciben un ingreso económico entre 751 a 1000 nuevos soles; la mayoría tiene grado de instrucción superior universitaria y no realizan actividad física más de la mitad. En los determinantes de Entorno Físico en su mayoría vive en casa propia; la mayoría tiene material de piso loseta y paredes de cemento, gas para cocinar, alumbrado eléctrico; tienen agua, desagüe y eliminan la basura en carro recolector.”

“Según determinantes del estilo de vida, la mayoría no fuma ni ha fumado nunca, ocasionalmente una vez al mes consumen bebidas alcohólicas, mayoría no realiza actividad física, consume pescado huevo diario, frutas carnes y verduras una vez por semana. En los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría han

utilizado un servicio de salud, la mayoría refiere que el lugar de atención está cerca de su casa, tiene Es salud, la calidad de atención recibida es buena y no existe pandillaje⁽²²⁾.”

“Correa, B.⁽²³⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre-Sullana, 2013. Tipo cuantitativo-descriptivo. La muestra estuvo conformada por 176 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre Determinantes de la Salud de la Persona. Concluyendo que: más de la mitad son de sexo femenino, etapa de vida adultos maduros, tienen un grado de instrucción secundaria incompleta/completa, la mayoría tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, de ocupación eventual. Respecto a la vivienda, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, propia, su abastecimiento de agua es por conexión domiciliaria, cocinan con gas.”

“En relación a los determinantes de estilos de vida, la mayoría no fuma, menos de la mitad toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico, no realizan actividades físicas, en relación a la dieta alimenticia la mayoría consumen diariamente frutas, carne, huevos, fideos, panes cereales, verduras y hortalizas, menos de la mitad consumen pescado a diario, y otros 1 o 2 veces a la semana. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría se atendió en los últimos 12 meses en el hospital, menos de la mitad tienen seguro del SIS-MINSA, casi todos manifiestan la presencia de pandillaje en su zona, la mayoría cuenta con el apoyo social natural de sus familiares, pero no de otras organizaciones⁽²³⁾.”

“Chiroque, H. ⁽²⁴⁾, en su investigación titulada: Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Heroes del Cenepa- Piura, 2013. Se llegó a las siguientes conclusiones: determinantes biosocioeconomicos más de la mitad tienen un ingreso económico menor de 750 soles, son de sexo femenino, adulto maduro, menos de la mitad con instrucción secundaria completa/incompleta, ocupación estable asimismo eventual. Determinantes salud y vivienda todos consideran que pasan recogiendo la basura por su casa, casi todos tienen baño propio, energía eléctrica permanente, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, de tenencia propia, material de paredes noble, agua conexión domiciliaria, duermen en una habitación de 2 a 3 miembros y menos de la mitad material de piso tierra.”

“Determinantes de estilos de vida casi todos se bañan diariamente, mayoría duerme de 6 a 8 horas, no fuma ni a fumado nunca de manera habitual. Determinantes de redes sociales de apoyo social natural y organizado, la mayoría no recibe apoyo social natural asimismo apoyo de la sociedad organizada. Determinantes de redes sociales de la organización refieren todos no reciben apoyo de comedor popular ⁽²⁴⁾.”

A nivel local:

“Chinchay, M. ⁽²⁵⁾ en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q – Huaraz, 2013. En relación a los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen secundaria completa, perciben ingreso económico menor de 750 soles, trabajo eventual; más de la mitad son adultos jóvenes de sexo femenino. En los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen casa propia, piso tierra, techo eternit, paredes de adobe,

dormitorio compartido y usan gas para cocinar; casi todos cuentan con vivienda unifamiliar, agua con conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente y disponen la basura en carro recolector todas las semanas, pero no diariamente.”

“En los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad realizan actividad física como el caminar en tiempo libre más de 20 minutos, consumen fruta a diario, carne, huevo 3 o más veces a la semana, pescado y otros 1 o 2 veces a la semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, pan, cereales, verduras, hortalizas a diario; casi todos duermen de 6 a 8 horas, se bañan 4 veces a la semana, no realizan examen médico periódico y consumen fideo a diario. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad reciben apoyo de sus familiares, calidad de atención de salud que recibieron fue regular; la mitad se atienden en centro de salud y el tiempo de espera fue regular; más de la mitad no reciben apoyo social organizado, la distancia al establecimiento de salud es regular, cuentan con seguro SIS (MINSA) y todos refieren que no hay pandillaje por sus casas ⁽²⁵⁾.”

“Ayala, J. ⁽²⁶⁾ en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo sector S Huaraz, 2013. Llegando a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos: menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, adultos jóvenes, en los determinantes relacionados al entorno físico tenemos, menos de la mitad comparte un dormitorio entre 2 a 3 miembros, más de la mitad tienen vivienda con

piso de tierra, techos y paredes de cemento y ladrillo, baño propio, disponen y eliminan la basura en carro recolector, casi todos cuentan con vivienda unifamiliar, casa propia, agua con conexión intradomiciliaria, cocinan a gas, energía eléctrica permanente, recogen la basura todas las semanas pero no diario.”

“En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, consumen carnes 3 o más veces/semana, pescado menos de 1 vez/semana y otros productos, más de la mitad se bañan 3 a 4 veces/semana, realizan deporte como actividad física, consumen frutas, fideo, pan, verduras y hortalizas diariamente, casi todos no fuman ni han fumado habitualmente, duermen de 6 a 8 horas diariamente. En los determinantes de redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que la atención y el tiempo de espera es regular, la calidad de atención es buena, más de la mitad, reciben apoyo social natural y organizada, se atendieron en un centro de salud, cuentan con seguro (SIS) MINSA, refieren presencia de pandillaje cerca de su casa ⁽²⁶⁾.”

“Camones, Z. ⁽²⁷⁾ en su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Sector Nuevo Paraíso – Huaraz, 2013. Llegando a las siguientes conclusiones: En relación a los determinantes biosocioeconómicos: más de la mitad tienen trabajo eventual, la mayoría son sexo femenino, adultos jóvenes, con secundaria completa/incompleta, perciben un ingreso menor a 750 soles: En relación a los determinantes del entorno físico: la mayoría tienen vivienda multifamiliar, casa propia, piso de cemento, techo de material noble, paredes de ladrillo, duermen 2 a más miembros en una habitación, todos tienen conexión domiciliaria de agua, baño

propio, cocinan con gas, cuentan con energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector, recogen la basura todas la semanas pero no diariamente.”

“En los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad consumen carne 3 o más veces/ semana, huevo 1 ó 2 veces/ semana, más de la mitad caminan como actividad física, consumen fruta diaria, otros menos de 1 vez/ semana, la mayoría no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, duermen entre 6-8 horas, se bañan 4 veces/ semana, caminan por más de 20 minutos, consumen fideos, pan, verduras a diario. En relación a los determinantes de redes sociales y comunitarios más de la mitad se atendió en centro de salud, el tiempo de espera fue regular, la mayoría reciben apoyo de familiares, reciben apoyo social organizado del vaso de leche, la distancia es regular al centro de salud, cuentan con seguro de salud SIS (MINSA), la calidad de atención es regular, no hay pandillaje por su casa, todas no reciben apoyo social organizado ⁽²⁷⁾.”

“Mezarina, V. ⁽²⁸⁾ en su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chacuabamba – Pomabamba, 2013. Llegando a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos: menos de la mitad tienen inicial/primaria, trabajo eventual; más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, la mayoría tienen ingreso económico menor a s/750 soles. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos: más de la mitad comparten una habitación, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, piso de tierra, disponen y eliminan basura en montículo o campo limpio, casi todos tienen casa propia, todos tienen techo de madera estera (teja), paredes de adobe, conexión

domiciliaria de agua potable, letrinas, cocinan con leña/carbón, energía eléctrica permanente.”

“En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen frutas y panes 1 o 2 veces/semana, huevos menos de una vez/semana, fideos y verduras 3 o más veces/semana, otros alimentos menos 1 vez/ semana, más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de manera habitual, duermen de 10 a 12 hrs, consumen carne y pescado 1 o 2 veces/semana, la mayoría no se realizan exámenes médicos periódicos, caminan en su tiempo libre, casi todos se bañan 4 veces/semana. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: menos de la mitad refieren que es regular la distancia del lugar de atención de salud, más de la mitad consideran tiempo de espera regular, atención buena, la mayoría no reciben apoyo social natural, se atienden en hospital, y cuentan con seguro (SIS-MINSA), no reciben apoyo social organizado y no hay pandillaje cerca de su casa ⁽²⁸⁾.”

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 Marc Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones ⁽²⁹⁾.”

“En 1974, Marc 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 ⁽²⁹⁾. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes ⁽³⁰⁾.”



“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 ⁽³⁰⁾.”

“Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales ⁽³⁰⁾.”

“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 ⁽³⁰⁾.”

“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 ⁽³⁰⁾.”



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 ⁽³⁰⁾.”

“Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

c). Determinantes proximales.

“Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones ⁽³⁰⁾.”

“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 casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud ⁽²⁹⁾.”

“Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

Educación: “Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

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 ⁽³⁰⁾.”

“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 ⁽³¹⁾.”

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo ^(32, 33).

3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla ^(34, 35).

3.3. Población y Muestra:

Población muestral: estuvo conformado por 176 adultos que residen en el Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz.

Unidad de análisis

Los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz que forman parte de la muestra y responden a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos que viven más de 3 años en el Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz.
- Adultos sanos
- Adultos que estuvieron disponibles de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

Los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz que tengan algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO

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 ⁽³⁶⁾.”

Definición Operacional

Escala de razón:

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (41 a 64 años)
- Adulto mayor (65 en adelante)

Sexo

Definición Conceptual.

“Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres ⁽³⁷⁾.”

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino

- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

“Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos ⁽³⁸⁾.”

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

“Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (Monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares ⁽³⁹⁾.”

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor a 750 soles
- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a mas

Ocupación

Definición Conceptual

“Actividad principal remunerativa del jefe de la familia ^{(40, 41).}”

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 ^{(42).}”

Definición operacional

- Vivienda unifamiliar

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

Tenencia de vivienda

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

- Eternit

Material de las paredes:

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

Nº de personas en un dormitorio

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

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- 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)
- Excremento de vaca

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Disposición de basura

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

Con que frecuencia recogen la basura

- Diariamente

- Todas las semanas, pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas

Suelen eliminar la basura en algún lugar

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

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

“Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas ⁽⁴³⁾.”

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica

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

Nº de horas que duerme

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

Frecuencia con que se bañan

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se bañan/ 1 vez a la semana

Realiza algún examen médico

Escala nominal

(Si) (No)

Realiza actividad física

- Caminar

- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juego con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

“Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación ⁽⁴⁴⁾.”

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

- Nunca o casi nunca

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

“Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad ⁽⁴⁵⁾.”

Apoyo social natural

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

Apoyo social organizado

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

Apoyo de algunas organizaciones

- Pensión 65

- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

“Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) ⁽⁴⁶⁾.”

En que Institución de salud se atendió:

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

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Espero en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje cerca de su casa

Escala nominal

(Si) (No)

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

“El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa, que estuvo constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).”

- ✓ Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- ✓ Los determinantes de salud biosocioeconómico: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa.
- ✓ Los determinantes relacionados con la vivienda: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental); de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa.
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales: (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las

personas; de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa.

- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social; de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de los adultos de las Regiones del Perú desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al

constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$\left(\frac{-1}{k} \right)$$

Dónde:

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

L : Es la calificación más baja posible.

K : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú ⁽⁴⁷⁾.

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 ⁽⁴⁸⁾. (Ver anexo N° 03)

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

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

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20 en tablas simples.

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 ⁽⁴⁹⁾.”

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz.

Honestidad

Se informó a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúnger - Carhuaz que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados:

TABLA N^a 01

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR –
CARHUAZ, 2014.**

Sexo	N	%
Masculino	93	52.8
Femenino	83	47.2
Total	176	100
Edad	N	%
Adulto joven	54	30.7
Adulto maduro	87	49.4
Adulto mayor	35	19.9
Total	176	100
Grado de instrucción	N	%
sin nivel e instrucción	10	5.7
Inicial/primaria	123	69.9
secundaria completa /incompleta	19	10.8
Superior universitaria	11	6.2
Superior no universitaria	13	7.4
Total	176	100
Ingreso económico	N	%
menor de 750	167	94.9
De 751 a 1000	3	1.7
De 1001 a 1400	6	3.4
De 1401 a 1800	0	0.0
De 1801 a mas	0	0.0
Total	176	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	3	1.7
Eventual	88	50
Sin Ocupación	75	42.6
Jubilado	0	0.0
Estudiante	10	5.7
Total	176	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz –noviembre, 2014.

TABLA Nª 02

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO
DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR –
CARHUAZ, 2014.**

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda unifamiliar	146	83.0
Vivienda Multifamiliar	30	17.0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0.0
Local no destinado para habitación	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	176	100
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0.0
Cuidar/Alojado	30	17.0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0.0
Alquiler / venta	0	0.0
Casa Propia	146	83.0
Total	176	100
Material del piso	N	%
Tierra	153	86.9
Entablado	0	0.0
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	0	0.0
Laminas asfálticas	23	13.1
Parquet	0	0.0
Total	176	100
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0.0
Adobe	0	0.0
Estera y adobe	0	0.0
Material Noble, Ladrillo, cemento	0	0.0
Eternit/calamina/teja	176	100
Total	176	100
Material de las paredes	N	%
Madera,estera	0	0.0
Adobe	176	100
Estera y adobe	0	0.0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	0	0.0
Total	176	100

Continua...

N° de Personas en dormitorio	N	%
4 a más Miembros	27	15.4
2 a 3 Miembros	137	77.8
Independiente	12	6.8
Total	176	100
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0.0
Cisterna	0	0.0
Pozo	0	0.0
Red publica	0	0.0
Conexión domiciliaria	176	100
Total	176	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0.0
Acequia, canal	0	0.0
Letrina	0	0.0
Baño Publico	0	0.0
Baño Propio	176	100
Total	176	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	17	9.7
Leña, Carbón	159	90.3
Bosta	0	0.0
Tuza (coronta de maíz)	0	0.0
Carca de vaca	0	0.0
Total	176	100
Tipo de alumbrado	N	%
Energía Eléctrica Permanente	176	100
Sin energía	0	0.0
Lámpara (no eléctrica)	0	0.0
Grupo electrógeno	0	0.0
Energía eléctrica temporal	0	0.0
Vela	0	0.0
Total	176	100
Disposición de basura	N	%
A campo Abierto	0	0.0
Río	0	0.0
En un pozo	0	0.0
Se entierra, quema, carro recolector	176	100
Total	176	100

Continua...

Con que frecuencia recogen la basura	N	%
Diariamente	0	0.0
Todas las semanas, pero no diariamente	176	100
Al menos 2 veces por semana	0	0.0
Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas	0	0.0
Total	176	100
Suelen eliminar la basura en algún lugar	N	%
Carro recolector	176	100
Montículo o Campo Limpio	0	0.0
Contenedor específico de recogida	0	0.0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	176	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – noviembre, 2014.

TABLA N^a 03

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL
CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR – CARHUAZ, 2014.**

Actualmente fuman los adultos	N	%
Si fumo, diariamente	0	0.0
Si fumo, pero no diariamente	8	4.5
No fumo actualmente, pero he fumado antes	0	0.0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	168	95.5
Total	176	100
Frecuencia que ingiere bebida alcohólica	N	%
Diario	0	0.0
Dos o tres veces por semana	0	0.0
Una vez a la semana	0	0.0
Una vez al mes	0	0.0
Ocasionalmente	170	96.6
No consumo	6	3.4
Total	176	100
Horas que duerme	N	%
(06 a 08 h)	176	100
(08 a 10 h)	0	0.0
(10 a 12 h)	0	0.0
Total	176	100
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	0	0.0
4 veces a la semana	0	0.0
No se Baña/1 vez a la semana	176	100
Total	176	100
Se realizó algún examen médico	N	%
Si	0	0.0
No	176	100
Total	176	100
Realiza actividad física	N	%
Caminar	130	74.0
Deporte	10	6.0
Gimnasio	0	0.0
No realiza	35	20
Total	176	100

Continua...

Actividad física las dos últimas semanas	N	%
Caminar	137	77,8
Gimnasia Suave	0	0.0
Juego con poco esfuerzo	0	0.0
Correr	0	0.0
Deporte	12	6.8
Ninguno	27	15.4
Total	176	100

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frutas	2	1.1	61	34.9	112	64.0	0	0.0	0	0.0	176
Carne	3	1.7	49	27.8	84	47.7	40	22.7	0	0.0	176
Huevos	18	10.2	62	35.2	96	54.5	0	0.0	0	0.0	176
Pescado	0	0.0	13	7.4	122	69.3	41	23.3	0	0.0	176
Fideos	58	33.0	83	47.2	35	19.9	0	0.0	0	0.0	176
Pan	63	35.8	107	60.8	6	3.4	0	0.0	0	0.0	176
Verduras	58	33.0	69	39.2	49	27.8	0	0.0	0	0.0	176
Otros	1	6	21	11.9	124	70.5	29	16.5	1	6	176

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa -Yúngar – Carhuaz– noviembre, 2014.

TABLA N^a 04

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA
ROSA - YÚNGAR – CARHUAZ, 2014.**

Apoyo social natural	N	%
Familiares	30	17.0
Amigos	0	0.0
Vecinos	0	0.0
Compañeros espirituales	0	0.0
Compañeros de trabajo	0	0.0
No recibo	146	83.0
Total	176	100
Apoyo social Organizado	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0.0
Seguridad social	3	1.7
Empresa para la que trabaja	0	0.0
Institución de acogida	0	0.0
Organización de voluntariado	0	0.0
No recibo	173	98.3
Total	176	100
Apoyo social de algunas Organizaciones	N	%
Pensión 65	19	10.8
Comedor popular	15	8.5
Vaso de Leche	13	7.4
Otros	129	73.3
Total	176	100
En que Institución de salud se atendió	N	%
Hospital	6	3.4
Centro de salud	0	0.0
Puesto de salud	170	96.6
Clínica Particular	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	176	100
Distancia de lugar de atención de salud	N	%
Muy cerca de su casa	167	94.9
Regular	3	1.7
Lejos	5	2.8
Muy lejos de su casa	1	0.6
No sabe	0	0.0
Total	176	100

Continua...

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	5	2.8
SIS-MINSA	170	96.6
Sanidad	1	0.6
Otros	0	0.0
Total	176	100
Qué tiempo esperó para que lo atendieran	N	%
Muy largo	0	0.0
Largo	0	0.0
Regular	150	85.2
Corto	26	14.8
Muy corto	0	0.0
No sabe	0	0.0
Total	176	100
Calidad de Atención que recibió	N	%
Muy buena	84	47.7
Buena	78	44.3
Regular	14	8.0
Mala	0	0.0
Muy mala	0	0.0
No sabe	0	0.0
Total	176	100
Pandillaje cerca de la vivienda	N	%
Si	15	8.5
No	161	91.5
Total	176	100

Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – noviembre, 2014.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA N° 01

Se evidencia la distribución porcentual de los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – 2014, donde el 52,8 % (93) son de sexo masculino, 49,4% (87) son adultos maduros, 69,9% (123) tienen grado de instrucción de inicial/primaria, 94,9% (167) tienen un ingreso económico mensual menor a S/ 750 soles y el 50% (88) tienen trabajo eventual.

“El presente resultado coincide con lo obtenido por Beltrán, J. ⁽⁵⁰⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte – Lima, 2015. Donde el 62,5% son del sexo masculino, 53,7% trabajan eventualmente, 75% son adultos maduros, el 56,2% tienen grado de instrucción primaria y el 97,5% tiene un ingreso económico menor de S/ 750,00 soles.”

“Así mismo los resultados de la presente investigación se asemejan con el resultado obtenido por Santillán, Y. ⁽⁵¹⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma – Taricá, 2013. Donde obtiene un 53,9% (82) de sexo masculino, 43,4% (66) son adultos maduros, el 44,7% (68), tiene secundaria completa/incompleta, el 84,2% (128) su ingreso económico es menor de 750 soles y el 72,4%(110) tienen ocupación eventual.”

“También el estudio que se semeja con la presente investigación es el estudio de

Pinedo, P. ⁽⁵²⁾, titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro - 2015. Quien reportó que el 57% (68) son del sexo masculino; el 60% (52) tiene secundaria completa/secundaria incompleta; el 77 % (72) tiene un ingreso económico menor de 750,00 nuevos soles y el 50% (60) trabajan eventualmente.”

“Un estudio que difiere en algunas variables es el de Sobrevilla, V. ⁽⁵³⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Personas Adultas del Caserío Somate Bajo Bellavista – Sullana, 2013. se observa que el 67,5% de la población son de sexo masculino, el 50,2% son adultos maduros, el 38,9% tiene grado de instrucción inicial/primaria, el 39,6% tiene un ingreso económico De 1001 a 1400 nuevos soles y que el 39,6% es trabajador eventual.”

“Así mismo los resultados difieren con lo obtenido por Ordinola, L. ⁽⁵⁴⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Persona Adulta del Caserío San Vicente de Piedra Rodada – Bellavista – Sullana, 2013. El 61,3 % de ellos son de sexo masculino, el 57,8 % es adulto maduro (de 30 a 59 años 11 meses 29 días), el 46,5% tienen grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, el 43% tienen un ingreso económico menor de 750 y el 46,1 % es trabajador eventual.”

“El sexo se define como una condición orgánica que distingue al varón y a la mujer dentro de una misma especie que tiene características anatómicas y cromosómicas x e y. También el sexo es un mecanismo mediante el cual los humanos al igual que otra especie vegetal y animal evolucionada se reproducen ⁽⁵⁵⁾.”

“El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al

aspecto del humano como hembras y macho, el sexo sería una clasificación de las personas como masculino y femenino en su momento de nacimiento, basado en 56 características corporales biológicas como la dotación cromosómica, las hormonas, los órganos reproductores internos y la genitalidad ⁽⁵⁶⁾.”

“Así mismo se define por los gametos que producen los sexos masculinos producen gametos masculinos (espermatozoide) mientras que los del Sexo femenino (óvulos) los organismos individuales que producen tantos gametos Masculinos, como gametos femeninos se denominan hermafroditas ⁽⁵⁷⁾.”

“La edad se define desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona; la edad biológica tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, tejidos órganos sistemas y la edad psicológica define a la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos del individuo y la personalidad a lo largo del ciclo vital ⁽⁵⁸⁾.”

“La edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales. Claro que la idea de la edad también puede tener una connotación de madurez o vejez ⁽⁵⁹⁾.”

“Así mismo la edad es expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento como la edad de un lactante que se expresen en horas días o meses y la

edad de un niño que se expresen en años. Es la que corresponde con el estado funcional de nuestros órganos, comparados con patrones estándares para una edad ⁽⁶⁰⁾.”

“El grado de instrucción se define a cada uno de las secciones en que los alumnos se agrupan según su edad o según el nivel educativo que han alcanzado, el título obtenido al aprobar algunos niveles de estudio de la enseñanza media o superior, el nombre que recibe cada una de las etapas por la que pasa el alumno antes de dominar la materia estudiada, desde la más simple hasta la más compleja ⁽⁶¹⁾.”

“El grado de instrucción consiste en adquirir los conocimientos también se considera como el fortalecimiento del desempeño del sistema educativo como un elemento cultural y humano el hecho de que sus aspectos económicos sean los más estudiados de las personas con un mayor nivel educativo alto y que tengan un mayor salario, es decir, se tendrá una actitud de salud de preventiva más correctiva ⁽⁶²⁾.”

“La educación secundaria en el Perú es el tercer nivel de la Educación Básica Regular, dura cinco años y atiende a los menores de entre 12 y 17 años de edad, además, forma a los púberes y adolescentes peruanos para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio; teniendo en cuenta sus características, necesidades y derechos ⁽⁶³⁾.”

“Ingreso económico es el pago que recibe de forma periódica un trabajador de mano de su empleador a cambio que este trabaje durante un tiempo determinado para el que fue contratado. También es la cantidad de dinero que una persona percibe mensualmente producto de su trabajo ⁽⁶⁴⁾.”

“El Ingreso económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios 58 que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia ⁽⁶⁵⁾.”

“El ingreso económico es definido como la condición socioeconómica, también trata de reflejar el nivel o estatus personal, tanto en la dimensión social como en la economía. En cualquier caso, es obvio que evidenciar como una condición socioeconómica concreta que expresa social o económicamente solo puede ser realizado tomando como unidad de análisis la persona ⁽⁶⁶⁾.”

“La Ocupación es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas ⁽⁶⁷⁾.”

“También se define como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de la actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales determinados por la posición en el trabajo. El empleado es la persona que desempeña un trabajo a cambio de un salario ⁽⁶⁸⁾.”

“En muchas ocasiones, el personal que ingresa como temporario es contratado por la empresa cliente en forma efectiva, sin representar costos adicionales para el cliente. Los trabajadores eventuales, como dijimos anteriormente, son considerados

empleados de la empresa de servicios eventuales con la que media un contrato de trabajo por tiempo indeterminado ⁽⁶⁹⁾.”

En los determinantes biosocioeconómicos observamos que el sexo masculino supera un mínimo porcentaje al sexo femenino. De acuerdo al reporte del Puesto Salud de Santa Rosa, que menciona que en el año 2015 de 5 nacidos vivos 3 fueron de sexo masculino y 2 de sexo femenino, otras de las razones que puede explicar este fenómeno es que cuando las jóvenes deciden formalizar su familia, suelen migrar al pueblo de su cónyuge en este caso a la casa del varón, originando así una disminución en el número de mujeres del Centro Poblado Santa Rosa.

En el caso de los varones se observa que hay poca migración a otras ciudades, porque casi todos son trabajadores independientes que son el sostén de sus familiares, son reconocidos como los jefes del hogar que mayormente se encargan de llevar el sustento a sus respectivas familias.

“Estos resultados se ven reflejados en los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2015, en el departamento de Ancash, donde el sexo masculino supera un mínimo porcentaje al sexo femenino, así mismo en nuestra población peruana, el 50,1% son hombres y el 49,9% son mujeres ⁽⁷⁰⁾.”

En cuanto a la edad, el grupo predominante son los adultos maduros, esta situación se puede explicar dentro del contexto nacional que vivimos como país donde las cifras de migración a las grandes ciudades en busca de mejores oportunidades, son bastante altas; no estando ajenos a esta situación los jóvenes del Centro Poblado

Santa Rosa. Sin embargo, cabe mencionar que un porcentaje importante de jóvenes (30, 7%) se quedan en este lugar y forman sus familias buscando realizar actividades que les permitan satisfacer sus principales necesidades.

“Por otro lado, el (INEI) informa en la encuesta aplicada a las regiones del país, el 30 de junio del año 2015, de acuerdo al sexo y grupo de edad son adultos maduros. Que en la actualidad las personas entre 20 a 39 (40,5%) de adultos jóvenes, 40 a 64 años representa el 63,1 % y las personas mayores de 65 años el 6,4% ⁽⁷¹⁾.”

El grado de instrucción predominante es de inicial / primaria, esta realidad es muy parecida a lo que ocurre en casi todos los pueblos del Callejón de Huaylas, en este caso particular según lo observado en el Centro Poblado Santa Rosa podríamos decir que se debe a la actividad económica que realizan donde predomina la agricultura y la pequeña ganadería, por lo que los padres necesitan el apoyo de sus hijos para llevar acabo estos trabajos por lo que deciden concluir y postergar la continuidad de los estudios de sus hijos este hecho se aprecia más en el género femenino ya que ellos manifiestan que para ser ama de casa no necesitan estudiar.

Podemos decir que en el Centro Poblado Santa Rosa, hace muchos años solo existían instituciones educativas de inicial/primaria, y gracias a estas la mayoría de los adultos lograron culminar su primaria completa, la infraestructura de aquellos años era de material rústico, las mesas y sillas de madera, pero lo más importante fue que tenían donde estudiar gracias al apoyo del estado y del pueblo, por otro lado los pocos adultos que lograron culminar su secundaria tenían que ir hasta el distrito

de Yúngar aproximadamente a 1 hora de caminata.

En la actualidad, el Centro Poblado Santa Rosa, cuenta con una Institución Educativa, moderna con una buena infraestructura, que brinda los servicios de inicial y primaria, esto gracias a las gestiones de las autoridades del centro poblado Santa Rosa y ejecutadas por la municipalidad Distrital de Yúngar, sin embargo, hasta el momento no cuentan con el nivel secundario motivo por el cual los alumnos tienen que ir hasta distrito de Yúngar al colegio Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; a diferencia del pasado en la actualidad existe el servicio de taxi colectivo que les permite llegar a su centro educativo en un tiempo aproximado de 20 minutos.

“Existe un estudio hecho por el INEI a nivel nacional en el año 2014, donde muestra que en cuanto al nivel educativo en las zonas rurales del Perú el 47,7% de los jóvenes culminó educación inicial y primaria y el 30 % el nivel secundario, en la actualidad se viene superando progresivamente ⁽⁷²⁾.”

En cuanto al ingreso económico la mayoría tiene un ingreso menor de 750 soles, esto se puede explicar porque en el distrito de Yúngar hay pocas gestiones en obras, por parte de las autoridades, ya sea distrital o local, ya que cuando salen los proyectos el beneficio es para todos los adultos del Centro Poblado Santa Rosa, dando la oportunidad de trabajo hasta que se termine la obra pública esto dura solo por 2 a 3 meses; así mismo sus ingresos permanentes es en la agricultura, crianza de animales menores vendiendo sus productos (papa, maíz, trigo, habas y alfalfa) obteniendo una ganancia mínima de 350 a 500 soles, con lo cual solventan sus gastos de canasta familiar.

“Según la Población Económicamente Activa (PEA) en algunas encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2013, el 43% de la tiene como mayor nivel de instrucción la educación secundaria incompleta. Población que cuenta con bajos ingresos y menores posibilidades de conseguir mejorar su situación por no haber culminado sus estudios todo esto se suma a la insuficiente asignación presupuestal la falta de una política que focalice más recursos en las zonas que presentan mayores disparidades para mejorar las necesidades educativas medidas por niveles de pobreza y el bajo nivel de asignación presupuestal ⁽⁷³⁾.”

“Así mismo estos resultados reflejan en algunos datos estadístico encontrados por el Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI) a nivel nacional en el año 2014 donde muestran que un 56,7 % de los jóvenes de ambos sexos no cuentan con un trabajo estable, solo cuentan con trabajos eventuales ⁽⁷⁴⁾.”

En relación a la ocupación de los adultos los resultados encontrados muestran que menos de la mitad tienen trabajos eventuales, ya que no hay muchas oportunidades de trabajo como para que puedan tener un trabajo estable, ya que ellos no han podido lograr estudiar una carrera profesional, sino solamente trabajos comunes de la zona como: albañilería, construcción de casas, como peones cuando se presenta un trabajo que duran solamente días o máximo un mes y además en la agricultura; deshierbar y regar sus sembríos (trigo, cebada, alfalfa, verduras y otros) así mismo en la crianza de animales menores.

Resulta importante también mencionar en este análisis el resultado de 42,6% que

corresponde a la alternativa sin ocupación, donde están consideradas las amas de casa, podemos decir que históricamente el trabajo que se realiza en casa es poco reconocido por la sociedad, especialmente por el género masculino, a menudo las labores domésticas son minimizadas y carentes del valor económico que trae consigo y no son retribuidas a la mujer, sino que pasan a formar parte de sus “funciones”. por otro lado 1,7% de los adultos cuentan con trabajo estable, esto debido a que lograron estudiar el nivel superior universitario gracias a sus esfuerzos, actualmente se encuentran laborando como profesores y abogados.

“Según fuentes del INEI, en el año 2015 menciona que, a nivel de nuestro país, la mayor proporción de población económicamente activa es ocupada por adultos residentes en el área urbana, se ubica en la categoría de trabajador Independiente (53%) en empleado (17,8%) y obrero (12,7%), es decir que nuestra población tiene mayor porcentaje de personas trabajadoras independientes siendo estos trabajos eventuales⁽⁷⁵⁾.”

Frente a lo expuesto podemos concluir que respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa, el grado de instrucción inicial/ primaria, el ingreso económico y la ocupación predominantes, son aspectos que influyen negativamente en su salud, haciéndolos más vulnerables a situaciones que pueden afectar su calidad de vida.

TABLA N° 02.

En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de los

Adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – 2014. Se evidencia que el 83% (146) tienen vivienda unifamiliar, 83% (146) tienen vivienda propia, el 86,9% (153) con piso de tierra, 100% (176) presentan techo eternit/calamina/teja, el 100% (176) paredes de adobe, 77,8% (137) de los adultos duermen 2 a 3 miembros en una habitación, 100% (176) tienen como abastecimiento de agua conexión domiciliaria, el 100% (176) tienen baño propio dentro de la vivienda, 90, 3% (159) utilizan leña/carbón para cocinar, 100% (176) tienen energía eléctrica permanente, 100% (176) eliminan la basura en carro recolector, 100% (176) pasa carro recolector de basura todas las semanas pero no diariamente y el 100% (176) suelen eliminar la basura en carro recolector.

“El presente resultado se asemejan con el resultado obtenido por Solís, B. ⁽⁷⁶⁾, quien estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015. Donde concluye que el 86% (172) de adultos tienen vivienda unifamiliar, 86,5% (173) tienen casa propia, 88,5% (177) el piso de sus viviendas es de tierra, 65,5% (131) manifestaron que el material del techo de su vivienda es de eternit, 97,5% (195) las paredes de su vivienda es de adobe, 53,5% (107) manifestaron que duermen en habitaciones individuales, 100% (200) poseen abastecimiento de agua mediante conexión domiciliaria, el 64% (128) tienen baño propio, 58,5% (117) usan gas para cocinar, 82% (164) tienen energía eléctrica permanente, 100% (200) desechan su basura a través de un carro recolector y el 100% (200) manifestaron que sus desechos son recogidas todas las semanas pero no diariamente.”

“Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por

Torre, L. ⁽⁷⁷⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Churap – Monterrey – Huaraz, 2013. el 58 % (78), tienen vivienda unifamiliar, 49% (66) tienen casa propia, 55%(74) piso de tierra, 51% (69) techo de eternit, 93%(126) paredes de adobe, 73% (99) comparten 2 a más miembros el dormitorio, el 100% (135) tienen agua de conexión domiciliaria, 99% (133) tienen baño propio, 96% (130) cocinan a leña, 100% (135) tienen energía eléctrica permanente, 90% (122) eliminan la basura a campo abierto, y el 53% (86) refieren que el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente, finalmente el 70% (94) suelen eliminar la basura en un montículo a campo limpio.”

“Estos resultados con algunas variantes similares fueron encontrados por Méndez, N. ⁽⁷⁸⁾, quien en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector T Huaraz, 2013. Donde el 83,4% (141) tienen vivienda unifamiliar, 91,7 % (155) casa propia, 100 % (169) material de piso tierra, 100 % (169) material de techo de planchas de eternit, 98,2% (166) paredes de adobe, 78,7% (133) duermen de 2 a 3 personas en una habitación, 62,7 % (106) se abastecen con agua de acequia, 65,1 % (110) eliminan sus excretas al aire libre, 98,2 % (166) cocinan con leña, 59,2 (100) tienen energía eléctrica permanente, 60,9% (103) disponen su basura a campo abierto, 58% (98) refieren que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es todas las semanas pero no diariamente, 60,9% (103) suelen eliminar basura a campo limpio.”

“También se asemejan con el estudio encontrado por Santillán, Y. ⁽⁷⁹⁾, en su estudio: Determinantes de Salud de los Adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C

Lucma Taricá, 2013. Donde se concluyó que el 68,4%(104) tienen vivienda unifamiliar, 100% (152), cuentan con vivienda propia, piso de tierra el 56,6% (86), tiene techo de adobe, pared adobe, el 90,1% (137) dormían en una habitación de 2 a 3 miembros, 100% (152), tienen conexión domiciliaria de agua, cuentan con baño propio, 67,8%(103), cocinan con leña, carbón, el 71,1%(123), tienen energía eléctrica permanente, 100%(152), eliminan la basura enterrando, quemando y en carro recolector, 100% (152) afirmaron que la frecuencia con que recogen la basura es diariamente y el 100%(152) suelen eliminar su basura en el carro recolector.”

“Un estudio que difiere en algunas variables es el de Uchazara, M. ⁽⁸⁰⁾, quien en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor Los Palos Tacna, 2013. Encontró que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, el 95% tenencia propia, el 53,2% presenta el material del piso de tierra, 54,8% presentan material de las paredes de adobe pero difiere en que el 71,8 % material del techo de estera y adobe; el 100 % presenta de 2 a 3 miembros en una habitación, 58,9% utiliza pozo para el abastecimiento de agua, el 54% presentan desagüe por medio de letrina, el 48,5 % utiliza como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), el 65,5 % elimina la basura a campo abierto.”

“Así mismo difiere con el estudio realizado por Salazar, F. ⁽⁸¹⁾, en su estudio: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P Huaraz, 2013. Donde el 68% (116) tienen vivienda unifamiliar, el 90% (153) tienen casa propia, 75% (127) tienen piso Loseta, 67% (114) tienen techo material noble , ladrillo y cemento, 75% (128) material de pared es de material noble , ladrillo y

cemento, 89% (152) duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, en cuanto saneamiento el 100% (169) tienen abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% (169) eliminan sus excretas en baño, 100% (169) tienen baño propio, el 94% (159) cocinan con gas, 100% (169) tienen electricidad, 95% (161) recolectan su basura en carro recolector, 100% (169) manifiestan que la basura no la recogen diariamente y el 95% (161) eliminan en carro recolector.”

“La vivienda es un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad. Las viviendas pueden clasificarse teniendo en cuenta distintos criterios, algunos de ellos son: vivienda unifamiliar, multifamiliar, barracas ⁽⁸²⁾.”

“La vivienda es un lugar indispensable para nuestra vida, necesario para el desarrollo de los individuos y de la familia. Nuestra vivienda debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de cada una de las personas que la habitamos. Una vivienda cumple con la función de brindarnos seguridad y protección cuando: Está ubicada en un lugar donde no existen riesgos de deslizamientos y de inundaciones, Garantiza que en sus paredes, techos y suelo no existen grietas, ni huecos en donde habiten animales que nos generen enfermedades o accidentes, Tiene espacios limpios, seguros que nos brindan un mínimo de privacidad ⁽⁸³⁾.”

“Una Vivienda unifamiliar es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por personas miembros de una familia básica

(padre, madre e hijos) en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras ⁽⁸⁴⁾.”

“La tenencia de vivienda se define como una proporción de viviendas según tipos de Viviendas particulares habitadas. 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 ⁽⁸⁵⁾.”

“La tenencia de vivienda es definida como el cumplimiento jurídico y también práctico del derecho a la vivienda. La tenencia adopta una variedad de formas, como el alquiler (público y privado), la vivienda en cooperativa, la vivienda en propiedad, la vivienda de emergencia y los alojamientos públicos y privados. Sea cual fuere el tipo de tenencia, todas las personas deben gozar de cierto grado de seguridad de tenencia que les garantice una protección legal contra el desahucio, el hostigamiento u otras amenazas. ⁽⁸⁶⁾.”

“Tenencia de vivienda es cuando una edificación pertenece a una familia determinada cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a todos los integrantes, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas, el ser humano siempre ha tenido la necesidad de refugiarse para paliar las condiciones adversas de vivir a la intemperie. ⁽⁸⁷⁾.”

“El piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento,

que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). El piso construida o adaptada para caminar encima de ella, particularmente dentro de las casas y los edificios: piso de tierra, piso de madera y piso de material solido o cemento ⁽⁸⁸⁾.”

“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 ocasiones se utiliza, erróneamente, piso en vez de forjado, que es el elemento estructural horizontal de una planta ⁽⁸⁹⁾.”

“Piso de tierra es cuando en el interior de la estructura, no se ha hecho ninguna mejora a la tierra en su estado original, además de los riesgos sanitarios principalmente en los niños, nos indica sobre las condiciones socioeconómicas de sus habitantes, que por lo regular son bajas. Para que una vivienda se considere con estructuras durables, se toman a consideración los materiales de pisos, paredes y techos ⁽⁹⁰⁾.”

“El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este 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 ⁽⁹¹⁾.”

“En construcción se conoce por techo a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que oculta la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura. Dependiendo del fin y tipo de construcción, el techo puede ser diseñado y construido de diversas formas y con una variedad de materiales ⁽⁹²⁾.”

“Los techos son los que protegen la casa y estos deben proporcionar protección y evitar que tengan espacios por donde ingresen el agua y animales tales como ratas o murciélagos, que nos generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia. Este es la parte que más cuesta, 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 ⁽⁹³⁾.”

“La pared es una construcción que permite dividir o delimitar un espacio, también conocida como muro es una construcción que presenta una superficie vertical y sirve para cerrar un espacio. Se define como muro: “Toda estructura continua que de forma activa o pasiva produce un efecto estabilizador sobre una masa de terreno”. El carácter fundamental de los muros es el de servir de elemento de contención de un terreno, que en unas ocasiones es un terreno natural y en otras un relleno artificial ⁽⁹⁴⁾.”

“La pared también es definida como la parte que cierra la casa, protege del frío o del calor, de los vientos y de la luz, y nos da privacidad. El muro soporta su peso y el del techo. Existen diferentes materiales para su construcción: La tapia pisada: es de uso tradicional y emplea la tierra como material para los muros. El adobe de tierra: es

una forma económica usada en muchas culturas para la construcción de muros. El ladrillo o los bloques de cemento, son materiales con buena resistencia a la carga, duraderos en el tiempo ⁽⁹⁵⁾.”

“Adobe es una palabra de origen árabe que significa: ladrillos de barro que se secaron con el sol. De esta manera pasó a significar toda masa barrosa, en general consistente en una mezcla formada en su mayor cantidad por arena (80%) arcilla (20 %) y agua, que en algunos casos aparece mezclada con paja, para evitar las grietas, secada con el sol, dándole forma rectangular, de ladrillo, con moldes especiales, que se emplea en albañilería para realizar la construcción de paredes y muros ⁽⁹⁶⁾.”

“La habitación, proviene de palabra latín: habitare (habitar), en arquitectura, es un espacio distinguible mediante una estructura. Usualmente está separada de otros espacios interiores mediante pasillos y paredes interiores; y del exterior, mediante paredes exteriores. Normalmente se accede mediante una puerta ⁽⁹⁷⁾.”

“Entendemos por dormitorio al espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. ⁽⁹⁸⁾.”

“En general usamos habitación para designar el cuarto donde se pernocta, o lo que conocemos como dormitorio, aunque también es habitaciones cada uno de los compartimentos de la vivienda separados por paredes, tabiques y generalmente, puertas. La falta de espacio influye negativamente en las relaciones familiares. Los padres deben dormir en un espacio diferente al de las habitaciones de los hijos. Los

hijos pueden dormir juntos si pertenecen al mismo género, niños con niños y niñas con niñas. Algunos problemas como el incesto, la violencia y el abuso sexual infantil están asociados al hacinamiento ⁽⁹⁹⁾.”

“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. Según el origen del agua, para transformarla en agua potable deberá ser sometida a tratamientos, que van desde la simple desinfección y filtración, hasta la desalinización ⁽¹⁰⁰⁾.”

“Se conoce como red de abastecimiento de agua potable al sistema que permite que llegue el agua desde el lugar de captación al punto de consumo en condiciones correctas, tanto en calidad como en cantidad. Este sistema se puede clasificar por la fuente del agua en: agua de mar, agua superficial; esta procede de lagos o ríos, agua de lluvia almacenada, agua subterránea y las aguas procedentes de manantiales naturales ⁽¹⁰¹⁾.”

“El Agua es el elemento fundamental para la vida del hombre constituyendo entre el 59 al 66% del peso del cuerpo humano, su empleo es múltiple en las actividades del hombre. Sirve como elemento líquido primordial, se emplea en la agricultura, industria, aseo personal, minería, salud pública, etc. ⁽¹⁰²⁾.”

“Eliminación de excretas es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de

excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario; en cualquier tipo de clima ⁽¹⁰³⁾.”

“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 ⁽¹⁰⁴⁾.”

“Las excretas llamadas también heces o materias fecales, son el resultado de la transformación de los alimentos consumidos por las personas y animales. En las excretas hay microorganismos y huevos de parásitos que causan enfermedades muy graves que pueden causar la muerte. La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en aquellas comunidades de bajos ingresos ubicadas en áreas marginales urbanas y rurales, donde comúnmente no se cuenta con un adecuado abastecimiento de agua, ni con instalaciones para el saneamiento ⁽¹⁰⁵⁾.”

“El acceso al combustible para cocinar suele ser limitado tanto en situaciones de conflicto como una vez superado este. A pesar de que la mayoría de las raciones de alimentos que distribuye la ayuda humanitaria deben cocinarse, en dichas raciones no se suele incluir el combustible para cocinar. Las mujeres no sólo necesitan la leña para cocinar, sino que además muchas la recogen como medio de subsistencia para venderla ⁽¹⁰⁶⁾.”

“Aunque combustible es cualquier sustancia que pueda arder, habitualmente se

reserva esta denominación para aquellos materiales que son quemados para producir energía calorífica. Los combustibles pueden clasificarse, según el estado en que se presentan, en: combustibles sólidos: leña, carbón vegetal, carbón mineral, carbón de coque; combustibles líquidos: gasolina, gasóleo, petróleo industrial (queroseno), alcoholes, y combustibles gaseosos: gas ciudad, gas natural, propano, butano, acetileno ⁽¹⁰⁷⁾.”

“Los combustibles para cocinar son: la madera, los residuos de cosechas, el carbón y el estiércol son los combustibles más usados para cocinar. Sin embargo, al arder todos estos combustibles producen contaminación y problemas respiratorios. Además, el carbón y la leña son escasos en ciertos lugares ⁽¹⁰⁸⁾.”

“El sistema de iluminación representa, a gran escala, el consumo energético de diferentes lugares, tanto públicos como privados. El aprovechamiento máximo de la luz natural va de la mano con la aplicación de tecnologías eficientes y eficaces en el alumbrado y en su sistema de control de iluminación. Se calcula que aproximadamente se reduce el consumo de energía de entre un 15% y un 50% si los lugares e instalaciones cuentan con un sistema de iluminación adecuado ⁽¹⁰⁹⁾.”

“Durante los últimos años se han desarrollado técnicas de iluminación eco amigables, como los paneles de luz solar que por mantener aun costos relativamente altos no pueden ser adquiridos fácilmente, otros como las turbinas de auto energía alimentados por luz solar que generan un almacenamiento de energía para las edificaciones donde están contenidas generando un 88,7% menos del uso de energía eléctrica pura, pero que por no ser de costos accesibles no son aplicables ⁽¹¹⁰⁾.”

“La luz eléctrica es aquella producida por el flujo de una corriente eléctrica en medio de un Generador de la misma (Bombillos, Lámparas, etc). Es la manera con la que se ilumina casi todo el mundo industrializado, usándose tanto para iluminar la noche como para disponer de luz adicional durante el día. Estas luces normalmente se alimentan de la red de suministro eléctrico, pero también pueden alimentarse de forma autónoma o local a través de baterías o generadores eléctricos para servicios de emergencia en hospitales u otros locales donde la falta de luz puede ser un grave problema ⁽¹¹¹⁾.”

“Lugar de eliminación de la basura es definida como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente. Así mismo es definido como todo desecho descartado por no poder ser utilizado para ningún fin ⁽¹¹²⁾.”

“La disposición de la basura o desechos Sólidos comprende la eliminación de los materiales sólidos o semisólidos que carecen de utilidad y que provienen de las actividades generadas por el ser humano y los animales. Podemos dividir dicha eliminación en 4 categorías fácilmente diferenciables: Los desechos agrícolas, los desechos industriales, los desechos comerciales y los desechos domésticos ⁽¹¹³⁾.”

La disposición de la basura es la recolección, transporte, procesamiento o tratamiento, reciclaje o disposición de material de desecho, generalmente producida

por la actividad humana, en un esfuerzo por reducir los efectos perjudiciales en la salud humana y la estética del entorno, aunque actualmente se trabaja no solo para reducir los efectos perjudiciales ocasionados al medio ambiente sino para recuperar los recursos del mismo ⁽¹¹⁴⁾.”

“Frecuencia con que recogen la basura es definida como el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles ⁽¹¹⁵⁾.”

“Los recolectores de la basura y material reciclable conocidos también como recolectores de basura, desechos o material reciclable, manejan y operan camiones para llevar a estaciones de transferencia y basureros certificados o bien materiales reciclables para transportarlos a centros de reciclaje ⁽¹¹⁶⁾.”

“La eliminación de la basura es muy importante, porque el manejo inadecuado es una importante fuente para la proliferación de moscas, alimento de roedores y hábitat de cucarachas, que nos generan contaminación y enfermedad. Las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones, etc ⁽¹¹⁷⁾.”

En lo referente a los determinantes de salud relacionados al entorno físico de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa -Yúngar – Carhuaz, los resultados arrojan que la mayoría de las viviendas son de tipo unifamiliar, en razón de que en el Centro

Poblado los hogares están constituidos por una sola familia, es decir el padre, la madre y los hijos; es tradición de la zona que al casarse el hijo o la hija, tengan sus propia vivienda; la tradición en el contexto local consiste en que los padres de los cónyuges -generalmente del que tiene más tierras, entrega como herencia la parte de tierra que les corresponde, por lo que disponen al menos de un lote donde puedan edificar su vivienda los recién casados, concediendo la propiedad con un título formal; los familiares y amigos de los flamantes esposos contribuyen con su trabajo en una suerte de trabajo de ayuda solidaria, y construyen progresivamente la casa nueva, se acostumbra a festejar la techada con una fiesta familiar, en la que se reparte comida y chicha a todos los que trabajan en esta tarea.

El 17% de los encuestados viven en viviendas multifamiliares, es decir que cuando no se dispone terrenos amplios, se construye habitaciones contiguas a la vivienda de los padres, para que sea habitada por los nuevos esposos; a veces también esto sucede cuando uno de los cónyuges no desea separarse de su familia, por proteger a padres ancianos o cuidarlos de alguna enfermedad.

“En relación a los aspectos ya antes mencionados se encontró en la investigación del INEI (Población y Vivienda 2015), donde el mayor porcentaje son viviendas unifamiliares con 75,9%, seguido de viviendas multifamiliares 12,5%, vivienda de uso mixto 3,6% ⁽¹¹⁸⁾.”

En lo que se refiere a la tenencia de la casa, la encuesta señala que la mayoría de los encuestados tienen casa propia, es que la mayoría de los terrenos en el Centro

Poblado Santa Rosa son grandes, los terrenos no tienen un precio exagerado, no son caros; sobre todo los que no son aptos para el cultivo, por lo que casi todos tienen casa propia, también por la costumbre ancestral de darles terrenos a los hijos e hijas como anticipo de herencia; sin embargo el 17% de los que viven en el Centro Poblado lo hacen en calidad de cuidador alojado, no se acostumbra alquilar las viviendas, en la actualidad cuando una familia viaja o se muda temporalmente a otra localidad, la mayoría de veces debido a que los hijos salen a estudiar o trabajar a las ciudades en las que existen oportunidades de seguir una carrera o de mejorar sus ingresos; en estos casos, encargan su vivienda a familiares o conocidos, pero no se acostumbra alquilar las viviendas.

“Existe un estudio hecho por Instituto Independiente de Investigación de Mercados (Ipsos) Perú en el año 2017, donde a nivel nacional cuenta con el 57% con una vivienda totalmente pagada, mientras que un 8% es dueño de una vivienda obtenida por invasión y 2% la compró a plazos. así mismo detallo que en nuestra capital del Perú de los 100% de los habitantes, el 15% viven en una casa alquilada, el 18% habita en una vivienda cedida por otro hogar o institución, el 57% ya pagó el total de su casa, el 8% obtuvo su hogar mediante una invasión y el 2% restante se encuentra pagando una vivienda a plazos ⁽¹¹⁹⁾.”

En relación al material del piso de la vivienda, la encuesta revela que la mayoría de los pisos son de tierra, el material de los pisos es el mismo suelo, se acostumbra a apisonar o compactar los pisos de las viviendas, la principal razón de que los pisos son de este material, y también porque en la zona se construye la vivienda de

acuerdo a los patrones culturales ancestrales, sociales y económicos, según la disponibilidad de materiales (arena, piedra, madera, Etc.) y a los retos del clima, y el tipo de vivienda está hecha de material rústico ya que este material es accesible y las personas de las zonas rurales creen que este material (tierra) no genera mucho frío a diferencia del material de cemento, algunas familias argumentan que en sus viviendas crían cuyes y conejos (en las cocinas) y que el cemento no es apropiado para esta crianza.

Otra de las razones es que no cuentan con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda sanitariamente segura, el material para construcción se eleva al doble en la zona porque el traslado es muy costoso. Menos de la cuarta parte de la población en estudio señaló que los pisos de sus viviendas son de láminas asfálticas: falso piso de cemento y arena, cemento, piedra y otros. Son pocas las familias que están cambiando las costumbres tradicionales en el Centro Poblado, algunas porque disponen de mejores ingresos, sus hijos envían dinero y quieren que sus padres vivan de manera más higiénica, y porque la tierra no ayuda a conservar algunos electrodomésticos: televisores, equipos, radios, etc.

“El Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento (fondo MIVIVIENDA) en el año 2011 – 2016 en su investigación menciona que el material que predomina en los pisos de las viviendas Ancashinas es la tierra (47,1%), lo que constituye un material precario en la vivienda, seguido por el cemento y las losetas o terrazos (25,9% y 4,6%, respectivamente) así mismo en las paredes de las viviendas es el adobe o tapia con un 45,3% de participación. En segundo material más utilizado es el

ladrillo o bloque de cemento, cuya participación es de 25,9% en el total de las viviendas. Un importante 6,3% de las viviendas son de paredes de piedra con barro, madera o estera, los que constituyen material precario para la construcción ⁽¹²⁰⁾.”

En lo que respecta al material del techo, toda la población señaló que el material empleado de sus viviendas es eternit, calamina o tejas, predomina el uso de las tejas, y, en una mínima proporción se emplea calamina, casi nadie usa eternit; las tejas son de uso ancestral, la arcilla es abundante en la zona, se disponen de habilidades para elaborar las tejas, existen varios hornos donde se queman las tejas y además es porque son durables y resulta económica para la población por la abundancia de materiales y mano de obra para la preparación e instalación de las tejas, otros señalan que les gusta el colorido de sus techos (Rojo ocre) y es un material que abriga y conserva el calor en las viviendas.

En lo concerniente al material de las paredes, en el Centro Poblado todas las viviendas están construidas con adobe, el uso del adobe es ancestral y es un material usado por los antepasados, las paredes hechas de adobe, son fuertes, resistentes y conservan el calor, además los materiales para elaborar adobes abundan en la zona, la tierra arcillosa, la paja de trigo y la madera para los dinteles (eucalipto) de las puertas y ventanas son abundantes. El adobe es elaborado por las mismas familias en sus ratos libres y no les demanda mayor gasto, se mezcla la tradición con la conveniencia en el uso de los materiales de la zona.

“El adobe es una pieza para construcción hecha de una masa de barro (arcilla y

arena) mezclada con paja, moldeada en forma de ladrillo y secada al sol; con ellos se construyen paredes y muros de variadas edificaciones. La técnica de elaborarlos y su uso están extendidos por todo el mundo, encontrándose en muchas culturas que nunca tuvieron relación. La construcción con adobes presenta la ventaja de su similitud formal, constructiva y estética con el ladrillo de campo cocido. Los muros de adobes presentan muy buenas condiciones de aislamiento acústico y térmico debido a las características del material y los espesores utilizados ⁽¹²¹⁾.”

En relación al número de personas que duermen en un dormitorio; en la encuesta realizada se señala que la mayoría de las familias declaran que en un dormitorio duermen entre 2 a 3 miembros de la familia, las casas en las zonas rurales generalmente no son grandes, constan de tres a cuatro habitaciones: sala - comedor, cocina, dormitorio (s) y baño; por lo que, al no existir muchas habitaciones, los hermanos duermen en un solo dormitorio, a veces dividido por cortinas, las condiciones de vivienda no son las más adecuadas y viven en relativo hacinamiento, es la realidad de las poblaciones rurales, que no cuentan con recursos para construir casas grandes, espaciosas y con muchas habitaciones, en las construcciones de dos pisos, la parte superior es utilizada como almacén para guardar alimentos (sus cosechas), semillas y hasta instrumentos de labranza.

“El censo del 2014 muestra que, en el área urbana, los hogares con 5 y más miembros representan el 34,7% y los hogares conformados por 3 a 4 miembros representan el 40,5%; mientras que en el área rural el 37,8% de los hogares están conformados por 5 y más miembros, y el 33,6% de los hogares tiene entre 3 y 4 miembros ⁽¹²²⁾.”

En cuanto al abastecimiento de agua todos los pobladores cuentan con conexión domiciliaria, ya que las familias que residen en esta zona viven buen tiempo y han venido organizándose para gestionar muchos de los servicios básicos hasta conseguirlos con el apoyo de la municipalidad de Distrito de Yúngar, el agua nace desde las alturas de Cordilla Negra (puquial), lo cual es captada directamente a un reservorio de agua, donde es clorada, desde este lugar se abastece con una tubería matriz a toda la población, el mantenimiento lo realizan el comité de Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS) en forma rotativa dos veces al mes, lo cual incluye limpieza y cloración, no cuentan con medidor de agua, pero los usuarios pagan un sol por mes por el servicio de agua, este ingreso administra el comité, y con este fondo realizan la compra de materiales de limpieza y desinfección. Así mismo se realiza el pago de 50 soles anuales a la Autoridad Nacional del Agua (ANA), el comité rinde cuentas de los ingresos y/o egresos una vez al año en una sesión ordinaria.

“El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS) en el año 2015, menciona que ha financiado, en lo que va del gobierno, 1,650 proyectos de agua y saneamiento en todo el país con una inversión de S/. 6,807 millones. En los sectores en condición de pobreza el acceso al agua se elevó a 73,4%. así mismo menciona que el acceso a servicios de agua potable se incrementó de 76,8% en 2011 a 85,7% en 2014 en todo el país, beneficiando principalmente a la población en condición de pobreza y a la asentada en zonas rurales, según las Cifras de Pobreza 2014 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS).⁽¹²³⁾”

En relación a la eliminación de excretas, todos los encuestados señalan que la población cuenta con baño propio, ya que la población cuenta con servicio de agua clorada y desagüe domiciliario, casi todos disponen de inodoro de loza, y algunos de granito, pero todos hicieron un sacrificio de comprar su inodoro, las charlas que han recibido del Puesto de Salud se relacionan con el correcto uso del inodoro, lavado de manos y otros relacionados con la adecuada disposición de las excretas y de los residuos sólidos para evitar la contaminación ambiental además, para disminuir las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) de la población. La población cuenta con una planta de tratamiento de las aguas servidas, que se encuentra fuera del centro poblado (02 kilometro) donde existe dos plantas de desarenado y cinco pozos sépticos y dos tanques de percolación, muy profundo, dónde se disponen los residuos sólidos que acarrea la red de desagües.

“Esta realidad se puede observar de acuerdo a los datos estadístico obtenidos por el (INEI), en el año, 2012. En las zonas rurales de nuestro país que el 52,2%, de las viviendas cuentan con el servicio de desagüe seguido del servicio de luz con un porcentaje de 30,5% y finalmente del agua 36,7% respectivamente ⁽¹²⁴⁾.”

En relación al combustible para cocinar, la mayoría de la población señala que cocina con leña/carbón, el uso de la leña es ancestral y está relacionado también con los patrones culturales ancestrales, sociales y económicos de la población en estudio; es pertinente señalar que poco a poco esta ancestral costumbre está cambiando, en muchos hogares se dispone de cocinas a gas, que se usa eventualmente, para cocinar cosas ligeras y rápidas, pero la totalidad de la población para preparar los alimentos

sigue usando leña, que también se explica por la abundancia de árboles apropiados para la leña como: eucalipto, aliso, molle y otros; además la mayoría de la población considera que los alimentos preparados en leña tienen un sabor más natural y sano.

Por otro lado, más de la mitad de los adultos tienen cocina mejorada de barro con chimenea integrada, hicieron un esfuerzo para comprar la plancha lo cual permite el ahorro de leña y disminuir el humo que se genera con las cocinas tradicionales para ahorrar y mejorar la calidad de vida; el Puesto de Salud realiza sesiones educativas sobre las ventajas del uso de cocinas mejoradas. Cabe mencionar que en las casas donde preparan los alimentos en cocinas tradicionales se convierten en entornos inadecuados para la salud familiar, debido a la presencia de humo que es el causante de enfermedades como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) y EPOC's (Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas), sobre todo Neumonías.

“El Instituto INEI realizó un estudio a nivel nacional en el año 2013, donde muestra que el 95,3% de las familias de las zonas rurales y las zonas marginales del Perú siguen usando leña o bostas para la cocción de los alimentos, pueden ser por muchos motivos que son: el bajo ingreso económico, la cultura ⁽¹²⁵⁾.”

En lo que respecta al tipo de alumbrado de las viviendas, toda la población señala que actualmente disponen de energía eléctrica permanente, algunos adultos mayores recuerdan haber usado el “chiuchi” o lamparín a kerosene, pocos sostienen que usaban baterías para ver televisión y que tenían que llevar sus baterías hasta Carhuaz a recargarlas, pero ahora casi todos tienen televisores u otros artefactos electrónicos,

porque disponen de fluido eléctrico, cada vivienda tiene su propio medidor, por lo que ahorran energía usando focos ahorradores y la iluminación es escasa, ya que la mayoría no está en posibilidades de pagar mucho dinero por el consumo eléctrico, existe un comité que recauda mensualmente el pago de cada vivienda y el presidente del comité se encarga de pagar a Hidrandina el consumo de cada mes. El monto mínimo de consumo es de S/ 6 soles, (La empresa que controla es Hidrandina S.A).

“La Central hidroeléctrica Cañón del Pato es una central de generación de energía eléctrica ubicada sobre el río Santa en el departamento de Áncash en Perú. La central Cañón del Pato es una de las centrales que mayor energía aporta al Sistema Interconectado Nacional del Perú (SINAC). Genera su energía a partir de una caída de 415 metros de las aguas del río Santa. La planta, en caverna, está a una altitud de aproximadamente 1400 m.s.n.m. Está compuesta por seis grupos de generación, cada uno accionado por dos turbinas hidráulicas tipo Pelton de eje horizontal y doble inyector. Su potencia instalada es de 263 MW. Generación Hidráulica ^{(126).}”

En cuanto al análisis de los resultados relacionados con la disposición de la basura, los adultos encuestados señalaron que toda la población entierra, quema la basura, es recogida por el carro recolector; la basura orgánica es a veces llevada a los huertos, se acostumbra enterrar la basura que tiene mal olor, como cuando lavan los intestinos de los animales, y se acostumbra quemar la ropa de los difuntos y otros desperdicios. la población conoce los días que pasa el carro recolector y coloca su basura- generalmente no perecible- como pañales, bolsas de plásticos y envases, en sacos o bolsas de plástico desechables.

En relación a la frecuencia que recogen la basura, toda la población encuestada señaló que todas las semanas, pero no diariamente, esto está en función al día que pasa el carro recolector, a su disponibilidad de tiempo, por ejemplo, en épocas de cosecha se realiza la recolección una vez por semana, también se recoge la basura de manera frecuente en las fechas de las fiestas patronales, porque por las actividades se acumula gran cantidad de basura en la zona.

En relación a la manera en que suelen eliminar la basura en algún lugar, todas señalan que lo hacen mediante el carro recolector, hay que señalar que la Municipalidad de Yúngar ha dispuesto de una camioneta para el recojo de basura en este Centro Poblado, esta unidad es pagada por la municipalidad distrital.

Se puede concluir que, en el entorno físico, el recojo de basura una vez por semana es insuficiente, además la disposición de la basura es inapropiada, ya que no se cuenta con una planta de tratamiento de residuos y basura. Una cosa positiva a señalar, es que la totalidad de la población cuenta con eliminación de excretas por arrastre, es decir cuenta con inodoros en su propia vivienda conectada a la red de desagüe, esto es un factor positivo en el cuidado de la salud, ya que el uso de pozos ciegos no es recomendable para la población.

Finalmente, el Centro Poblado es uno de los pocos con que cuenta con una planta de tratamiento de aguas servidas, que en este caso no se arrojan al río, sino que son tratadas y se disponen en pozos sépticos.

TABLA N° 03

Se observa los determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – 2014. El 95,5% (168) mencionan que no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 96,6% (170) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 100% (176) suelen dormir de 6 a 8 horas diarias, 100% (176) frecuencia que se bañan es 1 vez/ semana, 100% (176) no se realizaron ningún examen médico periódico, 74% (130) realizan como caminata como actividad física en su tiempo libre, 77,8% en las últimos dos semanas ha caminado por un tiempo de 20 minutos, 64% (112) consumen frutas 1 a 2 veces a la semana, 47,7% (84) consumen carne 1 o 2 veces a la semana, 54,5% (96) consumen 1 a 2 veces huevo, 69,3% (122) consumen pescado 1 a 2 veces, 47,2% (83) consumen fideos 3 o más veces a la semana, 60,8% (107) consumen pan, cereales 3 a más veces a la semana, 39,2% (69) consumen verduras 3 o más veces a la semana, y el 70,5% (124) consumen otros tipos de alimentos.

“El presente estudio se asemeja con la investigación en el estudio de Villanueva, A. ⁽¹²⁷⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Barrio de Parco Grande- Pomabamba – Ancash, 2014. Donde el 56,6% (77) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 54,4% (74) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 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.”

“Otra investigación similar es el hallado por León, V. ⁽¹²⁸⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Sector —San Miguel, Monterrey – Huaraz, 2013. Donde el 54,5 % (60) no fuman ni han fumado de manera habitual, 58,2 % (64) toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, 82,7 % (91) duermen de 06 a 08 horas, 100 % (110) se bañan 4 veces a la semana, 52,7 % (58) no se realiza un examen médico periódico, 70 % (77) caminan como actividad física , 87,3 % (96) caminan por más de 20 minutos, 48,2 % (53) consumen fruta 3 o más veces a la semana, 51,8 % (57) consumen carne 1 o 2 veces a la semana , 31,8 % (35) consumen huevo 3 o más veces a la semana, 40,9 % (45) consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, en cuanto al consumo diario 99,1 % (109) consumen fideos, 90,9 % (100) consumen pan cereales, 70,9% (78) consumen verduras y hortalizas”

“También un estudio que se relaciona es la investigación realizada por Alanya, R. ⁽¹²⁹⁾, titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven del Anexo de Cullpa del distrito de El Tambo– Huancayo-2013. Quien reporto que el 47% (150) no fumo, ni he fumado nunca de manera habitual; 80% (256) duerme de 06 a 08 horas; 56% (180) se baña diario; 87% (278) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; 98,1%(313) ha realizado actividad física durante las 2 últimas semanas durante más de 20 minutos; 80% (25) consumen frutas diario, 37% (117) consumen carne tres más veces a la semana, 57% (182)

consumen huevos diario, 65% (208) consumen pescado 1 a 2 veces por semana; 20% (286) consumen fideo diario; 93% (298) consumen pan y cereales a diario; 36% (114) consumen verduras y hortalizas a diario y el 34 % (100) otros alimentos.

“Un estudio que difiere es el obtenido por Sánchez, G. ⁽¹³⁰⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Caserío Somate Centro-Bellavista-Sullana, 2013. Donde el 55,7% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 55,7% no se ha realizado ningún examen, 43,9% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, excepto el 99,3% se baña diariamente, 46,8% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física, 79,7% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual y el 91,7% duerme de 6 a 8 horas diarias.”

“Un estudio que difiere en algunas variables con lo obtenido por Atao, B. ⁽¹³¹⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta Joven del Distrito de San Jerónimo de Tunan 2013 – Huancayo, 2013. Donde el 76% (258) no fuman; ni he fumado nunca de manera habitual; el 93% (315) la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; 65% (219) realiza actividad física; 70% (238) en las dos últimas semanas la actividad física que realizó durante más de 20 minutos es caminar; 78% (262) duerme de 06 a 08 horas; el 67% (228) se bañan 4 veces a la semana; 70% (238) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; 38% (130) consumen frutas 1 a 2 veces a la semana; 38% (130) consume carne 3 a más veces a la semana; 33% (110) consume huevo de 3 a más veces a la semana; 53% (180) consume pescado de 1 a 2 veces a la semana; 71% (240) consume fideo diario; 59% (200) consume pan y cereales diario; 33% (110)

consume verduras y hortalizas de 1 a 2 veces a la semana y el 30% (100) consume otros alimentos.”

“Así mismo un estudio que difiere es el obtenido por Correa, B. ⁽¹³²⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre – Sullana, 2013. Donde el 81,8% no fuman; ni han fumado nunca de manera habitual, 48,8% consumen bebidas alcohólicas de manera ocasional, 98,8% duermen de 6 a 8 horas, 99,4% se bañan diariamente; 52,8% de las personas encuestadas no realizan exámenes médicos periódicos, 57,9% de la población en su tiempo libre no realiza actividad física, 43,1% en las 2 últimas semanas no realizan actividad física. Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 71% consumen frutas, 63,1% consumen carne, 64,8% consumen huevos, 34,6% consumen pescado, 77,8% consumen fideos, arroz y papas, 69,3% consumen pan y cereales, 65,3% consumen verduras y hortalizas, y el 23,9% consumen otros alimentos de 1 o 2 veces a la semana.”

“Fumar se define como una práctica donde una sustancia 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. Según acción de inhalar el humo producido al quemarse el tabaco. Esta práctica debe abandonarse pues lesiona severamente las vías respiratorias, ya de por sí expuestas a enfermedades graves como la neumonitis, debidas a la actuación del VIH ⁽¹³³⁾.”

“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 ⁽¹³⁴⁾.”

“Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares ⁽¹³⁵⁾.”

“Las bebidas alcohólicas son bebidas que contienen etanol (alcohol etílico). Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre bebidas producidas por fermentación alcohólica (vino, cerveza, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no supera los 15 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación (licores, aguardientes, etc.) ⁽¹³⁶⁾.”

“El alcohol etílico es un líquido incoloro de olor muy fuerte, que arde fácilmente y cuyo punto de ebullición es de 78°. Se logra de la destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como ser las uvas, la remolacha o la patata. Este tipo de alcohol es frecuente que lo hallemos en bebidas como la cerveza o el vino. Por esta razón es que las bebidas alcohólicas que cuentan con este se designen generalmente como alcohol ⁽¹³⁷⁾.”

“Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas ⁽¹³⁸⁾.”

“El sueño está definido en la forma que el ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. Se ha demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos: restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria. La duración del sueño nocturno varía en las distintas personas y oscila entre 4 y 12 horas, siendo la duración más frecuente de 7 a 8 horas ⁽¹³⁹⁾.”

“El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia -cuando el ser está despierto-, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos. El vocablo «sueño» (del latín *somnus*, que se conserva en los cultismos *somnífero*, *somnoliento* y *sonámbulo*) designa tanto el acto de dormir como el deseo de hacerlo (tener sueño) ⁽¹⁴⁰⁾.”

“El sueño es algo necesario para sobrevivir y gozar de buena salud, pero todavía no se sabe por qué se necesita el sueño ni exactamente cómo nos beneficia. Las necesidades individuales de sueño varían ampliamente y en los adultos sanos van desde tan sólo 4 horas diarias de sueño hasta incluso 9 horas. En general, las personas duermen de noche, aunque muchas lo hacen durante el día debido a sus horarios de trabajo, situación que a menudo ocasiona trastornos del sueño ⁽¹⁴¹⁾.”

“La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. Aunque es una parte importante de nuestra vida cotidiana en la casa, la higiene personal no es sólo acerca de tener el pelo bien peinado y cepillarse los dientes; es importante para la salud y la seguridad de los trabajadores en el sitio de trabajo. Los trabajadores que prestan atención a su higiene personal pueden prevenir la propagación de gérmenes y enfermedades, reducir su exposición a productos químicos y contaminantes, y evitar el desarrollo de alergias a la piel, trastornos de la piel y sensibilidad a sustancias químicas ⁽¹⁴²⁾.”

“La higiene personal se define como el conjunto medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud. Las acciones que deben ejecutarse para obtener una higiene personal adecuada, comprenden la práctica sistemática de las medidas higiénicas que debemos aplicar para mantener un buen estado de salud en determinado número de veces ⁽¹⁴³⁾.”

“La frecuencia del baño se realiza dependiendo de la zona en la que se encuentra tal es el caso de la zona selva que lo pueden realizar varias veces al día por el mismo incremento de la temperatura a diferencia de la zona sierra la realidad es distinta por la baja de la temperatura se realiza entre 4 a tres veces a la semana pero siempre se tiene que realizar ducha diario de la cara, manos, genitales y de los pies con esta práctica se controlan olores naturales del cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración de esta forma se evita la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel ⁽¹⁴⁴⁾.”

“El examen médico es el examen que se realiza para averiguar el estado de salud de una persona, es parte del método clínico, considerándolo como el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica. Es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica ⁽¹⁴⁵⁾.”

“Un examen periódico permite un diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa ⁽¹⁴⁶⁾.”

“Un examen médico periódico es un examen, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa ⁽¹⁴⁷⁾.”

“La actividad física es definida como un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. De la misma manera se define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) ⁽¹⁴⁸⁾.”

“La caminata es una actividad física que mejora nuestra calidad de vida, se puede realizar a cualquier hora del día en un lugar abierto, solo o acompañado. Ayuda a mantener en perfectas condiciones el sistema cardíaco y es muy importante para la salud en general, pues es una actividad en la que participan todos los sistemas humanos ⁽¹⁴⁹⁾.”

“La actividad física por espacio de 20 minutos es definida un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la

tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener varios aspectos de la condición física y psicológica ^{(150).}”

“Los alimentos son cualquier tipo de sustancia que puede ser consumida y asimilada por el organismo para el correcto mantenimiento de sus funciones fisiológicas como ser la de la temperatura corporal, es decir, los seres humanos necesitamos sí o sí alimentos para reponer la materia viva que gastamos como consecuencia de la actividad del organismo y porque necesitamos producir nuevas sustancias que contribuyan al desarrollo de nuevos tejidos que ayuden directamente a nuestro crecimiento ^{(151).}”

“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 ^{(152).}”

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

legumbres y patatas (hidratos de carbono). Proporcionan energía en forma de calor para cumplir con nuestras actividades físicas; fuerza para el trabajo; y energía para el rendimiento en el estudio y el deporte ⁽¹⁵³⁾.”

“Finalmente, las frutas y verduras que son alimentos de gran riqueza en vitaminas y minerales. Las frutas contienen gran cantidad de vitaminas y muchas de ellas aportan pectina, otra fibra vegetal útil para el organismo. Debe tomarse fruta una o dos veces al día. Las verduras son ricas en vitaminas, minerales y fibras, tanto si se toman hervidas como fritas ⁽¹⁵⁴⁾.”

“La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. 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 ⁽¹⁵⁵⁾.”

Con respecto a la variable determinantes de los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa -Yúngar – Carhuaz, se observa que casi todos no fuman ni han fumado nunca de manera habitual; porque en la población se lleva un estilo de vida saludable, en el centro poblado no existe venta de cigarrillos, tampoco existen centros de diversión y consumo de alcohol, como discotecas bares y otros; es necesario señalar que existe una costumbre ancestral, que reemplaza al consumo de cigarrillos y es el chacchado de la coca, que consiste en introducir las hojas secas en

la boca e ir formando un bolo para extraer de ellas las sustancias activas y estimulantes, con la ayuda de la cal, para que logren los efectos deseados se agrega este componente que facilita la precipitación de los estimulantes que contiene la hoja de la coca. Por otro lado, el 4,5% de la población señaló que ha fumado, pero no diariamente, es decir lo hizo en ocasiones especiales; fiestas patronales, compromisos familiares y en una que otra fiesta de la localidad.

“El chacchado de Coca es una costumbre ancestral muy utilizada principalmente por las personas de edades avanzadas (adultos mayores) con la finalidad de aportar energía y vitalidad a su organismo, ellos creen que cuando realizan trabajos de agricultura les da más energía; lo cual se logra por las propiedades de la hoja de coca la cual contiene 21.96 mg de calcio por hoja, 36 mg de vitamina A esencial para la buena visión, 27 mg de complejo B esencial para el manejo del estrés y depresión y cantidades significativas de zinc, potasio, magnesio entre otros. Estas propiedades les permiten a las personas poder realizar actividades físicas como el trabajo en las chacras durante horas sin sentir cansancio ni hambre, ni sed ⁽¹⁵⁶⁾.”

En lo que respecta a la frecuencia que ingiere bebida alcohólica, casi todos los adultos encuestados señalaron que consumen o ingieren bebidas alcohólicas de manera ocasional, esto se debe a que sus actividades laborales se dedican a la agricultura y crianza de animales les absorbe demasiado tiempo, el tiempo para el ocio y la diversión es escaso. Casi todo el día se ocupan de sus labores agrícolas y de crianza de animales; incluso el dinero no abunda y es escaso, por lo que, en ocasiones, cuando tienen la oportunidad de ingerir bebidas alcohólicas, toman chicha

y caliche, la cerveza resulta cara, y ellos son responsables de la crianza de los hijos y tienen que cuidar el escaso dinero para la alimentación de la familia.

Suelen tomar bebidas alcohólicas generalmente cuando hay compromisos o fiestas del pueblo en ocasiones especiales, los pobladores llevan una vida sana sin dedicarse a algún vicio, para dar un buen ejemplo a sus hijos. Tenemos asimismo un 3,4% de la población que no consume bebidas alcohólicas, esta población está compuesta por los adultos maduros, quienes por su avanzada edad no gozan de muy buena salud y cuidan su estado de salud, absteniéndose de ingerir bebidas alcohólicas entre otras prácticas nocivas para su salud.

“En contraste con el presente resultado en cuanto al consumo de alcohol se encontró en el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Latinoamérica representa la segunda región con mayor consumo de alcohol, seguido de Europa. En el ránking de la región, Chile lidera el mayor consumo anual per cápita, mientras que Perú se encuentra en el sexto lugar del mismo ⁽¹⁵⁷⁾.”

Con respecto al número de horas que duermen, todos señalan que duermen de 6 a 8 horas, esto se debe al tipo de actividad que realizan, se acostumbran levantar de madrugada para aprovechar el día, las labores de riego se realizan en horas de la madrugada, en las labores de campo la población participa eventualmente como peones; estos trabajos se realizan lejos de sus viviendas, por lo que tienen que empezar muy temprano para cumplir sus tareas, por lo que llegan cansados después de trabajar en las chacras y, por otro lado, la señal de televisión en el centro poblado

es mala, acceden a un solo canal (TV Perú), y a veces se cae la señal. Se levantan muy temprano para de nuevo puedan empezar sus labores.

“En el año 2015, 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 ⁽¹⁵⁸⁾.”

En relación a la frecuencia con que se bañan; todos lo hacen una vez a la semana, la costumbre es que después de los trabajos en el campo, la población sólo se lava las manos y los pies, a veces las axilas, lo cual no se considera como un baño de cuerpo entero; el motivo es porque en la zona hay escases de agua, muchos servicios higiénicos no disponen de duchas, por lo que se bañan con jarras; el centro poblado además, se encuentra en la Cordillera Negra, donde se carece de agua en determinadas épocas (sequía), por lo que se tiene que recolectar el agua en tanques, siendo insuficiente; asimismo, el mismo clima es frío, no se cuenta con termas eléctricas para poder calentar el agua a la hora de bañarse, al final del día muchos refieren que llegan muy tarde y cansados de sus trabajos por ello no se bañan.

Al final del día solo desean alimentarse y dormir, por eso es que se organizan y tienen días para poder bañarse, generalmente lo hacen los días domingo. Esta práctica de bañarse una vez a la semana no es suficiente, ya que la higiene es el

empleo de los medios para conservar la salud y así contribuyen a la prevención de enfermedades e infecciones.

En relación a los exámenes médicos que se debe realizar la población, todos los encuestados mencionaron no se han realizado un examen médico en los últimos tres meses, porque no toman conciencia sobre la importancia de la prevención de las enfermedades; además es una costumbre ancestral recurrir a las plantas y hierbas medicinales, por ejemplo: contra los cólicos estomacales se usa ruda, muña, apio, orégano; contra problemas respiratorios, usan eucalipto, menta, romero, amapola, oreja de venado, contra inflamaciones usan llantén, ortiga, pepa de palta, capulí; en infecciones urinarias, se emplea el matico, apio, manzanilla, llantén y otros, por otro lado, acuden al médico cuando se sienten muy mal o cuando ya están graves, pero es costumbre, de no practicar la medicina preventiva, como realizarse un chequeo médico anual, esta práctica no es exclusiva de las zonas rurales, en las zonas urbanas tampoco la población se realiza exámenes médicos preventivo de manera periódica.

Con respecto a la actividad física, la mayoría de la población del Centro Poblado realiza caminatas, esto se debe a la misma actividad económica que realizan, como por ejemplo: cultivar sus tierras, pastar los animales, esto lo realizan lejos de sus casas, a más de una hora aproximadamente, los adultos siempre están en constante ejercicio al moverse de un lugar a otro, no existe transporte de pasajeros a toda hora, por otro lado, cuando salen de compras los días de feria que son los días miércoles y domingo a la ciudad de Carhuaz, de ida casi todos caminan desde el Centro Poblado hasta el Distrito de Yúnger, por donde pasa la autopista de Huaraz a Caraz para tomar su colectivo con destino a Carhuaz, luego

de realizar sus compras regresan del mismo modo hasta el Óvalo de Yúngar para tomar su taxi colectivo a su destino final, porque tienen compras pesadas, esto los obliga a tomar este tipo de servicio, pagando un pasaje mínimo de S/ 2.50 soles diario.

Existe una asociación de taxi colectivos llamada “El Yúngarino” que brinda servicio de 6 am hasta las 7 pm. Los estudiantes de todo nivel educativo, incluso los que acuden a instituciones educativas fuera de la localidad, los que trabajan en diferentes actividades, pero que retornan de sus labores después de las 7:00 pm, tienen necesariamente que caminar una hora aproximadamente desde el óvalo de Yúngar, hasta el centro poblado. Un 6% de adultos jóvenes practica deportes los fines de semana, juegan al fútbol y vóley, pero existe un 20% de la población que no practica deportes, entre ellos se encuentran los adultos mayores y la población que no le gusta jugar al fútbol ni al voleyball.

En relación a la actividad física de las dos últimas semanas, la mayoría de la población señaló que realiza caminatas, por las razones explicadas en el párrafo anterior, el 6,8% restante realiza deportes de manera frecuente, es necesario hacer notar que estos porcentajes señalados se refieren únicamente a las dos últimas semanas, en referencia a la fecha de aplicación de la encuesta.

Respecto a los alimentos que consumen los adultos, se evidencia que la mayoría de la población consume alimentos con alto contenido de carbohidratos como, fideos y pan, también verduras o más veces a la semana; el pan se consume con mayor frecuencia, ya que ellos elaboran el pan, las verduras también provienen de sus

huertos, cultivan lechugas, zapallo, cebollas, zanahorias, col, espinacas, albahaca, tomates, entre otras verduras que se producen en la zona. El consumo de huevos y frutas se realizan con menor frecuencia (1 o 2 veces por semana) ellos crían gallinas, pero los huevos en parte lo venden para comprar fideos, arroz, aceite entre otras cosas; de igual manera las frutas que se consumen, son generalmente las que se producen en la zona: durazno, melocotón, aguaymanto, palta, tunas, granadilla, lúcuma, y fresas en menor cantidad, otras frutas son compradas en los mercados como plátanos, uvas, mandarinas, mangos, etc.

En relación a carnes, estas se consumen de 1 a 2 veces por semana, se consume cuy, conejo, gallina, cerdo, ovejas, que son los animales que se crían en la zona, el consumo de pescado se realiza 1 a 2 veces por semana, cuando van al mercado, que son los miércoles y domingos, o cuando llevan al centro poblado los comerciantes ambulantes. Asimismo, se considera en el rubro “otros” alimentos que se consumen, a los que se producen en la zona: legumbres y cereales, maíz, trigo, quinua, Kiwicha, también se consume en abundancia papas, que están al alcance de cada uno de ellos, ya que se cultiva en la zona.

“Según la OMS se recomienda la ingesta diaria de 1-2 raciones/día de carnes, pescados y huevos. Sin embargo, los datos referentes a nuestro estudio indican una disminución en el consumo de estos alimentos adoptando un patrón semanal, seis de los siete principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y a la práctica de actividad física. Así, realizar una alimentación equilibrada, practicar

actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas ⁽¹⁵⁹⁾.”

Concluyendo, en la tabla sobre estilos de vida hay dos factores que llaman la atención, que la totalidad de los adultos no se realizan ningún examen médico, como profesionales de salud, sabemos que se debe practicar en la población los chequeos médicos de manera preventivo - promocional, de no hacerlo esto traería consecuencias en la salud en un futuro cercano; por otro lado el consumo de los alimentos no es balanceado como consecuencia de sus costumbres, se venden los huevos, los cuyes y gallinas, y la quinua, por ejemplo, para comprar fideos, que tienen menor valor nutricional; lo que atenta contra su salud y calidad de vida, se vuelven vulnerables a algún tipo de enfermedades.

TABLA N° 04:

Se observa en la tabla sobre los determinantes de salud, de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar – Carhuaz – 2014. 83% (146) no reciben ningún apoyo social natural, 98,3% (173) no reciben algún apoyo social organizado, 73,3% (129) reciben apoyo social organizado de otros, 96,6% (170) se atendieron en estos últimos 12 meses en puesto de salud, 94,9% (167) mencionan que el lugar que lo atendieron está muy cerca de su casa, 96,6 % (170) tienen tipo de seguro Salud SIS-MINSA, 85,2% (150) mencionan que el tiempo que lo atendieron fue regular, 47,7% (84) mencionan que la calidad de atención que recibieron fue muy buena, 91,5% (161) mencionan que en el centro poblado no hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

“El presente resultado se asemeja a lo encontrado por Ávila, M. ⁽¹⁶⁰⁾, quien estudio: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío Miraflores - La Huacapaita, 2013. Donde el 97,4% no ha recibido apoyo social natural, 99,4% no ha recibido apoyo social organizado, 73,5% se atendieron en el puesto de salud en los 12 últimos meses, 67,7% tienen seguro del SIS - MINSA, 65,2% refiere que el establecimiento de salud está muy cerca de casa, 45,2% manifiestan que el tiempo de espera fue corto, 63,2% refiere haber recibido una buena calidad de atención y el 96,8% considera que no existe pandillaje cerca de casa.”

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Garay, N. ⁽¹⁶¹⁾, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II. Tacna, 2013. Donde concluye que la institución donde se atendió fue en un centro de salud con el 48,7 %, 52,5 % considera que el lugar donde lo (la) atendieron está a regular distancia de su casa, En lo que respecta al tipo de seguro el 53,9 % tiene Seguro Integral de Salud, tiempo que esperó para que le atendieran le pareció regular con el 50,4 %, 45,8 % menciona que la calidad de atención que recibió fue regular.”

“Un estudio que se asemeja en algunas variables es el de Morillo, G. ⁽¹⁶²⁾, en su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores del Asentamiento Humano San Pedro, Chimbote, 2014. Donde el 50 % (60) se atendieron en un puesto de salud en los últimos 12 meses; 84 % (101) consideraron regular distancia de su casa el lugar donde se atendieron; 50 % (60) tienen seguro (SIS - Minsa); 61 % (73) les pareció regular el tiempo que esperaron para que los

atendieran; 81 % (97) consideraron que fue regular la atención que recibieron; 83% (106); en cuanto al pandillaje y delincuencia cerca de su casa existen en un 99 % (120); 67% (81) de adultos mayores recibieron apoyo social natural por parte de sus familiares; 99% (119) manifiestan que no reciben algún apoyo social organizado; el 48 % (37) reciben apoyo social organizado: el vaso de leche.”

“Un estudio que difiere en algunas variables es el de Gonzales, C. ⁽¹⁶³⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud del Adulto Joven, del Casco Urbano Santa, Distrito de Santa, 2013. Donde el 100% recibe apoyo social de sus familiares y ninguno recibe apoyo social organizado; el 3% recibe apoyo social de los comedores populares; observamos también que el 36,6% de los adultos se atendieron en un puesto de salud en estos últimos doce meses; el 30% considera que el lugar donde lo atendieron se encuentra lejos de su casa; donde el 39% cuenta con EsSalud como seguro; al 43,3% de adultos jóvenes les parece regular el tiempo de espera para que lo atendieran; el 51,8 dijeron que la calidad de atención fue buena y el 83% no sufre de pandillaje o delincuencia cerca de su casa.”

“Un estudio que difiere es obtenido por Chafloque, K. ⁽¹⁶⁴⁾, en su estudio titulado: Determinantes de Salud en los Adultos Jóvenes del A. H. Los Cedros, Nuevo Chimbote, 2013. Donde el 61 % (92) recibe apoyo social natural; el 96 % (144) no recibe apoyo social organizado; el 60 % (91) llegó a atenderse en los hospitales en los 12 últimos meses; el 50 % (75) considera que el lugar donde se atendieron es regular; el 52,75 % (78) tiene seguro integral de salud; el 52 % (77) refiere que el tiempo de espera es muy largo; el 55 % (82) manifiesta que la calidad de atención

que se le brinda es regular; y el 91 % (136) manifiesta que no hay pandillaje ni delincuencia cerca a sus casas.”

“El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado ⁽¹⁶⁵⁾.”

“El apoyo social natural está relacionado con la perspectiva evolutiva, según la cual, los sentimientos sobre el carácter obligatorio o voluntario de ayuda a los familiares o a los amigos pueden cambiar a lo largo de la vida, como también la valoración que se hace del apoyo recibido ⁽¹⁶⁶⁾.”

“El apoyo social natural en términos generales, ha sido descrito como: la función y la calidad de las relaciones sociales entre una persona y los individuos de su red, la ayuda a la cual una persona tiene acceso o la existencia o disponibilidad de gente en quién poder confiar y con quién sentirse cuidado, valorado y querido ⁽¹⁶⁷⁾.”

“Apoyo social organizado es una idea generalmente aceptado el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana y tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de

relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos ⁽¹⁶⁸⁾.”

“El apoyo social organizado 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. Por ello hablamos de redes de apoyo social ⁽¹⁶⁹⁾.”

“El apoyo social organizada está constituido por los recursos psicológicos y materiales que la red social ofrece a la persona con el objetivo de combatir situaciones de estrés, es así que también podemos decir es todo aquel acto de las relaciones interpersonales en el que se dan o reciben bienes o servicios, él como un intercambio de ayuda que incluía recursos económicos, materiales, consejo, dedicación de tiempo, afecto (expresión de cercanía, amor, admiración, respeto) y afirmación (expresión de acuerdo o conocimiento de los derechos o puntos de vista) ⁽¹⁷⁰⁾.”

“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.

Dentro de ello tenemos: Organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad Social, Empresa para la que se trabaja, Instituciones de acogida y Organizaciones de voluntariado ⁽¹⁷¹⁾.”

“El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; todo esto proporciona un estado positivo que se proyectará en todas las facetas de nuestra vida tanto en el ámbito laboral como familiar, en general en la integración social ⁽¹⁷²⁾.”

“Se ha verificado que el apoyo social en la comunidad mejora la salud y que la confianza mutua y la cohesión de los miembros de un grupo contribuyen a reducir la mortalidad. Por el contrario, la falta de control, de autoestima y de apoyo social aumenta la morbilidad. Además, la evaluación de necesidades enfocada en la comunidad no solo da con los problemas, sino a veces con las soluciones ⁽¹⁷³⁾.”

“La institución de salud se define a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales ⁽¹⁷⁴⁾.”

“Institución de salud es aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien

cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales ⁽¹⁷⁵⁾.”

“Las instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar ⁽¹⁷⁶⁾.”

“El tipo de Seguro de salud no es otra cosa más que el contrato que se establece con una empresa aseguradora o el estado. En dicho contrato, denominado Póliza, la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona (enfermedades o accidentes e incluso la muerte), o en algunos de sus bienes (automóvil, empresa, taller o casa) por cualquier motivo (robo, incendio, terremoto), dicha persona (o quien ella haya designado como beneficiario) recibirá la cantidad de dinero acordada en la póliza. A este dinero se le conoce como "Indemnización" ⁽¹⁷⁷⁾.”

“Se conoce con el nombre de tipo de seguro de salud a todo aquel contrato que se establece entre dos partes y que tiene como objetivo justamente asegurar determinado bien o elemento, hasta la vida de la misma persona. El seguro establece que la parte que cumple el rol de aseguradora deberá cumplir otorgando un determinado tipo de servicio de seguro mientras que la parte que sea asegurada

deberá pagar por el mismo cierto monto de dinero o paga que será establecido entre ambas partes de acuerdo a sus intereses y posibilidades ⁽¹⁷⁸⁾.”

“El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema ⁽¹⁷⁹⁾.”

“La calidad de atención de los centros de salud y en el que recogen la creación de indicadores de calidad con enfoque intercultural. Parten de que la interculturalidad es la unión armónica de dos sistemas de salud: biomédico y tradicional. Plantean que la calidad de atención puede ser evaluada a partir de los siguientes indicadores: formación del personal de salud y capacitación para el desempeño profesional y formación en salud e interculturalidad; infraestructura intercultural; equipamiento del centro de salud y la comunicación bilingüe en la consulta; consultorio de medicina tradicional y sala de parto con enfoque intercultural ⁽¹⁸⁰⁾.”

“Calidad de atención o servicio en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud ⁽¹⁸¹⁾.”

“Así mismo podemos expresar la calidad de la asistencia sanitaria en los siguientes términos, Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y

materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable ⁽¹⁸²⁾.”

“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. Estas pandillas provienen de hogares en crisis o destrucción, de padres separados, por lo cual se identifican con las pandillas ⁽¹⁸³⁾.”

“El pandillaje es un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta cometer actos violentos o delictivos ⁽¹⁸⁴⁾.”

“Una pandilla comúnmente es un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o ideología o filosofía común entre los miembros; hecho que les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta realizar actividades violentas ⁽¹⁸⁵⁾.”

Con respecto a los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias de los adultos del centro poblado de Santa Rosa, se observa que la mayoría de los adultos en estudio, no reciben apoyo social natural, esto se debe a que cada uno vela por sí mismo y por su familia; también porque no cuentan con recursos económicos

suficientes; la economía del centro poblado es de carácter agrícola y ganadero, en muchos casos es una economía de subsistencia, la producción se orienta en gran parte al consumo y no al mercado; vale resaltar que sí se brinda el apoyo a los familiares sobre todo a los padres y abuelos (adultos mayores), estos valores se cultivan en todas las familias, que viven cerca de sus padres y están pendientes de su alimentación, del cuidado de su salud y de su bienestar en general, los familiares están presentes en situaciones malas y buenas, generalmente esto se observa en poblaciones rurales, en estas zonas las familias son más unidas que en el sector urbano.

“Según Vega, A y Gonzales, E. mencionan que 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. ⁽¹⁸⁶⁾”

En relación al apoyo social organizado se muestra que casi todos los adultos no reciben ningún tipo de apoyo social organizado, porque no trabajan para empresas o instituciones públicas, no tienen conocimiento de la existencia de instituciones de ayuda social; se puede aseverar que la mayoría de la población depende de ellos mismos, como su actividad laboral es la agricultura y la ganadería, de manera independiente no gozan del apoyo que se recibe cuando se tiene una relación laboral de dependencia. Sólo el 1,7% cuenta con seguridad social, ya que son trabajadores estables (docentes) y cuentan con vacaciones, pensión de jubilación, seguridad en salud.

En lo que respecta al apoyo social de otras organizaciones, la mayoría no recibe apoyo social de otras organizaciones, en el centro poblado la cuarta parte de la población son beneficiarios de programa Pensión 65 (reciben adultos mayores de 65 años); vaso de leche (niños menores de 6 años y madres gestantes) y en el programa de comedor popular. Actualmente se tiene población inscrita en el Programa Juntos, un 73,3% de la población (en otros), los beneficiarios de este programa, son hogares en condición de pobreza, integrados por gestantes, niños(as), adolescentes y/o jóvenes hasta que culminen la educación secundaria o cumplan diecinueve (19) años, lo que ocurra primero.

El programa de pensión 65, está disponible para todos los adultos mayores a partir de 65 años de edad, que se encuentren en pobreza y extrema pobreza, de acuerdo a la evaluación realizada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), se les brinda una ayuda económica por parte del estado de S/. 250 soles bimestrales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, donde los beneficiarios del Centro Poblado Santa Rosa realizan el cobro cada dos meses en la provincia de Carhuaz donde pertenecen los adultos.

“Según datos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el presupuesto total asignado para los programas sociales a nivel nacional para el año 2017 es de S/ 4,032 millones; de este monto, el 19.4% ha sido destinado para las regiones del sur (S/ 782 millones). Los programas en los que se realizará la inversión son Qali Warma, Juntos, Pensión 65, Cuna Más y Foncodes. El Programa Nacional

de Alimentación Escolar Qali Warma, que brinda alimentos nutritivos a alumnos de los colegios públicos del país de los niveles inicial, primaria y secundaria, tiene un presupuesto de S/ 1,590 millones a nivel nacional; el 15.5% de este monto se ha otorgado al desarrollo de este programa en las regiones del sur (S/ 246 millones). La distribución del presupuesto para este programa en el sur del país es el siguiente: Puno, S/ 73.8 millones; Cusco, S/ 68.5 millones; Apurímac, S/ 36.4 millones; Arequipa, S/ 34.0 millones; Tacna, S/ 11.5 millones; Madre de Dios, S/ 11.1 millones; y Moquegua, S/ 10.9 millones. ⁽¹⁸⁷⁾”

En relación al lugar de atención de salud, casi todos los encuestados señalaron que se atienden en el Puesto de Salud Santa Rosa, que pertenece a la Micro Red de Salud Anta, el Puesto de Salud cuenta con el siguiente personal: una enfermera, una obstetriz, dos técnicos en Enfermería; cada una de ellos cumple una función de acuerdo a su perfil; por lo que la población encuentra solución a sus problemas de salud, reciben atención médica (una vez al mes) que disponen un personal médico, del Centro de Salud Anta, y también reciben medicamentos, generalmente genéricos, pero que solucionan sus problemas de salud, la población está conforme, por lo que acude a este Puesto de salud; solo un 3,4% señala que se atiende en hospitales, debido a que sus problemas de salud son más complicados y no pueden ser solucionados por el puesto de salud.

“En el año 2016, según Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS), consideran el lugar o establecimiento de salud donde las personas hicieron la consulta por su problema de salud, a nivel nacional, los establecimientos del

Ministerio de Salud (MINSA) o gobierno regional ocupan el principal lugar de consulta de la población durante el segundo trimestre del 2016, con el 16,5% de la población. Las farmacias o boticas se ubican seguidamente en segundo lugar con un 15,6%; en tercer lugar, se ubican los establecimientos particulares 7% y en cuarto lugar los establecimientos de las Instituciones Administradoras de Fondos De Aseguramiento en Salud (IAFAS) EsSalud adonde acudió el 6,5% de la población con problemas de salud. ⁽¹⁸⁸⁾”

Con respecto a la distancia, el Puesto de salud, en opinión de la mayoría de la población, considera que está muy cerca de su casa, es que el puesto se encuentra ubicado muy cerca de las viviendas y los adultos pueden acudir caminando y llegar en el peor de los casos, los que viven en barrios alejados, aproximadamente 10 minutos, el centro poblado Santa Rosa es pequeño, es una población en que las casa están juntas, muy parecido a una zona urbana, la población se concentra aproximadamente un kilómetro cuadrado.

En lo que respecta al tipo de seguro la mayoría de la población tiene Seguro Integral de Salud (SIS), MINSA ya que la mayoría no cuenta con un trabajo dependiente ni profesional; por lo que el estado brinda a las poblaciones de bajos recursos económicos, es decir en pobreza y extrema pobreza, servicios de salud gratuitos para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en nuestro país, el 2,8% de la población está asegurado a EsSalud, se cuenta en la población con un profesor, quien tienen trabajo estable, y además con un abogado y un técnico. La mayor parte de la población goza de un seguro, en casos de enfermedad o fallecimiento cuentan con

apoyo del estado para los gastos. En caso de enfermedad el estado cubre los gastos de medicamentos y atención en salud, lo cual constituye un apoyo para las familias pobres.

“El Seguro Integral de Salud (SIS), MINSA, tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país ⁽¹⁸⁹⁾.”

En relación al tiempo de espera para la atención, en el puesto de salud, la mayoría de la población encuestada considera que el tiempo de espera es regular, en promedio entre 15 a 20 minutos, ya que los profesionales en salud emplean el tiempo pertinente para atender a los usuarios, el 14,8% considera que el tiempo de espera es corto, considerado el tiempo de espera en los hospitales, en los cuales hay que madrugar para obtener cupo, el tiempo de espera en el Puesto de Salud es adecuado. Cabe recalcar que un promedio de atención de los adultos por día es 0,3.

“En el año 2014, el Instituto Nacional de Estadística (INEI), de acuerdo a la encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud menciona

que el 57,3% de los usuarios esperan de 46 minutos a más para ser atendidos desde que llegaron al establecimiento de salud, el 22,9% de 16 a 30 minutos y el 11,7% menos de 16 minutos ⁽¹⁹⁰⁾.”

En relación a la calidad de atención, menos de la mitad de la población encuestada considera que la calidad de atención es muy buena, ya que como no existe una gran demanda por los servicios, el diagnóstico se realiza de manera apropiada, el personal es competente, brinda cartera de servicios como: servicio de consulta externa en atención ambulatoria por enfermera (disponen a un personal médico, del Centro de Salud Anta, una vez al mes), Servicio de atención AIS niño, servicio de atención adolescente, servicio de atención joven, servicio de atención adulto mayor, servicio de atención a la gestante, en cuanto al recurso humano cuenta con: 1 enfermera, 2 técnicos en enfermería y 1 obstetritz, además se entregan medicamentos, menos de la mitad menciona que la calidad de atención es buena, por lo que se puede inferir que la calidad percibida en promedio es alta.

“El instituto Nacional de Estadística (INE), de acuerdo a la encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud en el año 2014, menciona que el 70,1% de los usuarios refirieron estar satisfechos con la atención que recibieron, el 21,6% manifestó no estar ni satisfecho/ni insatisfecho y el 8,3% estuvo insatisfecho ⁽¹⁹¹⁾.”

Con respecto a la existencia del pandillaje, la mayoría de la población menciona que no existe pandillaje cerca de sus viviendas, ya que ellos se dedican a trabajar todos

los días para solventar sus gastos, además, se observa que los jóvenes que no trabajan, acuden a estudiar hasta Huaraz y en sus tiempos libres practican deporte, en el centro poblado existe una loza multifuncional que facilita la práctica deportiva, por lo que los casos de delincuencia y pandillaje no existen, el 8,5% de la población considera que sí existe pandillaje, pero se considera como de menor gravedad, como por ejemplo robo de animales menores, de leña y forraje (alfalfa) y de frutas en los huertos alejados de las casa.

“Según el INEI los resultados del presente semestre en análisis (abril – septiembre 2015), los departamentos con mayor existencia de pandillaje son: Tacna (12,1%), Cusco (15,4%), Madre de Dios (14,9%), Piura (28,4%), Lambayeque (19,2%), Ucayali (11,0%), Arequipa (19,9%), Ancash (13,9%) La Libertad (25,5%), Puno (15,7%), Provincia Constitucional del Callao (39,6%). En comparación con los resultados del semestre similar al año anterior (abril – septiembre 2014), los departamentos de Ayacucho, Amazonas y Ucayali, presentaron mayor aumento en puntos porcentuales de percepción de inseguridad ⁽¹⁹²⁾.”

Finalmente, las conclusiones más importantes con respecto a la variable se considera que la calidad del servicio prestado en el puesto de salud, es considerado como bueno y muy bueno; es decir que el personal de salud que trabaja en el Puesto de Salud tiene competencias que se reflejan en la calidad de la atención, en la resolución de problemas de salud y en atención brindada con calidez, esto habla de la mejora en los servicios que brinda el Puesto de Salud Santa Rosa.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- ❖ En los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros, la mitad tienen trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, con instrucción inicial/primaria, la mayoría tienen ingreso económico menor de S/ 750 soles. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico: la mayoría tienen vivienda unifamiliar, duermen de 2 a 3 miembros/habitación, casa propia, piso de tierra, cocinan con leña/carbón, todos tienen de techo de eternit/teja calamina, paredes de adobe, tienen conexión domiciliar de agua, baño propio, energía eléctrica permanente, disponen la basura en carro recolector, recogen la basura todas las semanas, pero no diariamente, eliminan la basura en carro recolector.

- ❖ En los determinantes del estilo de vida: menos de la mitad consumen verduras y fideos 3 o más veces/semana, carne 1 o 2 veces/semana, más de la mitad consumen huevos, frutas y pescados 1 o 2 veces/semana, pan 3 a más veces/semana, la mayoría consumen otros alimentos 1 o 2 veces/semana, caminan como actividad física, casi todos no fuman, ni han fumado, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, todos duermen un promedio de 6 a 8 horas, se bañan 1 vez/semana, no se realizan exámenes médicos periódicos.

- ❖ En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad refieren que la calidad de atención de la salud fue muy buena, la mayoría no recibe apoyo social natural, reciben apoyo social organizado de otros, se atendió en puesto de salud, refieren que la distancia al establecimiento de salud está muy cerca de su casa, el tiempo de espera fue regular, no hay pandilla cerca de su casa, casi todos no reciben apoyo social organizado y tienen seguro SIS (MINSA).

5.2 Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones obtenidas en el presente estudio se sugiere lo siguiente:

- ❖ Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las diferentes autoridades y líderes del Centro Poblado Santa Rosa Yúngar – Carhuaz, para que tengan una línea de base sobre la cual puedan fortalecer estrategias educativas y de intervención en temas referentes a determinantes de la salud.
- ❖ Recomendar al personal del Puesto de Salud Santa Rosa que enfatice en sus sesiones educativas el consumo de verduras ya que estos son protectores para la salud, así mismo en relación a la higiene los pobladores deben interiorizar la importancia de un aseo personal más frecuente, la higiene es el empleo de los medios para conservar la salud ya que contribuyen a la prevención de enfermedades e infecciones.
- ❖ Las autoridades del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar, deben buscar integración con el gobierno local, regional y nacional además deben gestionar el apoyo de las organizaciones sociales, de la iglesia u Organizaciones no Gubernamentales (ONG) para que en conjunto puedan realizar labor social en beneficio de las familias más pobres, contribuyendo así al desarrollo de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya, L. Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: [http:// www . insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/los_estilos_de_vida_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/los_estilos_de_vida_saludables.pdf).
3. Rojas, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004
4. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria, T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 2005.

7. Tarlov, A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and social organization. London. Routledge .Pp. 71-93.
8. Lip Licham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú /Lima:Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia, G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994
10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsana 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.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>

19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú;2008.Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> file en:

20. Rodríguez, Y. Sistema de Vigilancia Comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa - Yúngar- Carhuaz, 2014.

21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en. http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es ES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:es-E%3Aofficial &channel=np&sc=psy ab&q=percepción +del+estado +de+ salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=12&gs_upl=26211338310155561414101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.26211338310155571414101012141611330121j2j11410.11sin.&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614

22. Aquino, D. Determinantes de la salud de la persona adulta. Sector 1 Salaverry_ Trujillo, 2012. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo – Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2014. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

23. Correa, B. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre-Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

24. Chiroque, H. Determinantes de Salud en la persona adulta del asentamiento humano Heroes del Cenepa- Piura, 2013. [Tesis para optar el título de

- Licenciada en Enfermería]. Piura – Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
25. Chinchay, M. Determinantes de la 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 Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
26. Ayala, J. “Determinantes de la 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 Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
27. Camones, Z. Determinantes de salud de los adultos del sector Nuevo Paraíso – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
28. Mezarina, V. Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Chacuabamba – Pomabamba 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
29. 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.

30. 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.
31. 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.
32. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
33. 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>.
34. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
35. Canales F y Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
36. Bugada, S. definición de edad [Articulo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>
37. 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)
38. Eustat. Definición 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)
39. 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)
40. Moro, B. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupacion/](http://definicion.de/ocupacion/)
41. 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
42. 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.gov.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>

43. 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>.
44. 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>.
45. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
46. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
47. 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
48. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.Net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
49. 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>

50. Beltrán, J. En su investigación titulado Determinantes de la salud en adultos con hipertensión arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte – Lima, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

51. Santillán, Y. Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma – Taricá, 2013. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

52. Pinedo, P. Determinantes de la salud en adultos maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro – 2015. [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

53. Sobrevilla, V. Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Somate Bajo – Bellavista – Sullana 2013. [Tesis Para optar el título de Lic. en enfermería] Piura - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

54. Ordinola, L. Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío San Vicente de Piedra Rodada – Bellavista- Sullana, 2013. [Tesis Para optar el título de Licenciada de enfermería] Piura - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

55. Blas, S. Que es sexualidad y equidad de género. [Serie internet] [Citado el 2011 Febrero 10] [alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde el URL <http://esanswer.yahoo.com/question/index?qid=20100701071516AAFY7VZ>.
56. Salas, S. Que es Sexualidad y Equidad de Género. [Serie internet]. [Citado 2011 Feb. 10]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.answer.yahoo.com/question/index?qid=201000701071516AAFY7vz>
57. Organización Mundial de la salud. Definición de sexo. Washington: OMS; 2007. Disponible en: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-laoms_22.html.
58. López, E. Concepto de edad [artículo en internet] 2009, [Extraído agosto 8, 2012] [2 pantallas]. Disponible en URL [http:// sobreconceptos.com/edad](http://sobreconceptos.com/edad).
59. Mansilla, M. Definición de edad – Qué es, significado y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012]. Disponible en URL: <http://definición.De/edad>.
60. Duarte, Y. Definición de Edad- Que es, significado y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012]. Disponible en URL: <http://definición.de/edad>.
61. Alorda, C. Situaciones de vida: definición de Adultez. [Revista en internet]. [Citado 2013 Enero. 18]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.infermeravirtual.com/eso/situaciones_de_vida/aduldez. 2009.

62. Cuellar, R. Socialización, instrucción, y educación [Documento en Internet].1996 [Citado 2011 Ago.09]. Disponible en URL:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancop/Est/Lib003/C1>.

63. Montañez, R. Gonzales, L. y Torres, I. Factores asociados a la salud mental y bienestar subjetiva en los adultos. [Tesis de post-grado]. Universidad Austral de Chile, 2005.

64. García, tabacón H. La educación como factor de desarrollo integral Socioeconómico. [Artículo en internet].2005. [Citado 2012 junio 16].disponible en URL: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/vgpt.htm>.

65. Diccionario de economía, Administración, Finanzas y Marketing. Definición de ingreso económico [Artículo de la pantalla].Disponible desde la URL:http://www.eco.finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm.

66. Carrasco, K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun.19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.

67. Campo, M. Observatorio laboral. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013Jun. 23]. Disponible en URL:<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083html>.

68. Román, E. Definición de trabajo eventual [pantalla de internet], 2009. [Citado 2010 Agosto. 23]. Disponible desde <http://www.empleo.gob.es/es/informacion/contratos/contenidos/eventcircuns.htm>

69. Navarro, R. Definición de ocupación. [Artículo en internet],2012 [citado viernes, 6 de Diciembre de 2013]. Disponible://www.graduadoscolombia.edu.co/html/ 1732/article145083.htm
70. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2015. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/al-30-de-junio-de-2015-el-peru-tiene-31-millones-151-mil-643-habitantes-8500/>
71. Instituto Nacional de Estadística (INEI) nivel de Instrucción en los departamentos de Lima Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/ http:www.Ineigob. pe/mediamenurecursivo publicaciones_ digitalesestlib1151indexhtml-7561/](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/http:www.Ineigob.pe/mediamenurecursivo/publicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/).
72. Cooperativa de Ayuda Remesas Exteriores (CARE). Solo el 10% de Niñas Peruanas Culmina la Educación Secundaria. [Serie internet]. [citado. Juni. 21]. [Chicos con sueños]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones.../cap03.pdf
73. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2013. [Citado 2013 Marz.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/economia/marco_conceptual_cpv_2010.pdf

74. Instituto Nacional de Estadística (INEI) Población económicamente activa según niveles Perú ,2014 [citada 25 abril 2015] [Alrededor de 4 paginas].Disponible esde:www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/..digitales/.../Lib1152/libro.pdf - 2008.
75. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2015. Disponible en: www.inei.gob.pe.
76. Solís, B. Determinantes de la salud de los adultos del Centro Poblado de Marcac – Independencia - Huaraz, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
77. Torre, L. Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Churp – Monterrey - Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
78. Mendez, N. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío Chua alto Sector T Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
79. Santillan, Y. Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma – Taricá, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad católica los ángeles

- de Chimbote; 2016. Disponible en URL:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
80. Uchazara, M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor Los palos. TACNA; 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna. Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2013. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
81. Salazar, F. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector P – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
82. Enciclopedia Libre. Definición de vivienda, [17 de octubre del 2013] [1 pantalla libre] Disponible desde el URL: <http://definicion.de/vivienda>
83. Díaz, M. Vivienda. [Artículo en internet]. [6 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre] .2013. Disponible: <http://www.definicionabc.com/social/vivienda.php>
84. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2013 Setiembre13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible en:URL:http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacionC3%B3n_vivienda.html.

85. Características de la Vivienda Conceptos Sobre conceptos. [Documento en internet]; 2004. [citada 25 abril 20152012. Disponible desde el URL: <http://Conceptos.com/características de la vivienda>.
86. Rosas, R. Tipos de Viviendas que Repercuten a Salud y Desarrollo de los Adultos Asentamiento Humano Santa Rosa – Lima, 2009.
87. Laz, B Definición de vivienda, [los Ángeles since 1999]. [Reporte por internet]:1999. Disponible desde URL: <http://definicion.de/vivienda/>
88. Rosales, J. Definición de piso [portada en internet]. [citado 2012]. Disponible en: <http://definicion.de/piso-termico/#ixzz2l2UO7ceH>.
89. López, J. Piso [Articulo en internet] [Citado 2013 Noviembre 06]. [1 Pantalla] .Disponible en URL: [https://www.coveg.gob.mx/seiisv/modulos/.Indicador %2023](https://www.coveg.gob.mx/seiisv/modulos/.Indicador%2023).
90. Suarez, P. Definición de piso de tierra [12, de setiembre 2013] [1 pantalla libre]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
91. Morca, D. Características de la Vivienda Conceptos [serie en internet] 2013 [citada 2013 octubre 4]; Disponible en: URL: <http://Conceptos.com/características de la vivienda>.
92. Palaia, L. Vocabulario básico de construcción arquitectónica. Ed. Univ. Politéc. Valencia.2005.

93. Paredes, O. Programa de saneamiento básico, división de salud y ambiente. Disponible desde: <http://www.cepis.opsoms.org/bvsasv/e/proyinternac>.
94. Enciclopedia Libre. Definición de pared [14 de mayo del 2013], [1 pantalla libre] disponible desde: <http://definicion.de/pared/#ixzz2l2LVRbs2>.
95. Chávez, R. Definición de pared [Portada del internet], 2011. [Citado 12 de noviembre 2012] [1 pantalla libre] disponible desde URL: <http://es.wiktionary.org/wiki/pared>.
96. Paz, N. Definición de adobe [Portada del internet], 2010 [Citado 12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] disponible desde: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/adobe>.
97. Peláez, Y. Definición habitación [Artículo en internet], 2012 [Citado 2013 agosto 19]. [1 Pantalla]. Disponible en URL: <http://inmuebles.libre.com./Alquiler-de-habitación-en-casa-defamilia-capital-federal.com.pe>
98. Alot, G. Definiciones ABC. [Documento en internet], 2010. [Citado 2012 agosto 11] [1 Pantalla libre]. Disponible Desde: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php#ixzz2l2PIchXK>.
99. Pérez, L. Vocabulario básico de construcción arquitectónica. Ed. Univ. Politéc. Valencia. ISBN 84-97058844. (2005).
100. Gonzales, A. Red de abastecimiento de agua potable [Articulo en internet]

[Citado 2013 noviembre 12] [alrededor de una plantilla]. Disponible desde:
<http://www.definicionabc.com/general/aguapotable.php>.

101. Giménez, R. Red de abastecimiento de agua. [Documento en internet].
Disponible desde: <http://www.arqhys.com/contenidos/red-agua.html>.
102. Yanyachi, R. Definición de agua. [Documento en internet], 2012. [Citado 2013 abril 17] [1 Pantalla]. Disponible:<http://www.definicionabc.com/salud/centrodesalud.php#ixzz2lh2qwY MW>
103. 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>.
104. Macedo, H. Disposición de excretas. [Documento en internet], 2012. [Citado 2013 enero 11]. Disponible Desde: www.mspas.gob.gt/files/Descargas/Agua.
105. Rodríguez, J. Saneamiento básico y prácticas higiénicas como factores de riesgo. [Documento en internet], 2009. [Citado 2010 mayo 13]. Disponible desde: <http://www.scribd.com>.
106. Alarcón, H. Definición: Combustible para cocinar [Documento en internet]. [1 pantalla libre], 2012. [citado 24 de noviembre 2013]. Disponible en:http://www.unicef.org/spanish/wash/index_water_security.html
107. León, K. Definición Combustible [Artículo en internet], 2011. [Citado 2013 Noviembre 11]. Disponible desde: <http://es.picopedagogia.com/definición/educabilidad>

108. Páguelo, I. Definición ABC. [Documento en internet], 2008. [Citado 2010 agosto15][1 pantallalibre]. Disponible Desde: <http://www.definicionabc.com/general/combustiblesfosiles.php#ixzz2l2UNmxHD>.
109. Sistema de iluminación. Importancia. Disponible en: http://www.endesaeduca.com/Endesa_educarecursos-interactivos/el-uso-de-la-electricidad/xxii.-sistemas-de-iluminacion.
110. Mega Proyectos_Turbinas y Paneles/Autoenergiaecoamigable/. Disponible desde: www.tudiscovery.com/MegaProyectos.China.
111. Enciclopedia Libre. Definición de Iluminación. [Documento de internet], 2010. [Citado 2011 agosto 11]. Disponible en URL: <http://www.consumoteca.com/suministros/energia/energia-electrica/>
112. Enciclopedia Libre. Definición: basura y eliminación [Documento de internet], 2012. [Citado en noviembre 2013] Disponible desde el URL: <http://es.org/Basura>.
113. Hernández, Q. Eliminación de desechos sólidos. [Documento en internet]. [Citado 2013 Noviembre 08]. [1 pantallas]. Disponible en URL: www.desechossolidos.com/eliminacion-desechos-solidos.htm.
114. Sánchez, M. Gestión de residuos. [Artículo en internet] [Citado 2013 Noviembre 14]. [1 pantalla]. Disponible desde: <http://www.desechos-solidos.com/eliminacion-desechos-solidos.html>.

115. Méndez, L. Clasificación de la basura. [Monografía en Internet] [Citado el 2011 Junio 26] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos36/la-basura/la-basura3.shtml>.
116. Ministerio de agricultura alimentación y medio ambiente definición de recogida de basura [14 de octubre 2013] [1 pantalla libre] Desde URL: <http://www.magrama>
117. Aldave, G. Eliminación adecuada de los desechos. [Documento en internet]. Disponible: http://www.ehowenespanol.com/eliminacion_adecuadadesechos
[tp://www.ehowenespanol.com/eliminacion-adecuadadesechos-manera_37403/manera_37403/](http://www.ehowenespanol.com/eliminacion-adecuadadesechos-manera_37403/manera_37403/)
118. Instituto Nacional de Estadística (INEI), Censo de Población y Vivienda 2012, [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda], [Serie internet, [citado May, 2015,], [alrededor de una pantalla], Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2015
119. Instituto Independiente de Investigación de Mercados (Ipsos) 2017 [portada en internet]. [citado May. 29 de 2017]. [pantalla libre]. Disponible en: <http://larepublica.pe/imprensa/economia/880540-ipsos-peru-hay-siete-de-cada-diez-limenos-que-ya-tienen-una-casa-propia>.
120. Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento (fondo MIVIVIENDA) 2011 – 2016 [portada en internet]. [citado enero. de 2016]. [pantalla libre].

Disponible en: <https://es.scribd.com/document/275600038/Volumen-01-PDU-Hz-2012-OK>

121. Books.Google.com.ar(manual para construcción sismorresistente con adobe).
Desenredando.org(manual para la rehabilitación sísmica de viviendas
construidas en adobe y tapia pisada, Colombia, 2005).
122. 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: [http://
www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_
conceptual_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf).
123. El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS) 2015,
[Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet],
2015.[citado 24 abril año 2015]. Disponible en:
[http://gestion.pe/economia/mvcs-857-poblacion-peruana-tiene-acceso-al-
servicio-agua-potable-2130028](http://gestion.pe/economia/mvcs-857-poblacion-peruana-tiene-acceso-al-servicio-agua-potable-2130028)
124. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda
2014. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie
internet. [citado julio.18.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible:
[https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/acceso-a-servicios-basicos-se-
incremento-en-hogares-del-area-rural-7618/](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/acceso-a-servicios-basicos-se-incremento-en-hogares-del-area-rural-7618/)
125. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y

factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2013. [Citado 2010 Marz.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco_conceptual_pv2010.pdf

126. Hernández, J. Automatización y control a distancia de los reservorios San Diego [tesis para optar el título de Ingeniero Electrónico Tesis para optar el título de Ingeniero Electrónico], Universidad Católica del Perú, 2006. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
127. Villanueva, A. Determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande- Pomabamba – Ancash, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
128. León, V. Determinantes de salud de los adultos del Sector —San Miguell, Monterrey – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
129. Alanya, R. Determinantes de la salud de la persona adulta joven del Anexo de Cullpa del distrito de El Tambo– Huancayo-2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

130. Sánchez, G. Determinantes de la salud de la persona adulta del Caserío Somate Centro-Bellavista-Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Sullana: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
131. Atao, B. Determinantes de la salud de la persona adulta joven del distrito de San Jerónimo de Tunan 2013 – Huancayo, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
132. Correa, B. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre – Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura – Perú: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en URL:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
133. Enciclopedia libre: Definición de fumar [29 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre] Disponible en URL:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent-pdf>.
134. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. [Documento en internet]. [Citado en mayo de 2012] [01 pantalla libre]. Disponible desde: www.who.int/topics/tobacco/es/

135. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo [Serie en internet] [Citado en octubre de 2013] [alrededor de una pantalla]. Disponible desde URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
136. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Serie Internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011 Disponible desde el URL: [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/)
137. Enciclopedia Libre. Definiciones. Alcohol, la [Serie Internet]. [Citado Noviem. de 10.]. [Alrededor de 3 pantallas] 2013 Disponible desde el URL: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
138. Darío, S. Definición consumo de bebidas alcohólicas – Alcohol étílico. [Artículo en internet]. [Citado jun. de 2008] [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [www.conceptos consumo de bebidas alcohólicas](http://www.conceptosconsumo.com/definicion-de-bebidas-alcoholicas/)
139. Enciclopedia libre. Definición de sueño [Artículo en internet] [Citado 28 nov 2013]. Desde URL: [http://www. Conceptos dormir – descanso – Salud.](http://www.conceptos.com/definicion-de-sueno/)
140. Mallon, B. Definición de Sueño [Documento en internet] [Citado 23 Nov. 2013]. [1 Pantalla]. Disponible desde: [https://www.casadellibro.com/libro-la-practica-de-los-suenos/9788495973795/2086199.](https://www.casadellibro.com/libro-la-practica-de-los-suenos/9788495973795/2086199)
141. Pocock G y Richards C. Fisiología humana: [Serie de internet] [Citado el mayo 2005]. Disponible desde: [https://es.scribd.com/doc/168237523 /Fisiologia-Humana-Pocok-OCR.](https://es.scribd.com/doc/168237523/Fisiologia-Humana-Pocok-OCR)

142. Enciclopedia libre: definición de higiene. [Serie Internet]. [Citado 12 Nov 2013]. [Alrededor de 1 planilla] 2010. Desde URL: <http://www.conceptos/habitos/higiene>.
143. Juárez, B. Taller de higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2011 abril] [1 pantalla]. Disponible en URL:<http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminacion-de-excretas.html>.
144. Conceptos Aseo Personal. – Importancia para la Salud [Artículo en internet]. Citado Febrero de 10.] [Alrededor de 1 planilla] 2009. Disponible en: www.higiene-educ.com/sp/profs/corporelle/sci_data/intro.htm
145. Ángeles, M. Reconocimiento médico [artículo en internet]. [citado 27 de julio 2013]. Disponible desde: <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>.
146. Valosn B, valos Examen Médico.[Buenas tareas en internet] [citado noviembre 2013] Disponible desde el URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Examen-Medico/3113893.html>.
147. Instituto de Neurociencias (INCN). Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.
148. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Serie Internet] [Citado octubre de 2012] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.

149. Crocco, A. Definición actividad física, caminata [documento en internet] [citado 6 de marzo 2012]. Disponible desde el URL: <https://ejercicios.mercola.com/sitios/ejercicios/archivo/2015/03/06/caminar-como-ejercicio-de-alta-intensidad.aspx>
150. Bembibre, C. Definición actividad física [documento en internet] [Citado 23 de diciembre 2009] Disponible desde el URL: <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>.
151. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [1 de diciembre del 2013]. Desde URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>.
152. Caldera, G. Definición sobre clasificación de alimentos, [documento en internet] [citado 29 marzo]. Disponible desde el URL: [glicedis. Blogspot com/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc-concepto-clasificacion.html](http://glicedis.blogspot.com/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc-concepto-clasificacion.html).
153. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario. [Serie Internet]. [Citado Diciem. de 25]. [Alrededor de 1 planilla] 2013. Desde URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>.
154. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación. Guía de consumo para una Alimentación Saludable. [Documento en internet]. Peru 2011. [Citado 28 May. 2013]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: <http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia%20consumo%20saludable.pdf>.

155. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.
156. Mayma, N. Definición de Cocachacchado-costumbres. [serie de internet] [Citado el 29 de enero 2012] Disponible desde: <http://nestorcostumbres.blogspot.com/2012/01/el-chacchado-de-coca-o-acullico-de-coca.html>
157. Organización Mundial de la Salud, Alcohol, [Serie Internet] [Citado febrero de 2015] [Alrededor de 1 planilla], Disponible desde el URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
158. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Artículo en internet], 2015 [citado, 28 de Abril 2014], Disponible: <http://elcomercio.pe/blog/expresiongenetica/2014/04/cuantas-horas-duermen-los-peruanos>
159. Centro para control y la prevención de enfermedades. [Artículo en Internet]. [Modificado Ener. 9]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible desde: www.cdc.gov/spanish/datos/faltasueno/
160. Ávila, M. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013. [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
161. Garay, N. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II -Tacna, 2013. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Tacna- Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2014.

Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/.

162. Morillo, G. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores del Asentamiento Humano San Pedro, Chimbote, 2014. [Tesis para Optar título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- 2015. Disponible en URL: http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/
163. Gonzales, C. Determinantes de salud del adulto joven, del Casco Urbano Santa, Distrito de Santa, 2013. [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
164. Chafloque, K. Determinantes de la salud en los adultos jóvenes del A. H. Los Cedros, Nuevo Chimbote, 2013. [tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote - Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
165. García, A. Estudio Soporte Social en Adultos Diabéticos No Insulina Dependientes que Pertenecen a un Club de Apoyo para el Adulto Diabético, Lima - 2013. [Para optar el grado de licenciada en psicología,]. [Pontificia Universidad Católica del Perú]. Disponible desde URL: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4702/GARCI_A_ROMAN_ANDREA_ADULTO_DIABETICO.pdf?sequence=1

166. Domínguez, J. Apoyo Social, Integración y Calidad de Vida de la Mujer Inmigrante en Málaga. [Tesis Doctoral]. [Universidad de Málaga]. 2006. Disponible desde: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/1711228x.pdf>
167. Roldan, R. Definición de apoyo organizado [serie de internet] [Citado e 16 de agosto 2011]. Disponible desde URL: <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php>
168. Vaux, A. La evaluación del apoyo social. Frankfurt, [Revista de saude pública]. [Citado Nov. 31]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script.
169. Universidad de Cantabria. Qué es el apoyo social. [Serie en internet]. [Citado Marz. 13]. [Alrededor de una pantalla]. Desde: ocw.unican.es › ... › Bloque Temático IV › Tema 13. El apoyo social.
170. Morales, J. Redes de apoyo social. [Documento en internet]. [citado 18 de Nov. 2013]. Disponible en: www.ilustrados.com/tema/11132/Sobre-apoyosocial.html
171. Costasur. Definición de apoyo social. [Documento en internet] [Citado 12 de mayo 2010]. Disponible desde: <http://psicologia.costasur.com/es/apoyo-social.html>.
172. Definiciones de Apoyo social natural Disponible desde: www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/apoyo1711228x.pdf.

173. Apoyo Social Organizado [artículo en internet] 2009. [2 pantalla] Disponible [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor .pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adulto_Mayor.pdf)
174. Definición de institución de salud /Hospital_def_mx[pantalla de internet] Disponible desde el URL <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>.
175. Definición de institución de salud /Hospital_def_mx[pantalla de internet] Disponible desde el URL:<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>.
176. Cecilia, B. Sistema de salud [Articulo en internet]. [citado 28 de Set. 2010]. Disponible desde: [https://www.definicionabc.com/?s=Centro %20de%20Salud #resultados](https://www.definicionabc.com/?s=Centro%20de%20Salud#resultados)
177. Valencia, F. Nivel de Satisfacción y Seguro de los Pacientes Atendidos por el Personal de Salud en el Hospital San Gabriel – Ecuador -2011. [Para optar el título de Licenciada en Enfermería]. [Pontificia Universidad de Ecuador]. 2011. Disponible en URL: [epositorio.utn.edu.ec/bitstream ENF439%20TESIS.pdf](http://positorio.utn.edu.ec/bitstream/ENF439%20TESIS.pdf)
178. Letelier, C. Precariedad laboral y Nuevas Percepciones en Entorno a la Intervención en Torno a la Intervención Social y el Campo Laboral de los Trabajadores Sociales Santiago Chile 2011. [Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social] Santiago de Chile: [Universidad Académica

- De Humanismo Cristiano]. 2011. Disponible desde el URL: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/tesis.pdf>
179. Velázquez, A. Definición de Seguro de salud [Serie de internet] [Citado el 7 de octubre 2013]. Disponible desde URL: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=16972>.
180. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. [Serie en Internet]. [Marz. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc
181. Aniorte, N. Salud y Calidad. Vida Saludable. Fundación de la Salud. [Monografía de internet]. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible en URL: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-viDa/prepro_080021.html
182. Aniorte, N. Salud y Calidad. Vida Saludable. Fundación de la Salud. [Monografía de internet]. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible en URL: http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-viDa/prepro_080021.html.
183. Organización Mundial de Salud: Pandillaje [Reporte de internet]. [Citado Jun. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde. URL:www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definicion.Pandillaspdf.
184. Prado, G. Las pandillas aumentan y son más violentas en Lima Párrafo: [Reporte de internet]. [Citado set. 20]. [1 Pantalla]. Disponible

- desde.<http://peru21.pe/noticia/278049/pandillas-aumentan-son-mas-violentas-lima>, 2003.
185. Definiciones. De. Definiciones de Pandillaje. [Monografía de internet]. España Definiciones De. [Citado 2013 My. 18]. [a pantalla]. Disponible en URL: <http://definiciones.de/pandillaje/>.
186. Gonzales, E y Vega, A. Redes de apoyo social, [Nota informativa en internet]. Costa Rica 2008 Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
187. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) 2017, [Marco Conceptual de Programas Sociales]. [Serie internet], 2017.[citado 6 abril año 2015]. Disponible en: <http://mercadosyregiones.com/presupuesto-2017-asignado-programas-sociales-en-el-sur-de-peru/>
188. Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) 2016, [portada en internet]. [citado 24 de noviembre]. [pantalla libre]. Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/mundo-ipress/enaho>
189. El Comercio, Lima Seguro Integral de Salud. [Serie en Internet]. [Citado Feb. 5]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: elcomercio.pe/.../sis-subsidia-atencion-240000-personas-no-consideradas.
190. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2014, [Serie Internet] [Citado 2015] [Alrededor de 1 planilla], Disponible desde el URL:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/cap01.pdf

191. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2014, [Serie Internet] [Citado 2015] [Alrededor de la planilla], Disponible desde el URL:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/cap01.pdf

192. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013). Boletín Especial No. 19. "Perú: Encuesta aplicada en los distritos sobre Pandillaje. Quinquenios, según Departamento, 2000-2015". Lima, Diciembre.



UNIVERSIDAD CATÒLICA LOS ÀNGELES CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA – YÚNGAR – CARHUAZ.**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iníciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (41 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

Grado de instrucción:

- Sin nivel ()

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

Ingreso económico

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

Ocupación:

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

II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

Tipo:

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

- Propia ()

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Abastecimiento de agua:

- Acequia ()

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

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

Tipo de alumbrado:

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

- Energía eléctrica temporal. ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

Disposición de basura:

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

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

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

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

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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Actualmente fuma?

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

¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

Número de horas que duerme:

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

Cuál es la frecuencia con la que se baña:

- Diariamente ()
- 4 veces a la semana ()

- No se baña ()

Usted realiza examen médico periódico

Si () 2 No ()

Usted realiza alguna actividad física:

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

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

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

Deporte () Ninguna ()

DIETA:

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

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

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Percibe algún apoyo social natural:

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

Percibe algún apoyo social organizad:

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

Percibe algún Apoyo social organizado:

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

Indique en que institución de salud se atendió:

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

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

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

Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

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

Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda

Si () No ()



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE
SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA –
YÚNGAR - CARHUAZ 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)”.

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

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:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR – CARHUAZ – 2014. (Ver anexo--).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es?

Esencial?

Útil pero no esencial?

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

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficient edevalidez total} = \frac{\sum CVRi}{\text{Total dereactivos}}$$

$$\text{Coeficient edevalidez total} = \frac{25,5}{34}$$

Coeficiente de validez total = 0,75.

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

ANEXO N° 03



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD DE LOS
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA- CARHUAZ- YÚNGAR 2014.

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

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

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

Comentario									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
P14									
Comentario:									
III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario									
P18									
Comentario:									
IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS									
P19									
Comentario:									
V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS									
P20									
Comentario									
P21									

Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
VI. DETERMINANTE DE 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:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO N° 04



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO

POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR – CARHUAZ – 2014.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad inter evaluador

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

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

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
evaluador A evaluador B	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Tabla de contingencia Evaluador A * Evaluador B

	Evaluador B		Total
Evaluador A No existe acuerdo	No existe acuerdo 6	Existe acuerdo Evaluador A No existe	6
Existe acuerdo	2	22	24
total	8	22	30



ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL DEL CENTRO

POBLADO SANTA ROSA - YÚNGAR – CARHUAZ – 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