



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA  
ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR –  
SECHURA, 2015**

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

**AUTORA:**

**Br. ROSA HAYDEE RIVERA RIVERA**

**ASESORA**

**Dr. NELLY TERESA CONDOR HEREDIA**

**PIURA - PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR Y ASESOR**

Mgtr. SONIA LEIDA RUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Mgtr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

MIEMBRO

Mgtr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

ASESOR

Dra. NELLY TERESA CÓNDOR HEREDIA

## **AGRADECIMIENTO**

A Jehová Dios por darme la oportunidad de estudiar en esta prestigiosa casa de estudios, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidades y permitirme continuar hasta el final de mi carrera.

A todas las personas y autoridades de la Caleta Puerto Rico Bayovar, por su valioso aporte y apoyo en la realización de esta investigación.

A mi estimada y amiga Dra. Nelly Teresa Córdor Heredia, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, por su paciencia y guía en la realización de la tesis.

**ROSA HAYDEE**

## **DEDICATORIA**

A Jehová Dios, por ser mi Fuente de estímulo y aliento, mi mano derecha, mí sustento, por darme la capacidad, valentía, fortaleza y hacer realidad este sueño, en ti todo es posible, todo lo que tengo te pertenece.

A mi hermana Brenda en el cielo, a su hijo mi amado sobrino hijo Jesús Sebastián, mi motor y motivo, a mis padres y hermanos los amo, mis incondicionales en las buenas y malas con la bendición de Jehová Dios.

A mis docentes que estuvieron en el proceso dentro de lo cual fue mi formación, porque cada uno de ellos aportó a formar parte de lo que soy, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional.

**ROSA HAYDEE**

## RESUMEN

El presente estudio es de diseño de una sola casilla, tuvo por objetivo describir los Determinantes de la Salud de la Persona Adulta de la Caleta Puerto Rico, Bayovar-Sechura, 2015. La muestra estuvo conformada por 257 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: según los determinantes biosocioeconómicos: que la mayoría de los adultos entrevistados son de sexo femenino, adultas maduras, más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales y la mitad con un trabajo eventual. Con respecto a la vivienda; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, propia, con paredes de estera y madera, más de la mitad el material del piso es de lámina asfáltica y techo de calamina, la mitad duerme en habitaciones independientes, así mismo la mitad cuenta con baño propio, se abastecen con agua de conexión domiciliaria, más de la mitad utiliza el gas para cocinar y energía eléctrica permanente indican también que el recojo de la basura es al menos dos veces por semana. En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, no consumen bebidas alcohólicas, más de la mitad manifiesta que duermen de 6 a 8 horas, caso todos refieren que se bañan diariamente, más de la mitad verbaliza no haberse realizado ningún examen médico. Más de la mitad no realizan ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia es variada la mayoría consume pescado, frutas, verduras, hortalizas y otros. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un centro de salud los 12 últimos meses, y más de la mitad tiene seguro del SIS-MINSA, todos indican que no reciben ningún apoyo social natural ni apoyo social organizado.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, persona adulta.

## SUMMARY

The present study is of a single-cell design, aimed to identify the Determinants of the Health of the Adult Person of Caleta Puerto Rico, Bayovar-Sechura, 2015. The sample consisted of 257 adults. The data collection instrument was the Questionnaire on health determinants. Concluded: according to biosocioeconomic determinants: that most of the adults interviewed are female, mature adults, more than half have complete and incomplete secondary education, with an income of less than 750 soles per month and half with an eventual work . With respect to housing; more than they have single-family housing, with walls of mat and wood, more than half the material of the floor is asphalt sheet and roof calamine, half sleeps in separate rooms, like half have their own bathroom, they supply with household connection water, more than half use the gas for cooking and permanent electric power also indicate that the garbage collection is at least twice a week. With regard to the Determinants of Lifestyles; most have never used tobacco habitually, do not consume alcoholic beverages, more than half say they sleep for 6 to 8 hours, if all report that they bathe daily, more than half verbalize not having had any medical examination. More than half do not perform any physical activity. In terms of their diet is varied most consume fish, fruits, vegetables, vegetables and others. According to the determinants of social and community networks, less than half have attended a health center for the last 12 months, and more than half have SIS-MINSA insurance, all indicate that they do not receive any social support or social support organized.

Keywords: Determinants of Health, adult person.

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	v
<b>DEDICATORIA</b> .....	vi
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	20
3.1 Diseño de la Investigación.....	20
3.2 Población y Muestra.....	20
3.3 Definición y Operacionalización de Variables.....	22
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	33
3.5 Plan de Análisis.....	36
3.6 Matriz de consistencia.....	37
3.7 Principios éticos.....	39
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	39
4.1 Resultados.....	66
4.2 Análisis de Resultados.....	110
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	111
5.1 Conclusiones.....	113
5.2 Recomendaciones.....	114
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	127
<b>ANEXOS</b> .....	

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
<b>TABLA N° 01:</b> ..... DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>39</b>
<b>TABLA N° 02:</b> ..... DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>43</b>
<b>TABLA N° 03:</b> ..... DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>51</b>
<b>TABLA N° 04:</b> ..... DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>57</b>
<b>TABLA N° 05:</b> ..... DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>61</b>
<b>TABLA N° 06:</b> ..... DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015	<b>63</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
<b>GRÁFICO N°01</b> .....	<b>40</b>
SEXO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2016	
<b>GRÁFICO N°02</b> .....	<b>40</b>
EDAD EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2016	
<b>GRÁFICO N°03</b> .....	<b>41</b>
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°04</b> .....	<b>41</b>
INGRESO ECONÓMICO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°05</b> .....	<b>42</b>
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2016	
<b>GRÁFICO N°06.1</b> .....	<b>45</b>
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CLAETA PUERTO RICO – BAYOVAR, 2015	
<b>GRÁFICO N°06.2</b> .....	<b>45</b>
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°06.3</b> .....	<b>46</b>
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	

<b>GRÁFICO N°06.4</b> .....	<b>46</b>
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°6.5</b> .....	<b>47</b>
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°6.6</b> .....	<b>47</b>
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°7</b> .....	<b>48</b>
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°8</b> .....	<b>48</b>
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°9</b> .....	<b>49</b>
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°10</b> .....	<b>49</b>
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	

<b>GRÁFICO N°11</b> .....	<b>50</b>
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°12</b> .....	<b>50</b>
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°13</b> .....	<b>53</b>
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°14</b> .....	<b>53</b>
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°15</b> .....	<b>54</b>
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°16</b> .....	<b>54</b>
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°17</b> .....	<b>55</b>
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	

<b>GRÁFICO N°18</b> .....	<b>55</b>
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°19</b> .....	<b>56</b>
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2016.	
<b>GRÁFICO N°20</b> .....	<b>58</b>
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°21</b> .....	<b>58</b>
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°22</b> .....	<b>59</b>
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°23</b> .....	<b>59</b>
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA 2015.	
<b>GRÁFICO N°24</b> .....	<b>60</b>
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	

<b>GRÁFICO N°25.....</b>	<b>60</b>
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°26.....</b>	<b>62</b>
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°27.....</b>	<b>62</b>
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°28.1.....</b>	<b>64</b>
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°28.2.....</b>	<b>64</b>
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°28.3.....</b>	<b>65</b>
RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	
<b>GRÁFICO N°28.4.....</b>	<b>65</b>
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.	

## I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación es de tipo cuantativo descriptivo y diseño de una sola casilla con una muestra de 257 personas adultas, su ejecución tiene como finalidad describir las Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Caleta Puerto Rico, Bayovar-Sechura, 2015, el instrumento aplicado para la recolección de datos, fue un cuestionario de treinta preguntas sobre las determinantes de la salud de la persona adulta, mediante la técnica de la entrevista y la observación.

Según los modelos teóricos existentes de determinantes de la Salud, se pueden definir como los agentes, factores o circunstancias en que las personas nacen, crecen, desarrollan su vida cotidiana, viven, trabajan y mueren ya sea en forma individual o en comunidad que contribuyen al mantenimiento o mejoramiento de la salud.

Los efectos de las determinantes de la salud que actúan sobre ella se inician desde antes de nacer, y se va aglomerando a lo largo de la vida en constante interacción con la genética, la biología y los factores psicológicos hasta llegar a la edad adulta, la vejez y la muerte, hay que reconocer la importancia de los factores genéticos, los estilos de vida o los servicios sanitarios (los últimos dos resultado directo del tipo de sociedad en la que se vive) como causas que dañan la salud de las personas (1).

Esta Investigación se sustenta en las bases conceptuales de determinantes de la salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead. Lalonde establece el concepto de campo de salud y plantea cuatro determinantes de la salud quienes interaccionan entre sí generando efectos positivos o negativos sobre la salud individual o colectiva (medio ambiente, carga genética, estilos de vida y atención sanitaria) además indican que estos determinantes están influenciados por factores sociales (2).

Dahlgren y Whitehead explican las principales determinantes de la salud en capas o niveles que influyen sobre los individuos destacando las determinantes sociales, así mismo señalaron cómo las inequidades en salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (3).

La salud es un concepto difícil de definir, a la vez representa un prerequisite indispensable para satisfacer cualquier tipo de aspiración sobre el bienestar y la felicidad. Ahí reside la importancia de comprender y acotar este concepto, situado en uno de los focos de interés de cualquier sociedad, de cualquier lugar y de cualquier tiempo. Actualmente la salud y la calidad de vida ocupan un lugar central en nuestra sociedad, podemos decir que la sociedad del siglo XXI se encuentra “salutizada” dado que la salud es un derecho, un valor, una aspiración, un recurso, una necesidad y una demanda social que está en el centro de las decisiones en la práctica totalidad de ámbitos públicos y privados (4)

El concepto de salud ha experimentado un proceso de revisión constante. A mediados del siglo XX se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y la enfermedad. Hoy sabemos que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud. (4).

Alma Ata (1978), reconoció por primera vez que la salud es un derecho humano universal y fundamental y no solo un privilegio de unos pocos, y que el logro más alto posible de la salud es un objetivo socialmente sumamente importante en todo el mundo cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud, también declara

que el pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de su salud (5).

La salud es un proceso de desarrollo de capacidades personales para lograr autosuficiencia y bienestar de acuerdo con el sexo, la edad y las necesidades sociales. Es mantenerse indemne de incomodidades profundas, de insatisfacciones y de grandes frustraciones, libre de incapacidad y malestar crónico y comportarse de modo tal que se propicie la creatividad, el aprendizaje, el desarrollo de las potencialidades y el disfrute pleno de la vida. En ese sentido la salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida (6).

La determinación de la situación de salud, no es proceso simple, mecánico con claras relaciones de causa efecto, sino más bien un proceso complejo, dinámico cambiante de una realidad a otra, en que los factores determinantes actúan como red de interacciones y no en forma lineal, algunos factores determinantes están directamente relacionados con el individuo como las conductas y hábitos orientados a proteger la salud y el uso de los servicios de salud, otros se relacionan con las condiciones de vida de los grupos asociales en los planes ecológico, económico, cultural y biológico. En ese sentido la salud de los grupos sociales está determinada por variables y hechos de los espacios general e individual; así mismo, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales (6).

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 (7).



¿Qué son determinantes de la salud? Las premisas o postulados teóricos sobre las determinantes de la salud son de larga data, McKeown en 1972 fue uno de los primeros autores que acentó el precedente para futuras nociones o concepciones de las determinantes de salud, cuando publica “An interpretation of the modern rise in population in Europe. Popul Stud”.

El modelo Lalonde y Laframboise, el cual supuso un marco conceptual comprehensivo por su carácter integrador y tuvo repercusión internacional en las políticas de salud pública para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Según este modelo los factores condicionantes de la salud en la población se ubica en cuatro grandes dimensiones de la realidad denominados “Campos de la Salud”: estilos de vida, medioambiente, Biología humana y los servicios de salud en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, así mismo destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los determinantes (8).

En 1989 el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada CIAR, define las determinantes sociales de la salud como “El nombre colectivo asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud. Un elemento crucial de esta definición es la noción de que estos factores determinantes no actúan aisladamente, sino que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud” (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud (CDSS), se creó con la finalidad de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables, así como promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo (CDSS 2007). Según esta comisión los Determinantes Sociales de la Salud se definen como los determinantes

estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país (9).

El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es jerarquizado distingue tres determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades, El determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia (10).

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 son objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (11).

A partir de la Carta de Ottawa, la promoción de la salud ingresa a un ciclo de afianzamiento teórico-conceptual y, al tiempo, se difunde como tendencia social, política e institucional; así se desarrollan escenarios, métodos y estrategias que se expresan en las conferencias internacionales y en diversas experiencias nacionales y locales. Ello implica la elaboración de una política sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de actitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios (12).

La promoción de la salud puede desarrollarse desde la dimensión individual o poblacional. Al respecto, se argumenta que hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal dirigidas a lograr cambios conductuales

que genéricamente se conocen como estilos de vida. El ámbito más social, más “estructural”, es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento (12).

Recordemos que en Ottawa se reconoce a la promoción de la salud como la estrategia de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es decir, es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones. En el Perú, en los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trasciende los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la simple aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta o estilo de vida de cada individuo (13).

Las autoridades del Ministerio de Salud, con clara visión de sus contenidos, han impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los determinantes sociales de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. Algo se ha avanzado en la nada fácil tarea de traducir esta concepción en la práctica sanitaria. El camino es todavía muy largo y, en este camino, lo más importante y difícil de mover son las concepciones enraizadas y los esquemas teóricos medicalizados en los que se mueve buena parte de los salubristas, personal de salud y los políticos (13).

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 (14).

El concepto de determinante social de la salud está indisolublemente asociado al concepto de equidad en salud. El de equidad es un concepto ético difícil de precisar en su definición, y cuyo sinónimo podría encontrarse en la definición de justicia social. Margaret Whitehead en el año 1992 propone como perspectiva consensuada que: “Equidad en salud implica de manera ideal que todo el mundo tengan la justa oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y, de manera más pragmática, que nadie esté en desventaja para alcanzar ese potencial, si ello puede ser evitable”. Esta definición es posteriormente adaptada por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS definiendo la equidad como: “La ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos sociales” (15).

La inequidad o injusticia en salud se define como “las diferencias medibles en la experiencia y resultados de salud entre diferentes grupos de población de acuerdo a su posición socioeconómica, área geográfica, edad, discapacidad, género o grupo étnico”. Este concepto es diferente al de desigualdad, que hace referencia a diferencias objetivas entre grupos e individuos medidas a través de la mortalidad y la morbilidad, expresando por lo tanto, únicamente la diferencia entre dos cantidades. Las inequidades son desigualdades que son juzgadas como injustas, es decir, Inaceptables y evitables. Por lo tanto, las inequidades en salud reflejan diferencias en oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios, a una vivienda adecuada, al agua potable, a un puesto de trabajo digno, etc., para distintos grupos de población, y hunden sus raíces en la estratificación social (15).

Dos tercios de la población peruana continúan excluidos de los derechos a la salud y la seguridad social, así como del acceso a los servicios de atención integral. Para beneficio de muy pocos y como sucedió en diversos países, el

apoyo de las instituciones financieras internacionales al modelo de mercado desplazó en la decisión política a la seguridad social, con lo cual esta perdió prioridad desde los dos últimos decenios del siglo XX. Hoy el aseguramiento social en salud, su financiación, el acceso a los servicios y la calidad son más inequitativos y excluyentes (16).

Dentro de los dos tercios de peruanos excluidos de los derechos a la salud y la seguridad social, así como del acceso a los servicios de atención integral, se encuentran inmersos los habitantes de la Caleta Puerto Rico Bayoyar esta se ubica dentro de la jurisdicción del Puesto de Salud Puerto Rico Bayoyar I - 1, Caleta Puerto Rico Bayoyar, en el distrito y provincia de Sechura, departamento de Piura, a 56 KM al sur de Sechura, siendo sus límites: por el Norte con el océano Pacífico y la pesquera Diamante, por el sur con terrenos eriazos y planta pesquera Copeinca, por el Este con terrenos eriazos y por el Oeste con el océano pacífico. En la caleta puerto Rico Bayoyar habitan 1368 habitantes, dentro de los cuales residen 771 personas adultas (17).

Cuenta con una posta médica y dos establecimientos de salud privados que pertenecen a las empresas PETROPERÚ y COPEINCA que prestan algunas veces servicios a la población, La capacidad instalada en el establecimiento de salud es insuficiente para cubrir la atención de la población demandante, esto debido principalmente a la falta de infraestructura y a la carencia de nuevas tecnologías en equipos médicos y personal de salud insuficiente, uno de los principales problemas de salud identificados es la desnutrición crónica existente, entre otros problemas de salud más frecuentes que causan morbilidad en los niños son las infecciones respiratorias agudas (IRAS), seguida de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y los trastornos gastrointestinales (17)

La educación presenta una problemática similar a otras zonas pobres del país; es decir la falta de una infraestructura adecuada, limitada cobertura de los docentes, lo que origina la existencia de aulas multigrados y limitada cobertura de la Educación Básica Regular (EBR) que comprende los niveles inicial,

primaria y secundaria. Los servicios se brindan a través de dos centros educativos, uno de nivel inicial “Mi pequeño Hogar” y otro de nivel primario y secundario denominado Institución Educativa N° 20208 de gestión estatal. En la actualidad, la caleta de Puerto Rico está distribuida espacialmente en tres sectores llamados plataformas, se identificó un total de 452 viviendas, la mayoría de las cuales se encuentran ocupadas, el material predominante en la construcción es la madera, es decir construcciones precarias, cuentan con agua potable y alcantarillado, así como electrificación definitiva (17).

La población manifiesta que existe poca seguridad ciudadana, pues el índice de robos y/o actos delincuenciales ha aumentado; asimismo, han proliferado los lugares de diversión y venta de bebidas alcohólicas, las cuales se ubican muy próximas a centros educativos. Existe una comisaría con pocos efectivos que no se dan abasto para patrullar la zona siendo los delitos más frecuentes registrados la invasión a terrenos, seguido de violencia familiar, alcoholismo y drogadicción (17).

Frente a lo manifestado estimó pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015?**

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

Describir los determinantes de salud en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

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

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

**La justificación de la presente investigación fue:**

Esta investigación es significativa en el campo de la salud de la persona adulta, sobre todo en lo que es prevención y promoción de la salud en relación a las determinantes de la salud ya que nos permitirá saber y comprender específicamente la influencia o impacto en la protección, conservación o alteración de la salud en la persona adulta de la comunidad en estudio, que tienen las determinantes de la salud del entorno biosocioeconómico, estilos de vida redes sociales y comunitarias, proporcionando la información necesaria para identificar dificultades o problemas que la persona adulta de dicha comunidad presentan en su salud. Con esta indagación espero en un futuro contribuir a incrementar los conocimientos de las autoridades idóneas o pertinentes de dicha comunidad y así sugerir posibles soluciones preventivas promocionales para los problemas identificados.

Además es conveniente para las autoridades regionales de la Direcciones de salud Piura y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a

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

También esta investigación podrá ser motivo de consulta para futuras investigaciones.

Los resultados obtenidos nos demuestran que la mayoría de los adultos entrevistados son de sexo femenino, adultas maduras, más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales y la mitad con un trabajo eventual. Con respecto a la vivienda; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, propia, con paredes de estera y madera, más de la mitad el material del piso es de lámina asfáltica y techo de calamina, la mitad duerme en habitaciones independientes, así mismo la mitad cuenta con baño propio, se abastecen con agua de conexión domiciliaria, más de la mitad utiliza el gas para cocinar y energía eléctrica permanente indican también que el recojo de la basura es al menos dos veces por semana. En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, no consumen bebidas alcohólicas, más de la mitad manifiesta que duermen de 6 a 8 horas, caso todos refieren que se bañan diariamente, más de la mitad verbaliza no haberse realizado ningún examen médico. Más de la mitad no realizan ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia es variada la mayoría consume pescado, frutas, verduras, hortalizas y otros. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un centro de salud los 12 últimos meses, y más de la mitad tiene seguro del SIS-MINSA, todos indican que no reciben ningún apoyo social natural ni apoyo social organizado.



## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1 Antecedentes

#### **Investigación actual en el ámbito extranjero**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

**López J. (18)**, en su investigación titulada “Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014, de tipo descriptiva, basada en el referente conceptual de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud, analizo las circunstancias sociales y de salud en una muestra de 273 pacientes Manizaleños durante el año previo al diagnóstico. La información la obtuvo de fichas epidemiológicas, registros programáticos, encuesta de identificación social de beneficiarios y certificados de defunción. Los resultados obtenidos de su estudio arrojaron lo siguiente: el 60% fueron hombres; edad promedio 46,2 años +/- 19,1 años; 91,2 % con residencia urbana; 8,4% con vulnerabilidad social extrema; 92% tenían educación secundaria o menos; 55,2% de estrato social bajo. Se encontró un promedio de 4,38 personas/vivienda; el 4% fueron habitantes de calle. El 93% afiliados al sistema de salud; el 80,2% con tuberculosis pulmonar; el 12,8% con asociación de VIH-Sida; el 95,6% pacientes nuevos al ingreso; egresaron del programa, 33,7% curados; 39,9% terminado; 8,4% fracaso o abandono y 13,9% fallecidos. La incidencia en comunas osciló entre 0,9 y 4.4 por 10 000 personas/año, según estos resultados concluye que: la presencia y persistencia de la tuberculosis está relacionada con las condiciones materiales de vida de las clases sociales. Diversos autores han encontrado gradientes sociales relacionados con tuberculosis. Las personas con tuberculosis tienen en común determinantes que los categorizan socialmente, que influyen en la mortalidad, letalidad e incidencia; es

necesaria la articulación multisectorial y fortalecer investigaciones en los determinantes sociales de la salud.

**Vásquez N. (19)**, en su investigación titulada “Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud. Barcelona 2015”, de tipo evaluativa sumativo mediante un diseño cuasi-experimental sin grupo control. Con una muestra de 257 padres y madres a quienes les aplico un test sobre habilidades parentales, comportamientos infantiles negativos, estrés parental y apoyo social, la información obtenida la complemento con la información recogida de 17 entrevistas a profesionales, 5 grupos de discusión a progenitores y 12 documentos arrojando un resultado pasado los seis meses, que el 71,5% de los participantes mejoraron las habilidades parentales y el 60,9% el apoyo social, el 57,6% redujo la percepción de comportamientos infantiles negativos y el 58,1% el estrés parental, por lo que concluyo que el PHP es efectivo porque produce los cambios positivos esperados tanto al finalizar la intervención como seis meses después, y estos efectos se dan para todos los grupos poblacionales, especialmente para los más vulnerables. El PHP contribuye a reducir las desigualdades sociales en la salud infantil, equiparando los niveles de parentalidad positiva en los entornos familiares de diferente vulnerabilidad.

**Gómez I. (20)**, en su investigación titulada “Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud”. España 2013. Es un estudio de carácter cualitativo con un enfoque fenomenológico que comprende a los agentes sociales que han participado en intervenciones en promoción de la salud desarrolladas en el Área de Salud y de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Móstoles y Alcorcón) en los grupos de atención primaria de salud, ayuntamientos y organizaciones de la sociedad civil. Los datos los recogió mediante entrevistas abiertas, sobre los temas de experiencias, escenarios y

agentes sociales relacionados con las intervenciones en promoción de la salud, los resultados arrojados de su investigación señala que al menos 11 factores relacionados con la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones en promoción de la salud: una representación social de las intervenciones en promoción de la salud que incluyen un discurso con un enfoque amplio de salud, pero la práctica se desarrolla desde el enfoque biomédico tradicional, enfocada en factores de riesgo y cambios de conducta relacionados con el estilo de vida, aplicando técnicas de educación para la salud desde un enfoque preventivo, igualando de forma simplista la promoción de la salud con la educación para la salud y con escaso impulso al enfoque del empoderamiento concluyendo que existe la necesidad de aplicar modelos que provean una aproximación sistemática, más integradora y menos centrada en el marco biomédico en el desarrollo de las intervenciones en promoción de la salud y la prestación de la atención sanitaria.

### **Investigación actual en el ámbito nacional**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

**Jícaro E. Oblea S. (21)**, en su investigación titulada “Determinantes Sociales de la Salud Familiar de la Comunidad de San Francisco. Corrales Tumbes 2016, aplicativa del tipo descriptivo simple de corte transversal. La muestra la conformo 50 familias de la comunidad de San Francisco Corrales - Tumbes. Para el recojo de los datos se emplearon el cuestionario de encuesta para identificar las determinantes de la salud. Según los resultados arrojados por su estudio concluye que: El determinante social biológico así como el determinante social estilos de vida influyen regularmente en la salud familiar de la comunidad de San Francisco Corrales, siendo su puntuación global de 11, por otro lado el determinante social sistema sanitario de salud su influencia es deficiente, siendo su

puntuación global 8 y el determinante social Medio ambiente su influencia es regular, siendo su puntuación 9.

**Garay N. (22)**, en su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación El Morro II. Tacna, 2013”. La investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo conformada por 236 personas adultas y se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. Según sus resultados pudo concluir que en los Determinantes de la salud socioeconómicos, la mayoría son adultos jóvenes, de sexo femenino, de ocupación eventual, más de la mitad con grado de instrucción secundaria, con un ingreso menor de 750 soles. Los Determinantes de la salud relacionados a la vivienda, la mayoría tiene vivienda de material noble, todos cuentan con abastecimiento de agua, baño propio y energía. Los Determinantes de los estilos de vida, poco más de la mitad no se realiza un examen médico periódico y no realiza actividad física, en relación a los alimentos la mayoría consume fideos, arroz, papas a diario. En relación a los Determinantes de las redes sociales y comunitarias más de la mitad refiere que el apoyo social es regular, cuentan con Seguro Integral de Salud y menos de la mitad refiere que la calidad de atención fue regular.

#### **A nivel Regional:**

**Peña N. (23)**, en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en la Mujer Adulta Joven del Distrito de Frías-Piura, 2013” Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 290 mujeres adulta joven. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. De acuerdo a sus resultados concluye que: según los determinantes biosocioeconómico, encontró; menos de la mitad de la mujer adulta joven tienen grado de instrucción de inicial y primaria, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales, teniendo un trabajo eventual. En cuanto a la vivienda; la mayoría tienen una vivienda

unifamiliar, propia, todas se abastecen de conexión domiciliaria, la mayoría utiliza la leña y el carbón para cocinar sus alimentos, como también entierra o quema su basura y/o carro recolector, mediante la eliminación en campo limpio o montículos. En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida; encontró que la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, como el consumo de bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad se realizaron un examen médico, asimismo realizaron actividad física como caminar. En cuanto a su dieta alimenticia todas consumen fideos diariamente. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad recibió apoyo social natural, la mayoría no recibió apoyo social organizado, menos de la mitad no se atendió en los 12 últimos meses, así mismo menos de la mitad tiene seguro del SIS-MINSA.

**Reyes D. (24)**, Este estudio titulado “Determinantes de la salud en los adolescentes de la Institución Educativa Isolina Baca Haz INIF N°40 - Chulucanas -Morropón, 2013. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, con una muestra de 233 adolescentes. Se aplicó la entrevista y la observación haciendo uso de un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Según sus resultados concluye que el total de los adolescentes encuestados son de sexo femenino; tienen una edad entre 15-17, 11 m, 29d; con un ingreso económico menor de 750; el jefe de familia tiene un trabajo eventual, con vivienda unifamiliar de tenencia propia, que la mayoría de adolescentes: no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; ha consumido bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad de los adolescentes no tiene preocupación por engordar, la mayoría no ha pensado en quitarse la vida cuando han tenido un problema y no tienen relaciones sexuales, de las mujeres que han tenido relaciones sexuales, la mayoría no quedó embarazada, mientras que las que quedaron embarazadas dos tuvieron abortos, la mayoría tiene seguro del SIS - MINSA, la mayoría de los adolescentes refieren que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

### **A nivel local:**

**Rodríguez K. (25)**, en trabajo de investigación titulado “Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación Pro Vivienda Alberto Temple Seminario Piura 2014, esta investigación es de tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla, su muestra estuvo conformada por 285 personas adultas, a quienes les aplicó un instrumento: Cuestionario sobre determinantes de la salud; utilizando la técnica de entrevista y observación. Sus resultados le permitieron concluir que más de la mitad son adultos maduros, sexo femenino, la mayoría tiene grado de instrucción completa/incompleta, ingreso económico menor de 750 soles mensuales, trabajo estable. En cuanto a vivienda; casi todos tienen vivienda unifamiliar, utilizan el gas para cocinar, energía eléctrica temporal, eliminan su basura en el carro recolector, se abastecen de agua por pilones. En los Determinantes Estilos de Vida, la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, más de la mitad consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, en su totalidad no ha realizado ningún examen médico, actividad física, menos de la mitad consumen carne, huevos y pescado. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, más de la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud, seguro del SIS-MINSA, Casi todos no recibe apoyo social natural y de ninguna otra organización.

**León A. (26)**, en su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la salud del adolescente de la institución educativa Enrique López Albuja -Piura, 2012.” Su investigación fue tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 169 adolescentes, a quienes se le aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Con sus resultados concluyó que con referencia a los determinantes biosocioeconómico, se observa que más de la mitad son de

sexo masculino, la mayoría tienen una edad entre 15 a 17 años 11 meses y 29 días; todos tienen secundaria completa/Incompleta, más de la mitad de las madres tiene estudios secundarios completos/ incompletos; Menos de la mitad del ingreso es menor de 750 soles, la mayoría de los jefes de familia son trabajadores estables. En los determinantes de la vivienda la mayoría tiene una vivienda tipo unifamiliar, la mayoría de la tenencia del hogar es propia, más de la mitad tiene como material del techo de su vivienda de calamina y eternit, en abastecimiento de agua menos de la mitad tiene conexión domiciliaria, la mayoría elimina las excretas por un baño propio, la mayoría usa gas y electricidad como combustible para cocinar, casi todos tienen energía eléctrica permanente. Según los determinantes de estilos de vida La mayoría no han pensado en quitarse la vida frente a un problema; la mayoría de los adolescentes no tiene relaciones sexuales

## **2.2 Bases Teóricas**

Esta Investigación se sustenta en las bases conceptuales de determinantes de la salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead. Lalonde establece el concepto de campo de salud y plantea cuatro determinantes de la salud que interactúan entre sí generando efectos positivos o negativos sobre la salud individual o colectiva (medio ambiente, carga genética, estilos de vida y atención sanitaria) además indican que estos determinantes están influenciados por factores sociales (2).

Dahlgren y Whitehead explican las principales determinantes de la salud en capas o niveles que influyen sobre los individuos destacando las determinantes sociales, así mismo señalaron cómo las inequidades en salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (3).

En 1974, hizo público un documento de trabajo titulado “Una Nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses”. Según Ashton y Seymour: como consecuencia del informe se estableció un nuevo programa para una nueva era de la medicina preventiva. La contribución más importante de Lalonde en el plano conceptual en su modelo es el concepto de campo de la salud e identifica cuatro determinantes del estado de la salud de la población: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud, esta concepción modifica sustancialmente lo que Lalonde llamo “el punto de vista tradicional”, sintetizable en que los servicios de salud fueran el factor determinante en la salud de la población. Este nuevo enfoque tiene un carácter abarcador y permite que cualquier problema de salud pueda ser considerado en dependencia de uno de los determinantes o de una combinación de varios elementos (27).

Otro aporte es que facilita el análisis sistémico de modo que para cada problema pueda examinarse el peso relativo de sus componentes, también permite hacer subdivisiones de cada uno de las cuatro grandes determinantes en categorías específicas sobre las que se puede intervenir, finalmente el concepto de campo de la salud proporciona una nueva perspectiva para la creatividad en el reconocimiento y la exploración de un espacio hasta entonces descuidado (27).

Dahlgren y Whitehead, proponen un modelo sobre los determinantes sociales de la salud ampliamente utilizado por la OMS denominado Modelo Socioeconómico de Salud. Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales. En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable. A su alrededor se encuentran en forma de capa los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las



condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa (28).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (29).

Según el modelo de Diderichsen: recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social asigna a las personas distintas posiciones sociales, estas determinan sus oportunidades de salud. Las consecuencias sociales se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo debido a sus distintas circunstancias y posición social (30).

El Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson: influencias múltiples a lo largo, se aplicó al proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar inequidades sanitarias, vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los factores genéticos, de la niñez y culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población (30).

Determinantes biosocioeconómicas: es uno de los factores determinantes de la salud más estudiados e investigados por los especialistas preocupados por las desigualdades sociales y una salud de calidad. Se ha dicho que aquellas personas más desfavorecidas económicamente no tienen o tiene acceso limitado a los sistemas de salud. La procedencia biosocioeconómico puede considerarse, por tanto, uno de los factores explicativos de las inequidades en salud. Las determinantes biosocioeconómicas delimitan el estilo de vida, los valores, actitudes y el nivel de vida de las personas estudiando las características biosocioeconómicas del entorno que les rodea. Por este motivo, cuanto más bajas son las posibilidades económicas, mayor es la probabilidad de que las personas muestren desinterés por su salud (31).

Estilos de Vida: conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo. Es fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo. Fundamentalmente en la segunda parte de la definición se encuentra una clara referencia para justificar la importancia de la educación en la creación de los estilos de vida. La idea del estilo de vida participa de la polaridad positiva que se dice tiene el concepto renovada de salud (32).

Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias, hacen referencia al conjunto de conductas, que tienden a fomentar las relaciones interpersonales en el momento y lugar adecuado. El concepto de red social implica entonces un sistema abierto a través de un intercambio dinámico entre sus integrante y con sus integrantes de otros grupos, que posibilita la potencialización de los recursos que poseen y que enriquecen con las múltiples relaciones entre los diferentes miembros que la componen. Las redes sociales y comunitarias son en esencia procesos dinámicos a través del tiempo y de circunstancias sociales concretas (33).

Salud, el concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma médico-biológico hasta un concepto más global, el paradigma socio- ecológico que engloba al anterior y lo supera esta nueva forma de concebir la salud reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio de la salud enfermedad por la de un marco de proceso multicausal, de acuerdo al pensamiento científico actual. Una definición de salud actual pero obviamente no única ni definitiva “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y Social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad” (34).

Comunidad: desde una perspectiva ecológica la noción de comunidad, se refiere a áreas de la ciudad, que constituyen mundos sociales y culturales diferenciados. Por otro lado la comunidad se pensó de manera aislada y entendida como núcleo básico de la sociedad, así mismo la comunidad es vista, como un, otro que tiene un devenir histórico el que ha configurado sus propias representaciones sociales a partir de situaciones o problemáticas compartidas que se trazan un sentido a la acción tanto individual como colectiva (35).

Caleta: La palabra, en el habla culta formal, significa pequeña ensenada. Formalmente, la palabra “caleta” como un lugar a la orilla de una playa donde los pescadores tienen sus botes con los que salen a pescar y venden su mercancía. Por otro lado es un accidente geográfico costero al que consiste en una delgada franja de tierra paralela a la costa, que encierra agua en su interior y que recibe el aporte diario de sedimentos marinos, compuestos por toneladas de arena y canto rodado, que junto a la poderosa acción del mar y sus mareas, moldean un paisaje muy particular (36).

Servicios de salud: son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable. La mayoría de los países cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos de salud son gestionados y financiados por el Estado, mientras que los servicios privados de salud se brindan a través de empresas que tienen fines de lucro (37).

La educación es un proceso humano y cultural complejo. Es un todo individual y supraindividual, supraorgánico. Es dinámica y tiende a perpetuarse mediante una fuerza inértica extraña. Pero también está expuesta a cambios drásticos, a veces traumáticos y a momentos de crisis y confusiones. La educación cambia porque el tiempo así lo dispone, porque Ella misma se altera, cambia y se mueve de manera continua y a veces discontinua; crece y decrece, puede venir a ser y dejar de ser. La educación busca la perfección y la seguridad del ser humano. Es una forma de ser libre, pero demanda disciplina, sometimiento, conducción, y se guía bajo signos de obligatoriedad y a veces de autoritarismo, firmeza y direccionalidad (38).

Trabajo es un conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir de bienes y servicios para atender las necesidades humanas. El trabajo, como tal, puede ser abordado de varias maneras y con enfoque en diversas áreas, como la economía, la física, la filosofía, la religión, etc., da posibilidades a los hombres y mujeres para lograr sus sueños, alcanzar sus metas y objetivos de vida, además de ser una forma de expresión y de afirmación

de la dignidad personal. En este sentido, el trabajo es el que hace que el individuo actúe, proponga iniciativas y desarrolle y mejore sus habilidades. El trabajo enseña al hombre a vivir y compartir con otras personas, a desarrollar conciencia cooperativa y a pensar en el equipo y no solo en sí mismo. El trabajo sirve para que las personas aprendan a hacer las cosas con un objetivo determinado, Gracias al trabajo el ser humano comienza a conquistar su propio espacio, así como el respeto y la consideración de los demás, lo cual además contribuye a su autoestima, satisfacción personal y realización profesional (39).

Territorio: El territorio se convirtió en un concepto cada vez más utilizado en geografía y otras ciencias sociales a partir de los años 1960 y 1970. Habitualmente, el término se utilizaba con referencia al espacio de la soberanía o la jurisdicción de un país o sus unidades administrativas, y era especialmente relevante en geografía política. El territorio se propuso así como un eje a partir del cual podrían plantearse adecuadamente ciertos problemas y estimular la colaboración interdisciplinaria. Según el Diccionario de la Real Academia Española es la Porción de la superficie terrestre perteneciente a una nación, región, provincia, etc.” Según el Diccionario de Geografía Urbana, Urbanismo y Ordenación del Territorio, se define como “un espacio geográfico en sentido amplio atribuido a un ser individual o a una entidad colectiva”. El Diccionario de Geografía Humana coordinado y editado por tres geógrafos británicos en 1986, considera el territorio como “la porción de espacio ocupado por una persona, grupo o Estado”. Habitualmente, la expresión ‘territorio’ se utilizaba, con referencia al espacio de la soberanía o la jurisdicción de un país o sus unidades administrativas (40).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño de la Investigación**

El diseño del estudio es de una sola casilla (41)

##### **Tipo de la investigación:**

El estudio es de tipo cuantitativo (41,42).

##### **Nivel de la investigación:**

El estudio es descriptivo (43,44).

#### **3.2. Población y Muestra**

##### **Población**

La población estuvo conformada por 771 Personas adultas que habitan en la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura.

##### **Muestra**

El tamaño de muestra fue de 257 personas adultas y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

##### **Unidad de análisis**

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

### **Criterios de Inclusión**

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

### **Criterios de Exclusión**

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

## **3.3. Definición y Operacionalización de Variables**

### **3.3.1 DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO**

Estudios epidemiológicos mostraron la importancia de los factores de riesgo en la génesis de las distintas enfermedades, hoy sabemos que el entorno social y las circunstancias en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece condicionan su curso de vida. Por tanto, la condición de salud (o de enfermedad) de un individuo o una población es consecuencia de la interacción de los distintos determinantes de la salud (45).

#### **Edad**

#### **Definición Conceptual:**

Se refiere a la vida o tiempo que se vive. Concepto implícito en la cosmovisión. Es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva. Se manifiesta físicamente per se en el ritmo biológico por el que pasamos todos los seres vivientes (ciclos). En la humanidad está

inminentemente relacionado a la concepción del tiempo. La expresión del ritmo biológico, continuo y progresivo, le significa al individuo y se representa socialmente (46).

### **Definición Operacional**

Escala de razón:

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

### **Sexo**

#### **Definición Conceptual.**

Sexo es el fenómeno por el cual la reproducción de gran número de especies se facilita separando biológicamente a sus individuos en dos formas distintas, llamadas macho y hembra, que en humanos son llamados (por razones no científicas sino de dignidad) varón (u hombre) y mujer. El fenómeno se llama dimorfismo, y las especies que lo manifiestan son dimórficas. Varón y mujer son categorías separadas, claras y bien delimitadas, que no se confunden una con otra (técnicamente, se dice que el sexo es una categoría discreta.) No son dos polos con grados intermedios (técnicamente, no forman un continuo). Cada sexo es una abstracción de datos de anatomía, fisiología y genética, cuya manifestación física típica y emblemática son los órganos sexuales de varón y mujer (47).

#### **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 (48).

### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

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

## **Ingreso**

### **Económico**

### **Definición**

#### **Conceptual**

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (49).

### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

## **Ocupación**

### **Definición Conceptual**

Se propone como definición de Ocupación a aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura (50).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **Vivienda**

### **Definición conceptual**

Según ciertas dimensiones como el control, la identidad, el orden y la dimensión social explican y dan un significado a la vivienda como un lugar de privacidad y refugio, vivienda como identidad, vivienda como estructura física y vivienda como red social. (51).

## **Definición operacional**

Escala nominal

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

## **Tenencia**

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

## **Material del piso**

- Tierra
- En tablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Laminas asfálticas
- Parquet

## **Material del techo:**

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

- Eternit

### **Material de las paredes:**

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

### **Miembros de la familia que duermen por habitaciones**

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

### **Abastecimiento de agua**

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

### **Eliminación de excretas**

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

### **Combustible para cocinar**

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

### **Energía Eléctrica**

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

### **Disposición de basura**

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

### **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**

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

### **Eliminación de basura**

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

### **3.3.2 DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

#### **Definición Conceptual**

Serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. El estilo de vida (EV) es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El EV incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas (52).

#### **Definición operacional**

Escala nominal

#### **Hábito de fumar**

- Si fumo, diariamente
- Si fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes

- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

### **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**

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

### **Número de horas que duermen**

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

### **Frecuencia en que se bañan**

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

### **Actividad física en tiempo libre.**

Escala nominal

#### **Tipo de actividad física que realiza:**

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

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

Escala nominal

Si ( ) No ( )

#### **Tipo de actividad:**

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

### **Alimentación**

#### **Definición Conceptual**

Es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona. Desde la infancia se inicia con la adopción de hábitos alimenticios, los cuales condicionan las etapas de desarrollo posteriores (52).



## **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

## **3.3.3 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

### **Definición Conceptual**

El ser humano tiende naturalmente a buscar la compañía de otros semejantes. Tal tendencia reviste especial importancia para la salud, el ajuste y el bienestar del hombre, lo cual constituye un tipo de apoyo social que se inicia desde el momento en que este nace y continua manifestándose durante toda la vida. Las redes sociales hacen referencia al conjunto de conductas que tienden a fomentar las relaciones interpersonales en el momento y el lugar adecuado (53).

## **Acceso a los servicios de salud**

### **Definición Conceptual**

Actualmente los sistemas de salud ejercen una influencia determinante en la salud y la vida de las personas. Asimismo tienen la responsabilidad no solo de mejorar la salud y responder a las expectativas de la población. Es conocido que el acceso a los servicios de salud, se logra mediante la plena satisfacción de una necesidad de atención percibida. Sin embargo también se sabe que entre aquella necesidad de salud y la atención de la misma suelen presentarse múltiples barreras. Algunas de tipo económica, física o psicológica y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo. (54).

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

Escala nominal

#### **Institución de salud atendida:**

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

#### **Lugar de atención que fue atendido:**

- Muy cerca de su casa
- Regular

- Lejos
- Muy lejos de su casa
- No sabe

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Tiempo de espera para que lo (la) atendiera en el establecimiento de salud ¿Qué le pareció?**

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

**La calidad de atención recibida:**

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

### **Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda**

Si ( ) No ( )

### **Apoyo social natural**

#### **Definición Operacional**

Escala ordinal

Familiares

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

### **Apoyo social organizado**

#### **Escala ordinal**

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

### **Apoyo de organizaciones del estado**

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche

- Otros

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

#### **Técnicas**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (55).

#### **Instrumento**

En el presente trabajo de investigación se utilizó como instrumento para la recolección de datos un cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A. y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicas (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió).

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

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

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

#### **Control de Calidad de los datos:**

#### **Evaluación Cuantitativa:**

**Validez de contenido:** Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

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

## **Confiabilidad**

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (56).

## **3.5. Plan de Análisis**

### **Procedimiento para la recolección de datos:**

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

- se informó y pidió consentimiento de la persona adulta de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serían estrictamente confidenciales.

- se coordinó con la persona adulta su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación de los dos instrumentos.
- se procedió a aplicar los instrumentos a cada participante.
- se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario para llevar a cabo las respectivas entrevistas.
- los instrumentos fueron aplicados en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

### **Análisis y Procesamiento de los datos**

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



### 3.6 Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir los determinantes de salud en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y el entorno físico de la persona adulta</li> <li>- Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos y hábitos personales de la persona adulta.</li> <li>- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias y apoyo social.</li> </ul>	<p><b>Determinantes del entorno biosocioeconómico.</b></p> <p><b>Determinantes de los estilos de vida.</b></p> <p><b>Determinantes de las redes sociales y comunitarias.</b></p>	<p><b>Tipo de Investigaciones</b> La investigación es de tipo cuantitativa</p> <p><b>Nivel de Investigación</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño de la Investigación</b> De una sola casilla</p> <p><b>Población</b> La población está constituida por 771 personas adultas</p> <p><b>Muestra:</b> está constituida por 257 personas adultas.</p> <p><b>Unidad de análisis:</b> La persona adulta que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.</p>

### **3.7 Principios Éticos**

La ciencia y la investigación, al igual que cualquier actividad del hombre, están sujetas a principios éticos, que son precisamente los que le confieren su condición de acto específicamente humano. Los principios de la bioética, estarán presentes y serán respetados en todas y cada una de las partes de la actividad investigadora. Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (57).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándole a la persona adulta que la investigación sería anónima y que la información obtenida sería solo para fines de la investigación

#### **Privacidad**

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

#### **Honestidad**

Se informó a la persona adulta los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente.

#### **Consentimiento**

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

## IV. RESULTADOS

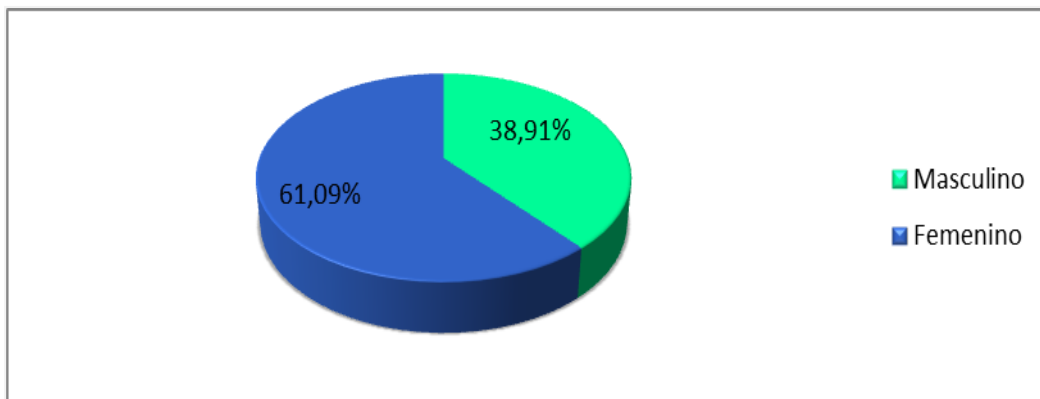
### 4.1 Resultados

**TABLA 01: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	100	38,91
Femenino	157	61,09
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Edad (años)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	45	17,51
Adulto Maduro	152	59,14
Adulto Mayor	60	23,35
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	4	1,56
Inicial/Primaria	80	31,13
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	169	65,76
Superior universitaria	2	0,78
Superior no universitaria	2	0,78
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Ingreso económico familiar (s/)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menor de 750	143	55,64
De 751 a 1000	110	42,80
De 1001 a 1400	3	1,17
De 1801 a más	1	0,39
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación del jefe de familia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	100	38,91
Eventual	132	51,36
Sin ocupación	15	5,84
Jubilado	8	3,11
Estudiante	2	0,78
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

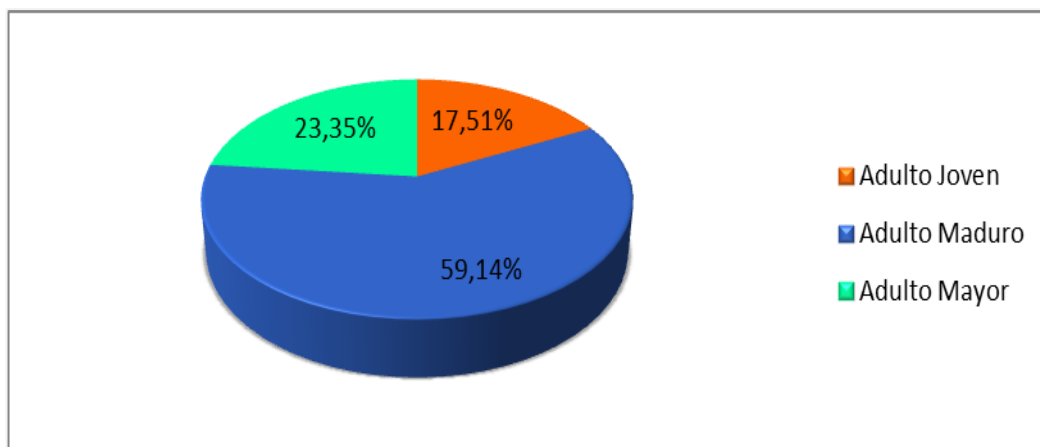
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar - Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 01: SEXO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



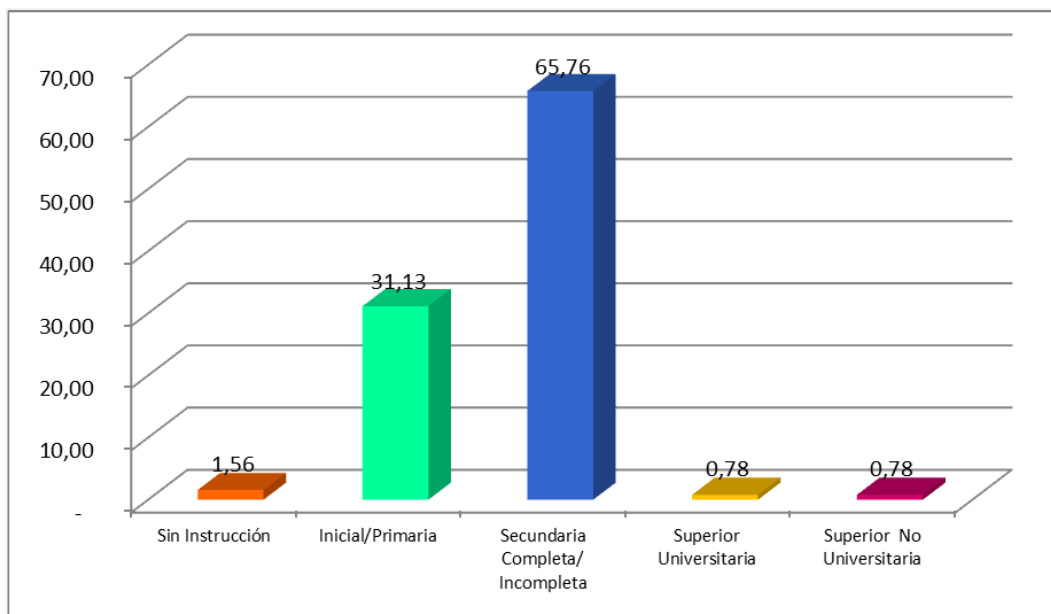
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 02: EDAD EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



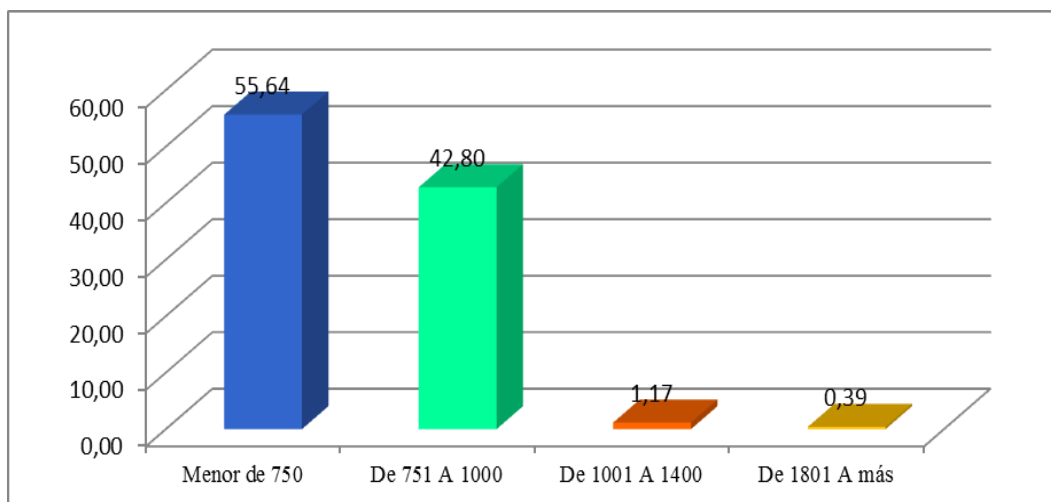
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



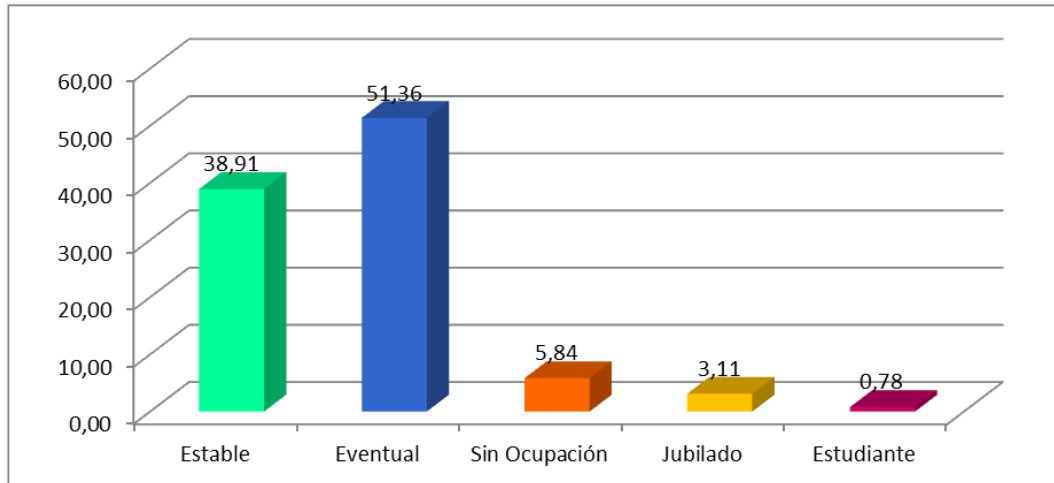
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONOMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 05: OCUPACION EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA  
PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

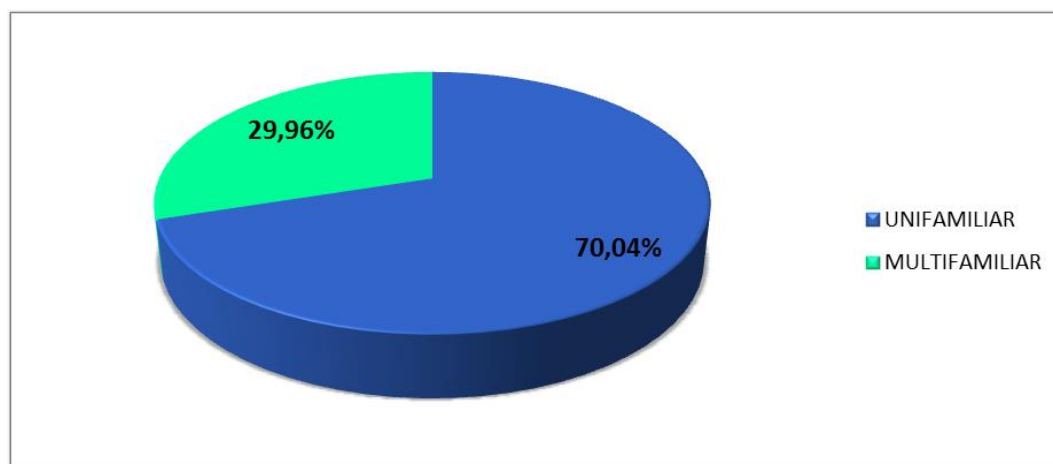
**TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Unifamiliar	180	70,04
Multifamiliar	77	29,96
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Tenencia de la vivienda</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alquiler	50	19,46
Cuidador/alojado	38	14,79
Propia	169	65,76
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Material del piso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tierra	62	24,12
Láminas asfálticas	195	75,88
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Material del techo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	45	17,51
Material noble, ladrillo y cemento	15	5,84
Eternit	42	16,34
Calamina	155	60,31
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Material de las paredes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	188	73,15
Material noble ladrillo y cemento	69	26,85
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Personas que duermen en una habitación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	30	11,67
2 a 3 miembros	80	31,13
Independiente	147	57,20
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Red pública	222	86,38
Conexión domiciliaria	35	13,62
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aire libre	115	45,63
Baño propio	137	54,37
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	208	80,93
Leña, carbón	49	19,07
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Energía eléctrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eléctrica permanente	257	100,00
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Disposición de basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Se entierra, quema, carro recolector	257	100,00

<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia del recojo de la basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Todas las semana pero no diariamente	257	100,00
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Cómo elimina su basura?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	257	100,00
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

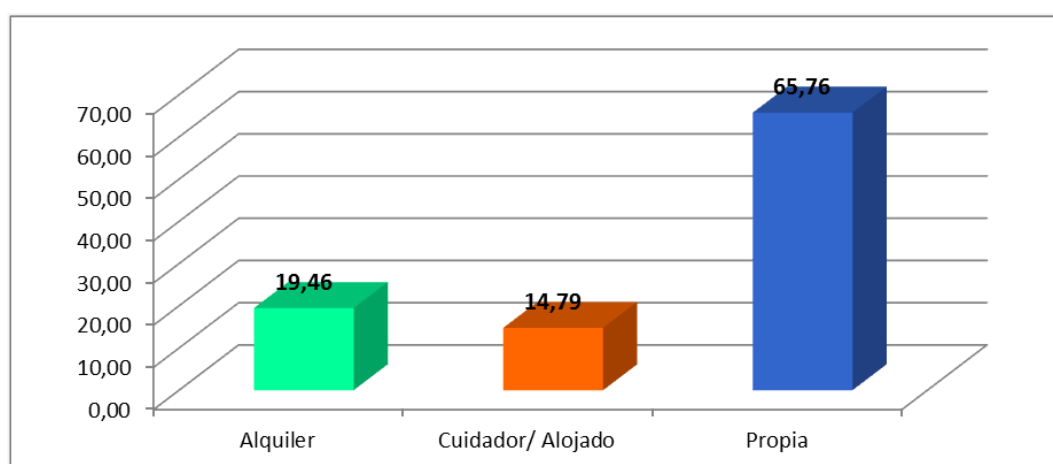
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez aplicada en la persona adulta de la caleta Puerto Rico Bayovar - Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 06.1: TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

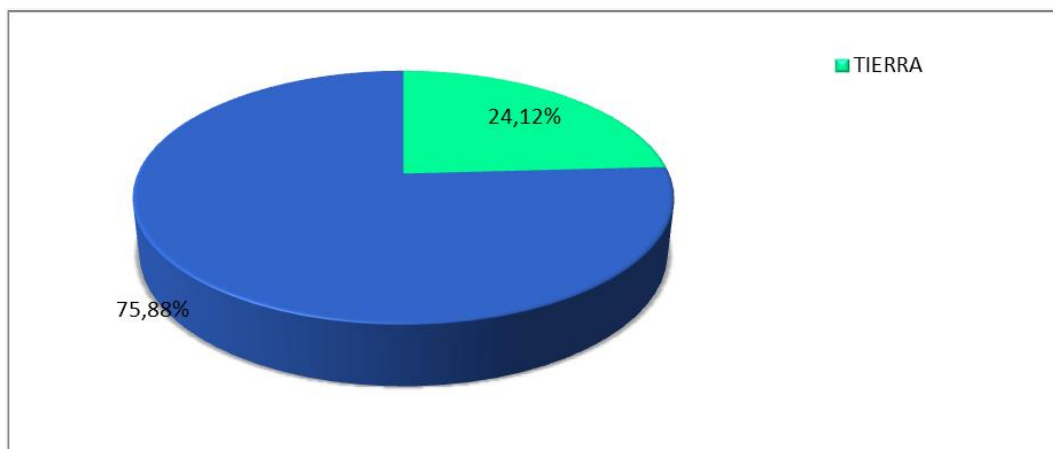
**GRÁFICO N° 06.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

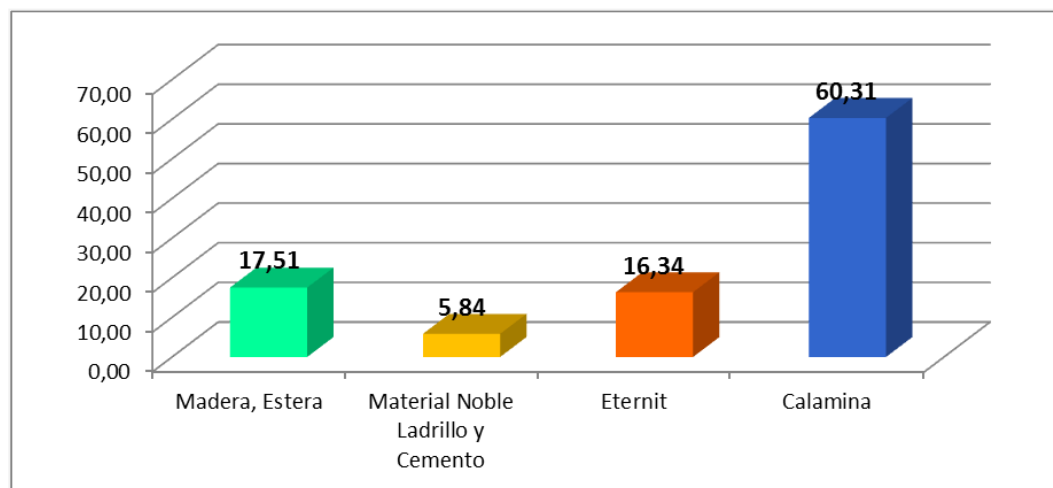


**GRÁFICO N° 06.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



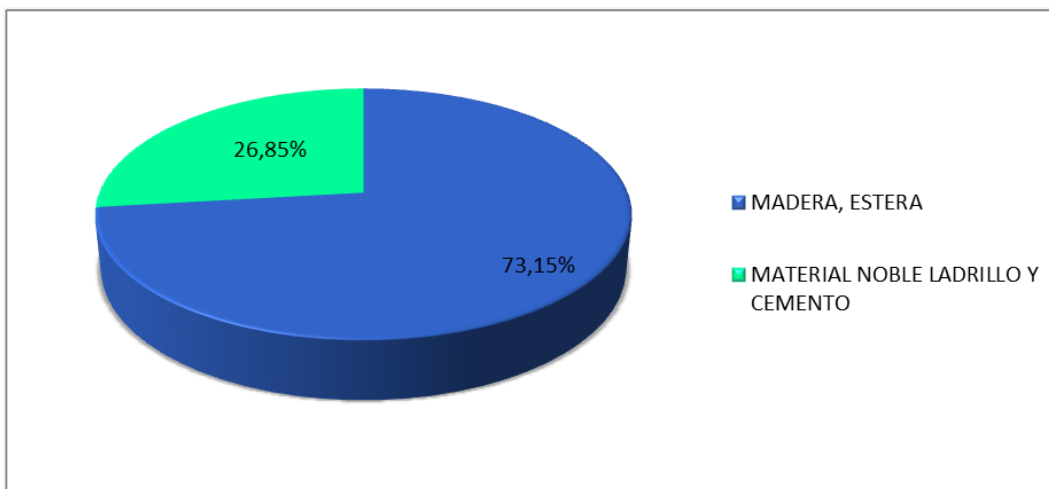
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



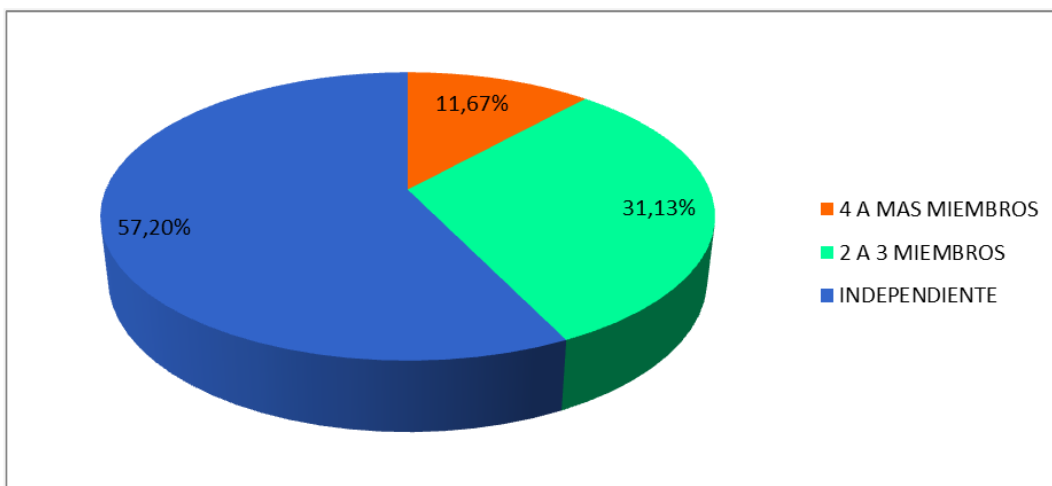
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 6.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



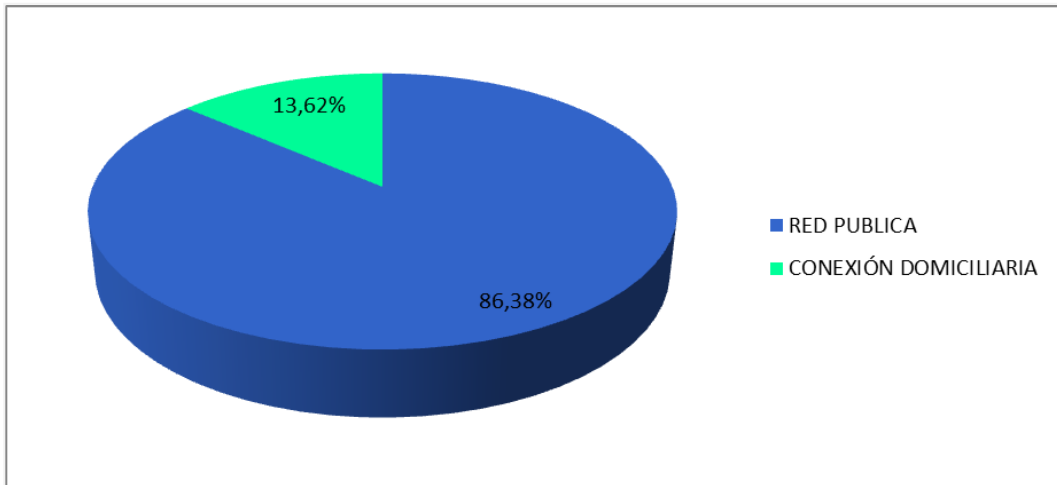
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 6.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



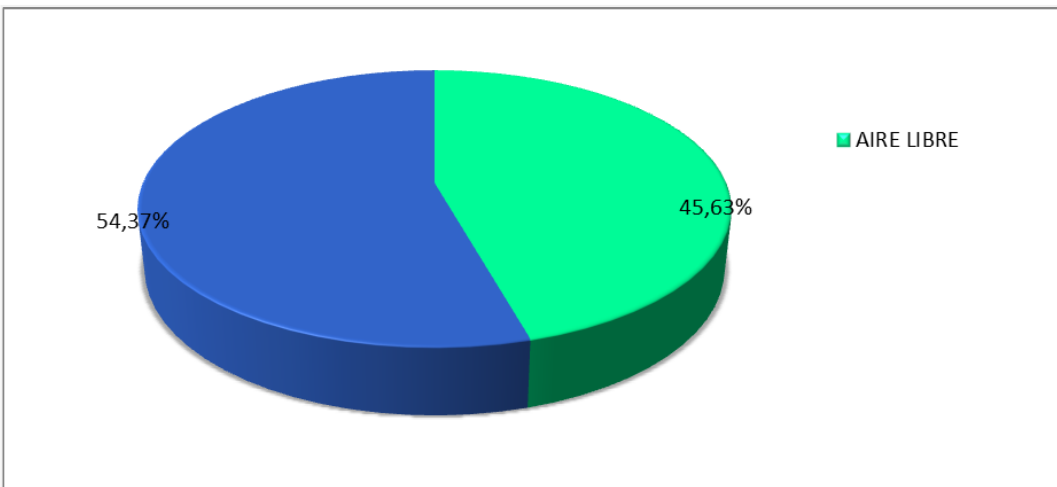
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



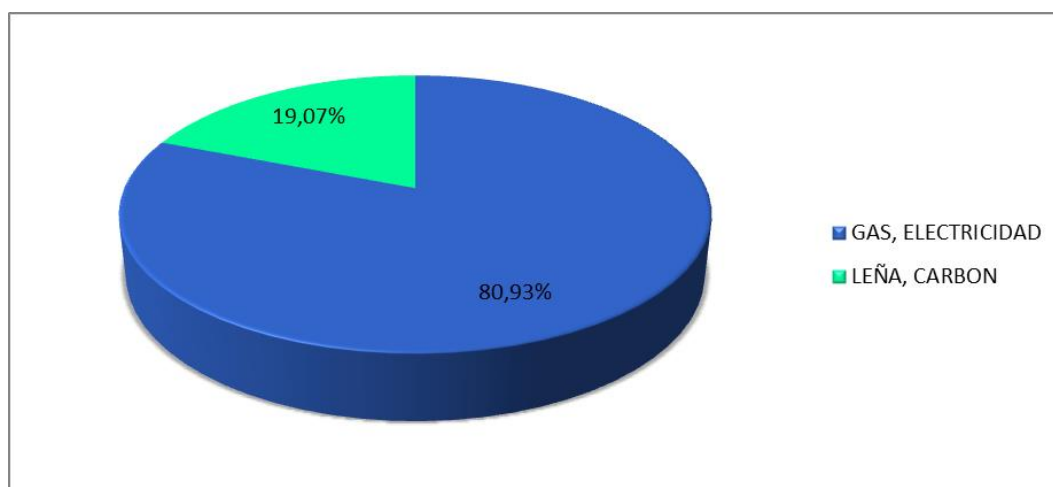
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



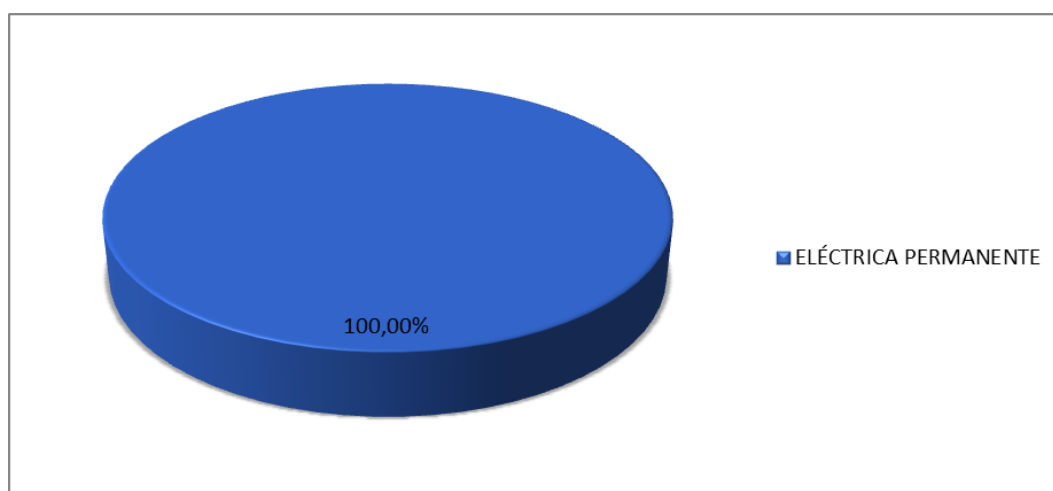
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



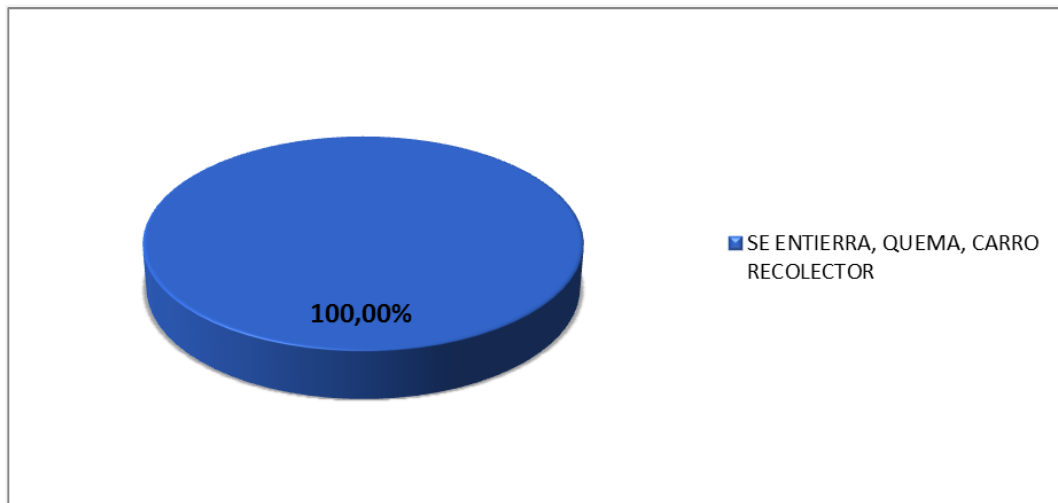
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

**GRÁFICO N° 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



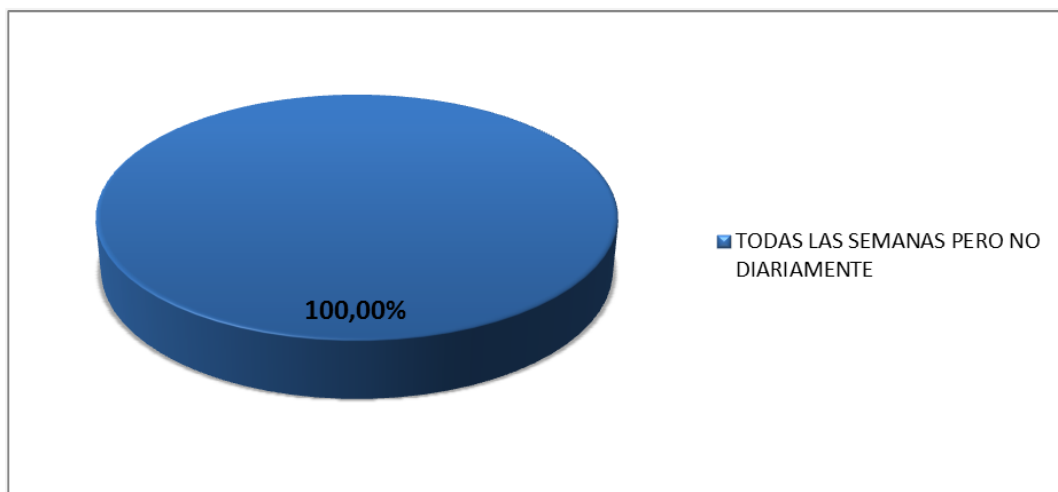
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



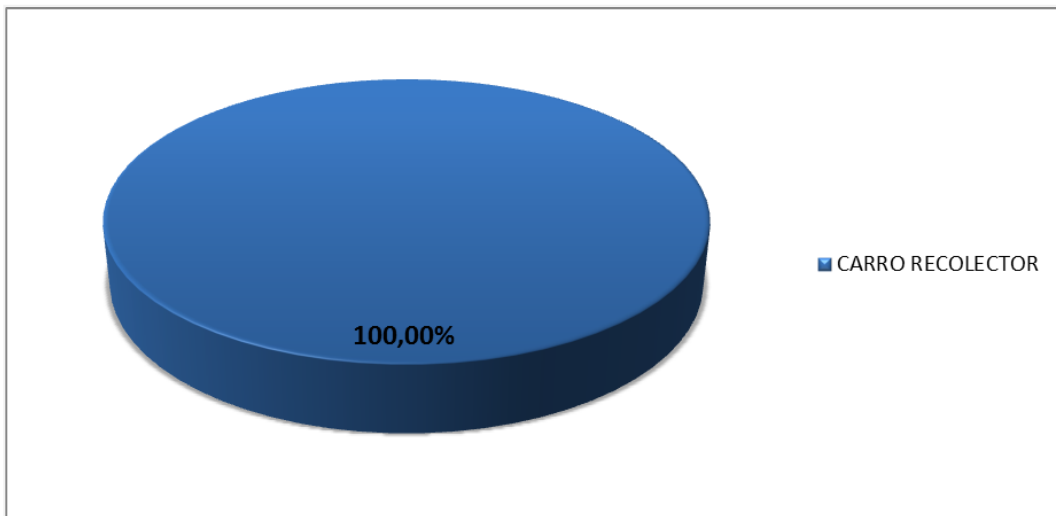
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 12: FRECUENCIA DEL RECOJO DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**

<b>¿Actualmente fuma?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sí, pero no diariamente	5	1,95
No, actualmente, pero he fumado antes	52	20,23
No, ni lo he hecho nunca de manera habitual	200	77,82
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Con que Frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Una vez a la semana	10	3,89
Una vez al mes	10	3,89
Ocasionalmente	60	23,35
No consumo	177	68,87
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Cuántas horas duerme?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>De 06 a 08 horas</b>	222	86,38
<b>De 08 a 10 horas</b>	35	13,62
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Con que frecuencia se baña?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Diariamente</b>	251	97,67
<b>4 veces a la semana</b>	5	1,95
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	87	33,85
<b>No</b>	170	66,15
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Caminar</b>	10	3,89
<b>Deporte</b>	10	3,89
<b>No realizo</b>	237	92,22
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Caminar</b>	5	1,97
<b>Correr</b>	3	1,18
<b>Deporte</b>	15	5,91
<b>Ninguna</b>	231	90,94
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

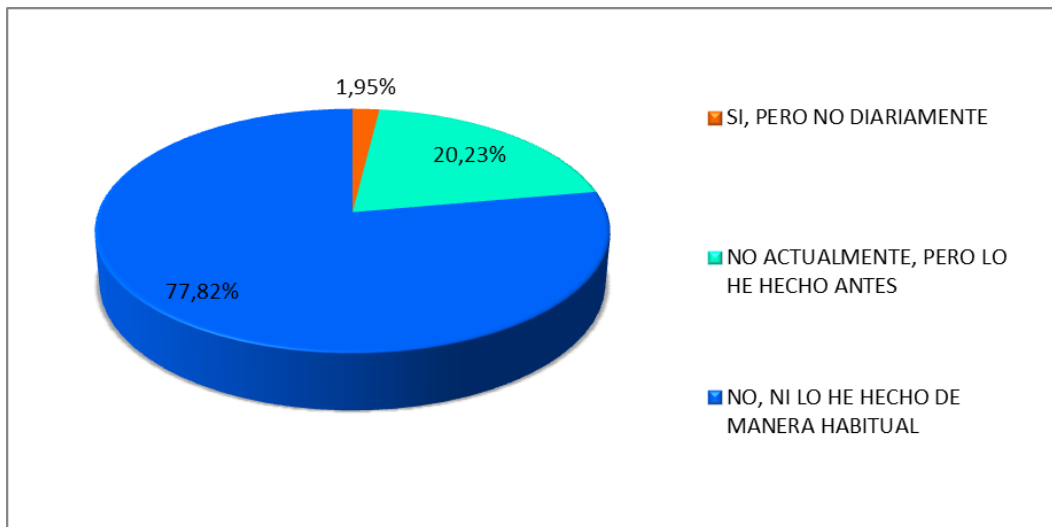
**TABLA N° 03: ALIMENTACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR- SECHURA 2015**

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	%	n	%
Frutas	179	69,65	40	15,56	20	7,78	11	4,28	7	2,72	<b>257</b>	<b>100</b>
Carne	30	11,67	80	31,13	120	46,69	15	5,84	12	4,67	<b>257</b>	<b>100</b>
Huevos	97	37,74	67	26,07	84	32,68	9	3,50		0,00	<b>257</b>	<b>100</b>
Pescado	198	77,04	39	15,18	20	7,78		0,00		0,00	<b>257</b>	<b>100</b>
Fideos	113	43,97	94	36,58	50	19,46		0,00		0,00	<b>257</b>	<b>100</b>
Pan, cereales	110	42,80	94	36,58	21	8,17	30	11,67	2	0,78	<b>257</b>	<b>100</b>
Verduras, hortalizas	89	34,63	58	22,57	79	30,74	9	3,50	22	8,56	<b>257</b>	<b>100</b>
Otras	55	21,40	68	26,46	37	14,40	27	10,51	70	27,24	<b>257</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

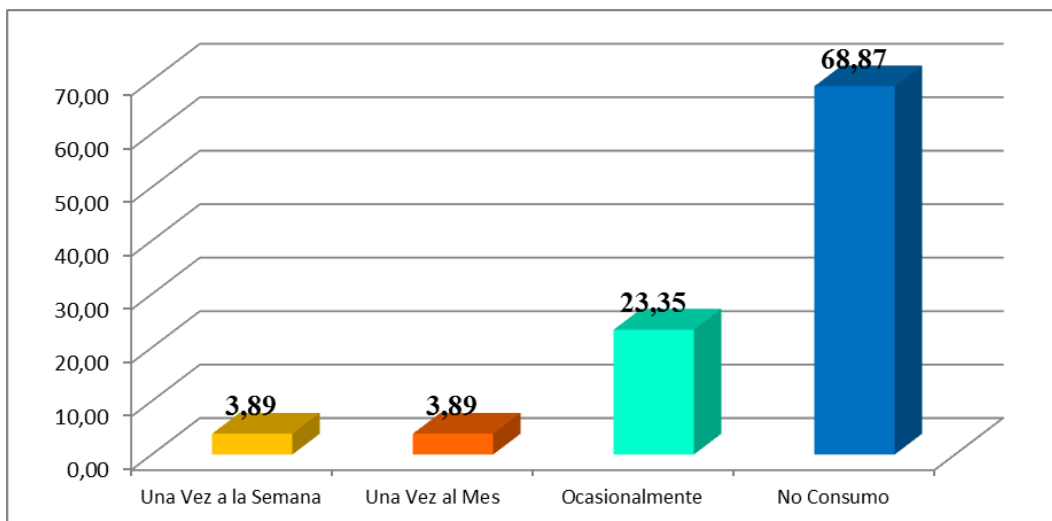


**GRÁFICO N° 14: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



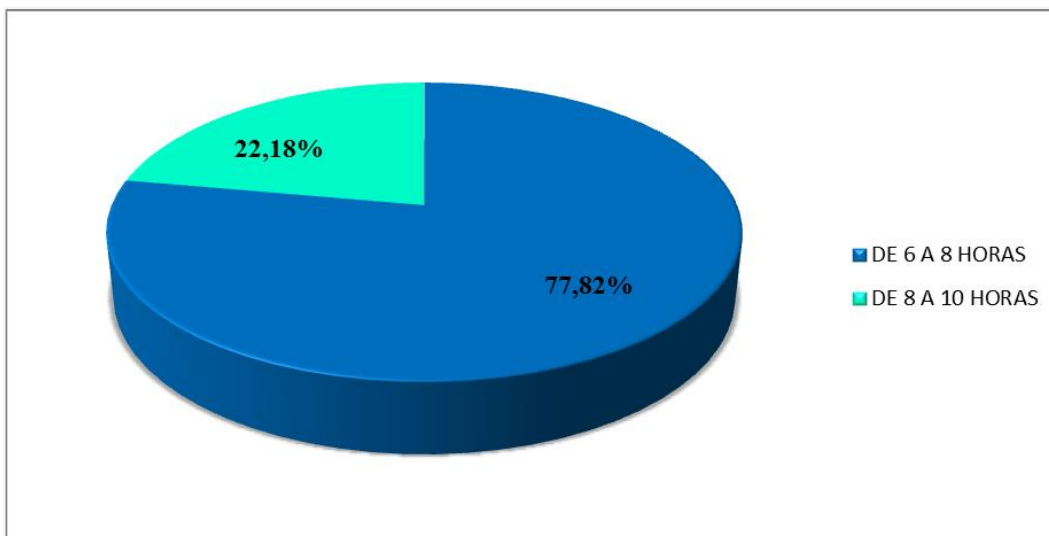
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



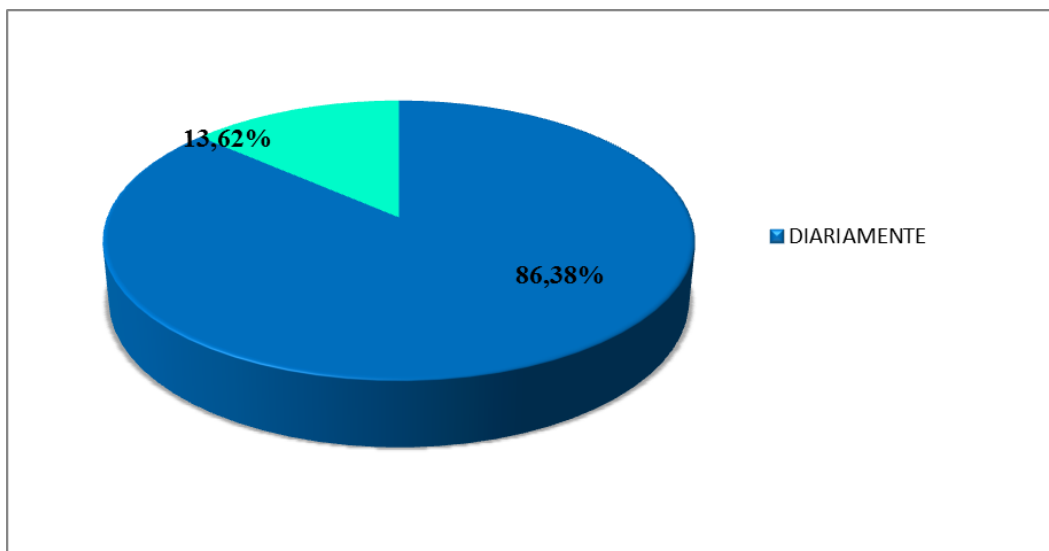
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

**GRÁFICO N° 16: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



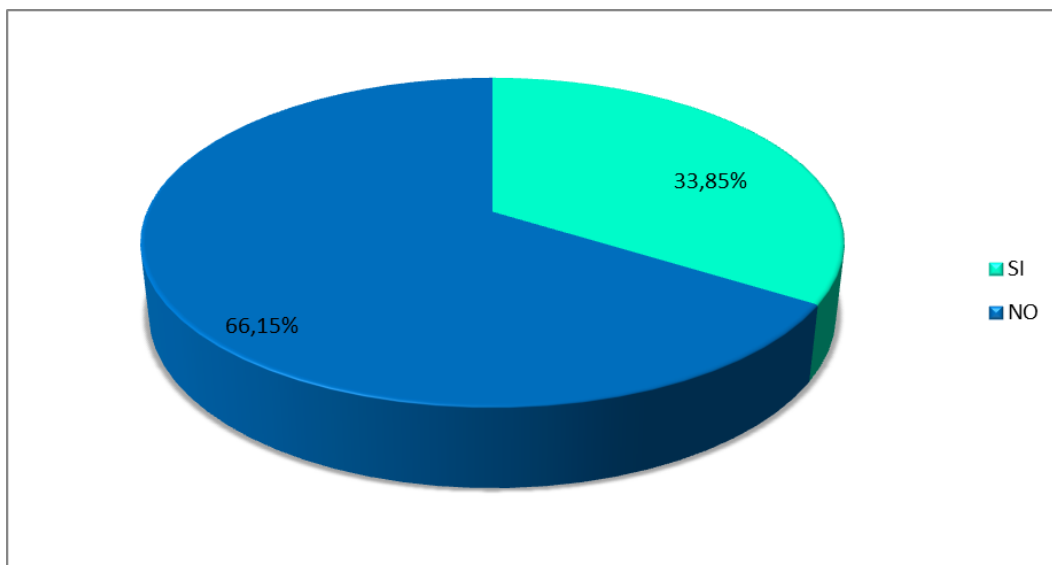
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 17: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



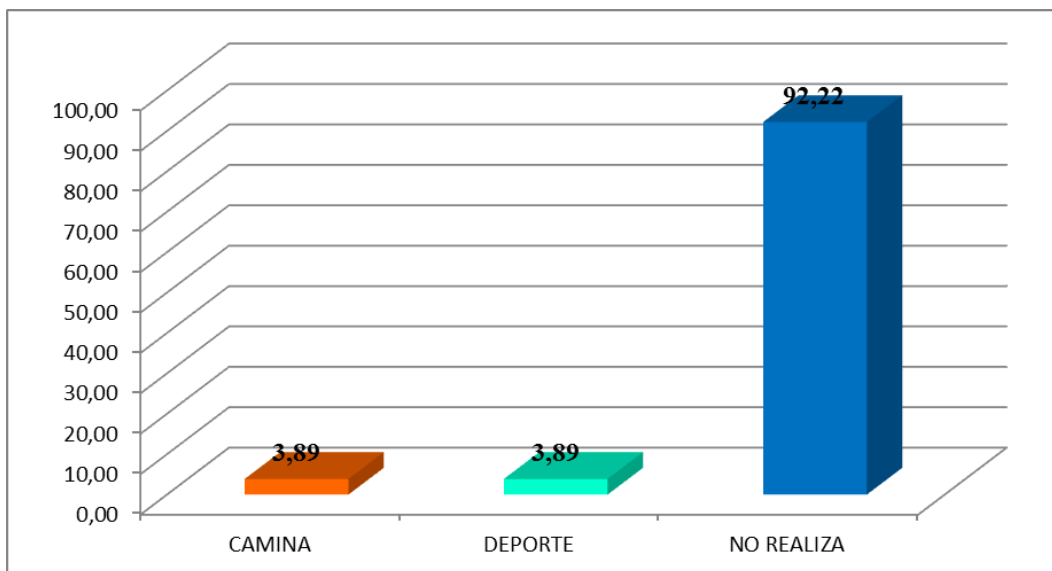
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 18: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR - SECHURA, 2015.**



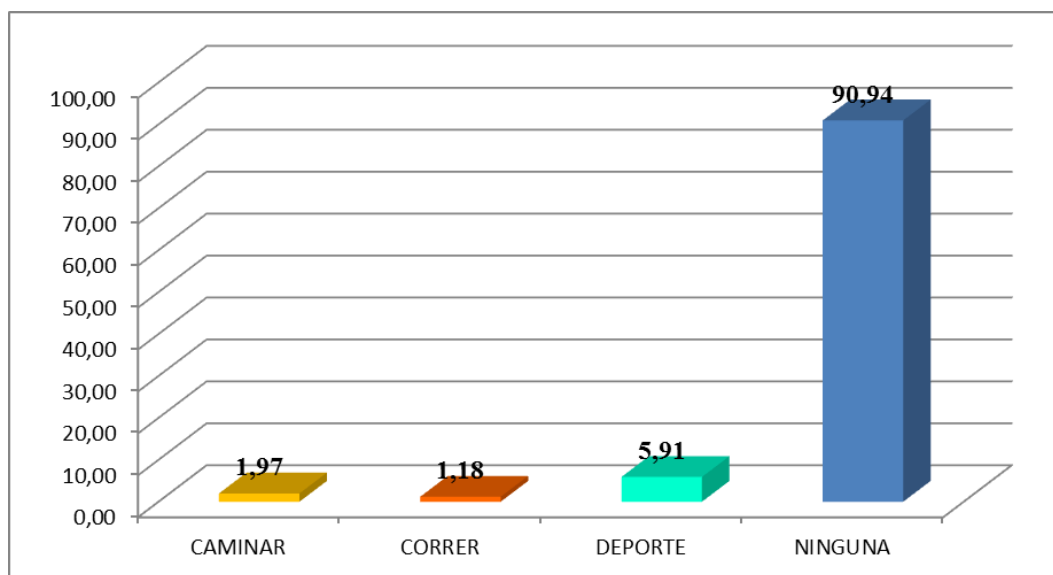
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 19: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



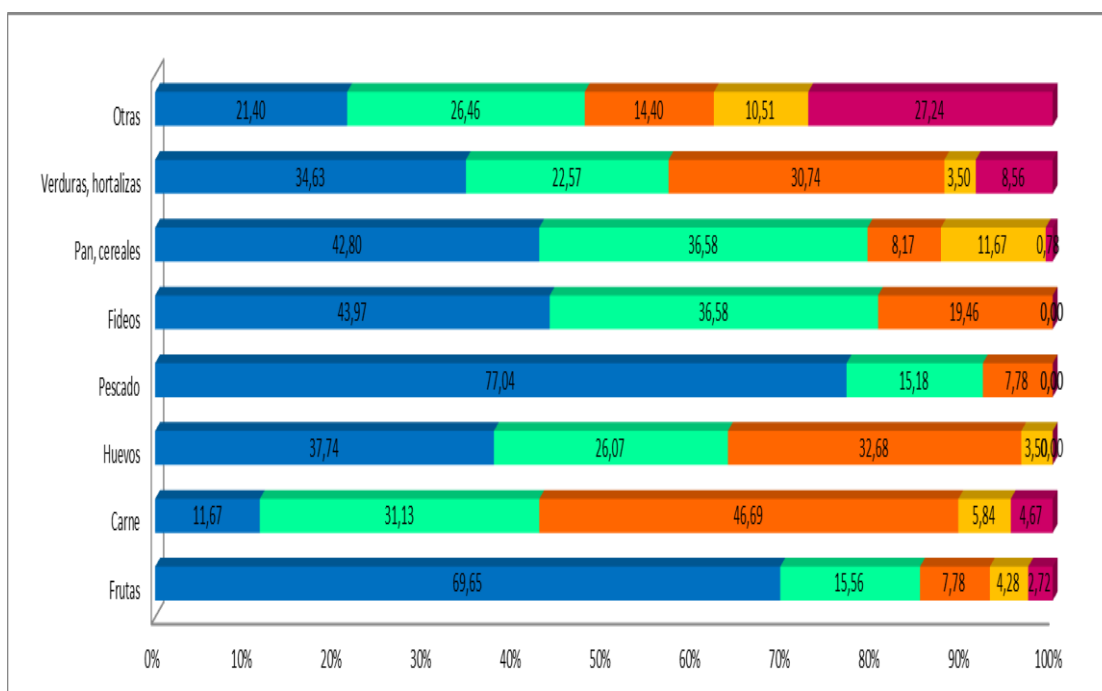
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 20: ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.**



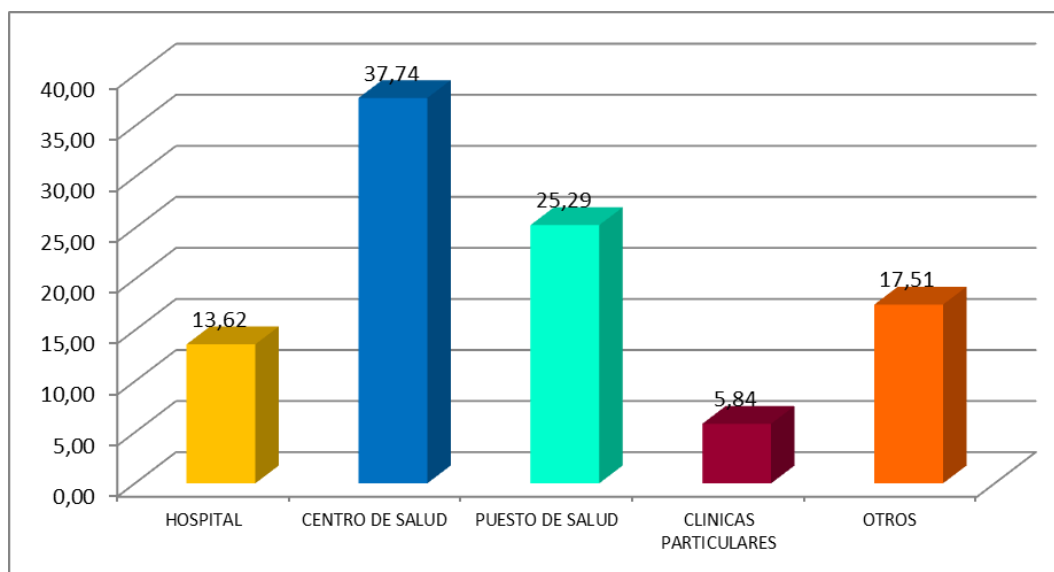
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

**TABLA N° 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**

<b>¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	35	13,62
Centro de salud	97	37,74
Puesto de salud	65	25,29
Clínicas particulares	15	5,84
Otras	45	17,51
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Considera Ud. que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	155	60,31
Regular	15	5,84
Lejos	10	3,89
Muy lejos de su casa	69	26,85
No sabe	8	3,11
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>Qué tipo de seguro tiene Ud.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESSALUD	30	11,67
SIS – MINSA	150	58,37
SANIDAD	5	1,95
Otros	72	28,02
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy largo	5	1,95
Largo	47	18,29
Regular	155	60,31
Corto	35	13,62
No sabe	15	5,84
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Buena	100	38,91
Regular	155	60,31
No sabe	2	0,78
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	180	70,04
No	77	29,96
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

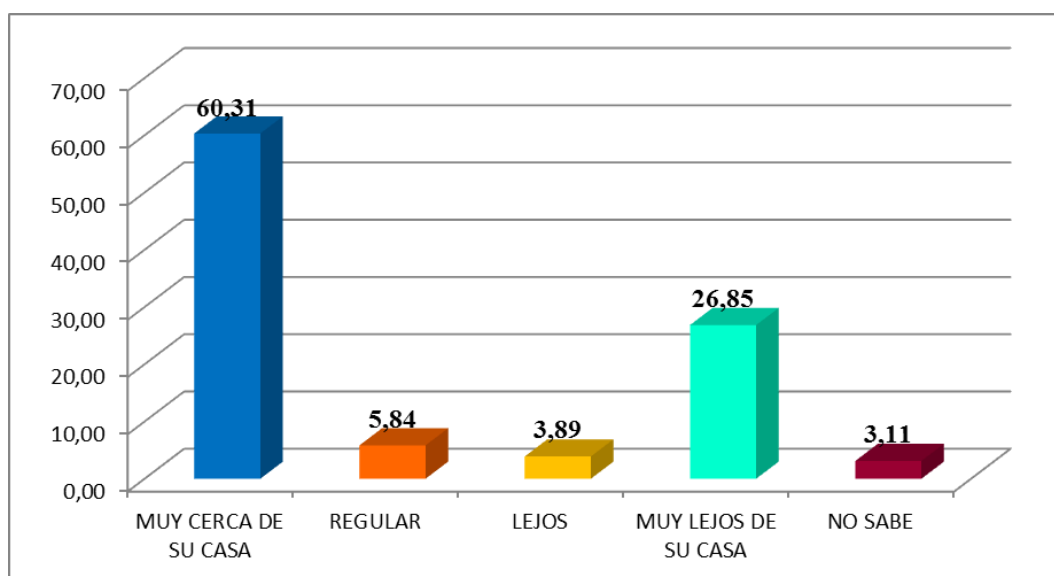
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 22: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



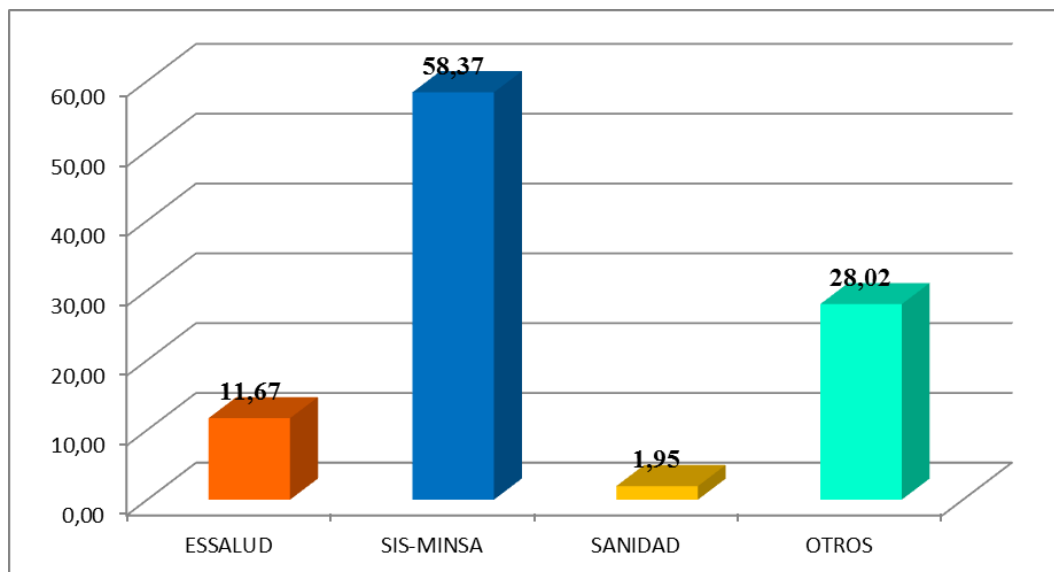
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 23: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



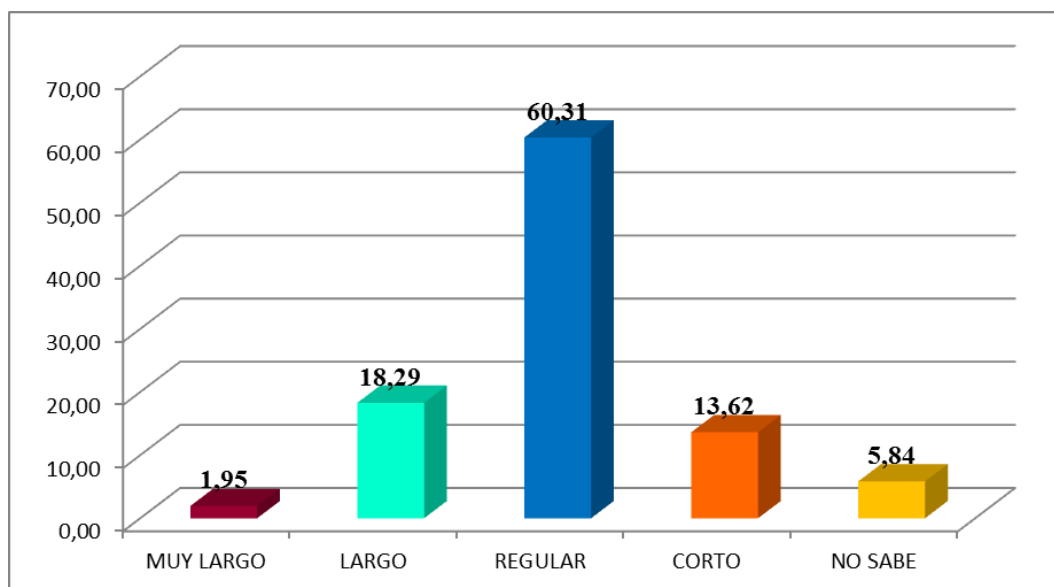
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 24: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



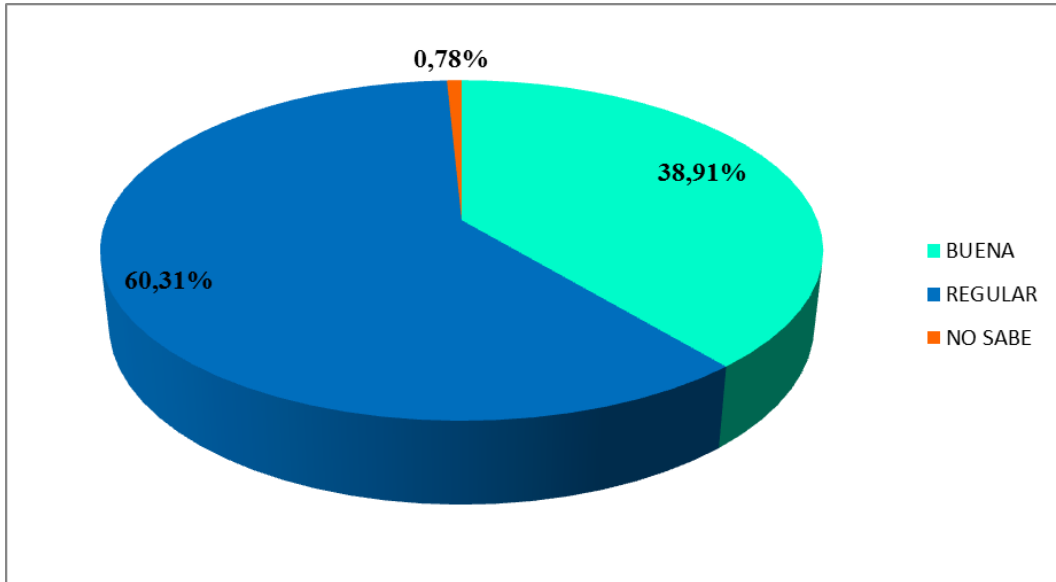
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 25: TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



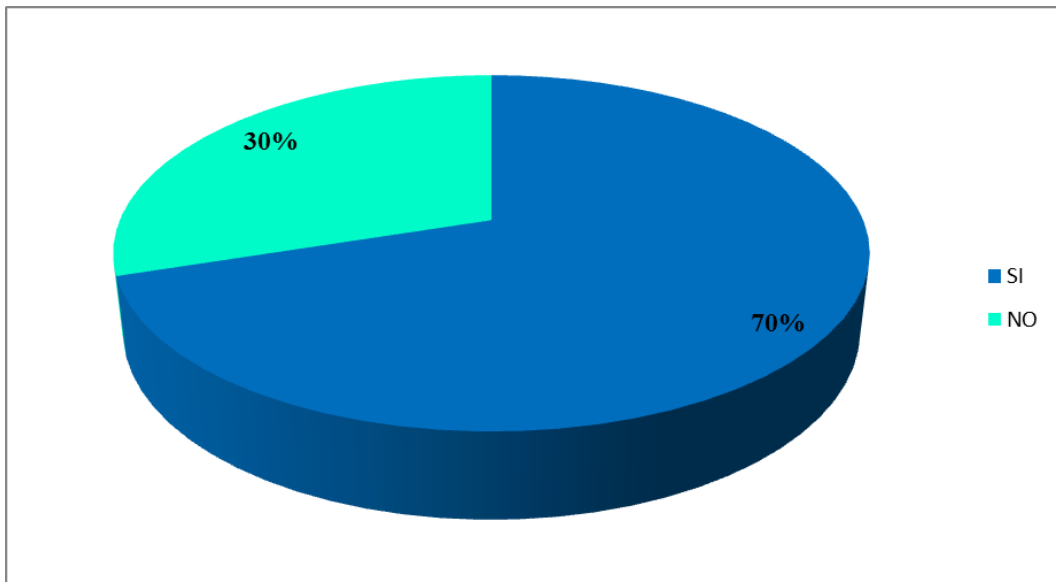
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 26: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 27: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

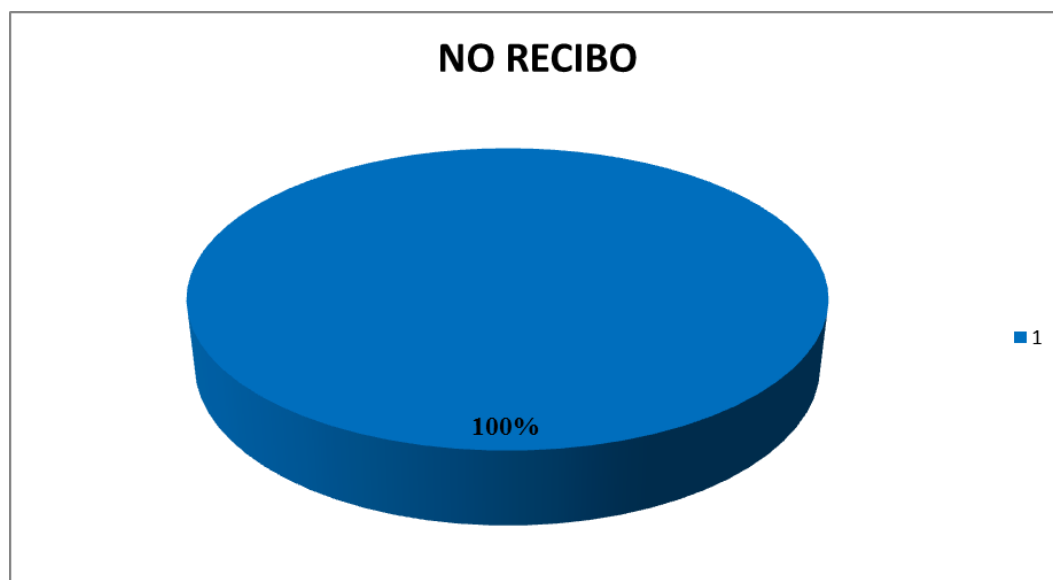


**TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**

<b>¿Recibe algún apoyo social natural?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No recibo	257	100,00
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>
<b>¿Recibe algún apoyo social organizado?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No recibo	257	257
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

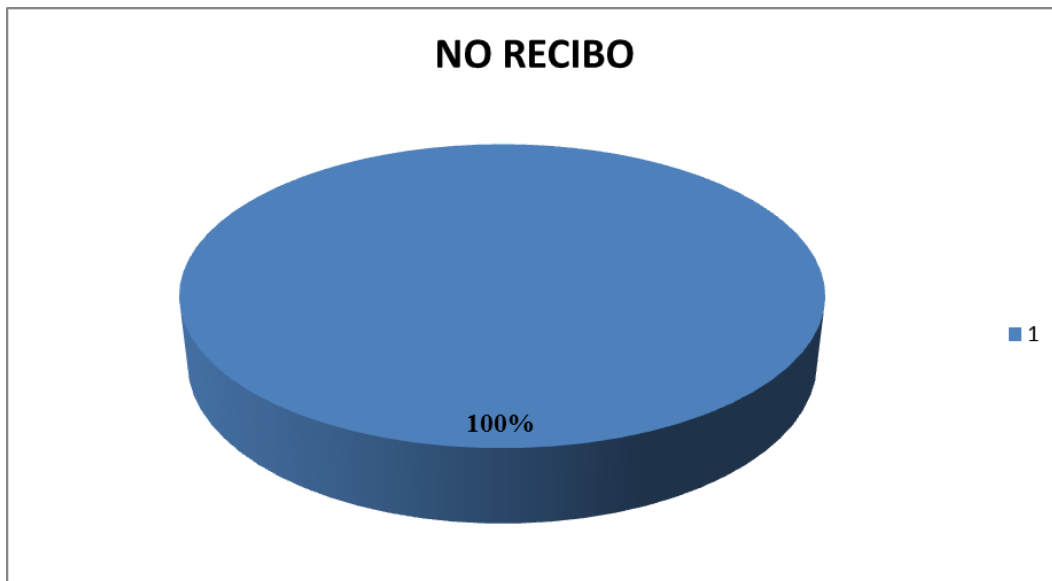
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 28: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**GRÁFICO N° 29: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



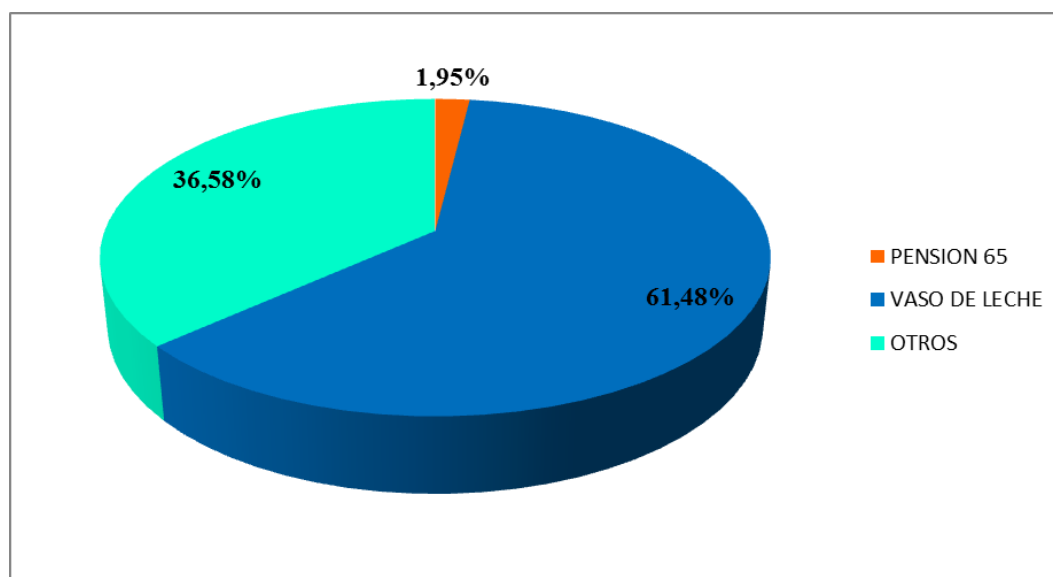
**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015.**

<b>Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pensión 65</b>	5	1,95
<b>Vaso de leche</b>	158	61,48
<b>Otros</b>	94	36,58
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

**GRÁFICO N° 30: RECIBE AYUDA DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACION EN LA PERSONA ADULTA DE LA CALETA PUERTO RICO BAYOVAR – SECHURA, 2015**



**Fuente:** Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015

## 4.2. Análisis de resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud de la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015.

**En la tabla N° 01:** al procesarse los datos recolectados con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicas, los resultados fueron, que del 100% ( 257) de las personas adultas entrevistadas de la Caleta Puerto Rico Bayovar - Sechura, 2015 el 70,04 % son de sexo femenino y el 59,14 % son adultos maduras (de 30 a 59 años, 11 meses, 29 días), respecto al grado de instrucción se establece que el 65,76 % tiene secundaria completa, además el 55,64 % tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 51,36 % son trabajadores eventuales.

Estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por **Dueñas J. (58)**, en su investigación ejecutada sobre Determinantes de la salud en las personas adultas de la junta vecinal Las Begonias - Tacna, 2013, en la cual describe que 56,65% (98) son de sexo femenino, 50,87% (88) son de la etapa adulto maduro que va entre la edad de 40 a 64 años, se observa también que el 53,18% (92) tienen grado de instrucción Secundaria Completa/sec. Incompleta. Respecto al ingreso económico familiar el 51,45% tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, y el 53,18% (92) presenta trabajo eventual.

Así mismo esta investigación coincide con los encontrados por **Sánchez G. (59)**, en su estudio de Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del caserío Somate centro - Bellavista - Sullana, Donde su muestreo estuvo conformado por 207 personas adultas, donde se observa que el 55,07% de la población encuestada son del sexo femenino, el 56,52 % están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), el 65,70 % tiene grado de instrucción

de Secundaria completa/Secundaria incompleta, el 65,70 % tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, el 55,56 % tiene la ocupación eventual.

El estudio realizado por **Jacinto G. (60)**, titulado Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España Chimbote. 2012, los resultados son similares, donde describe que el 50,0% (40) tienen el grado de instrucción inicial/primaria, el 37,5% (30) secundaria completa / incompleta; el 88,75% (71) tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles al mes; el 87,5% (70) tiene una trabajo eventual.

Los resultados del presente estudio difieren con los resultados encontrados en el estudio realizado por **Shuan E.(61)**, sobre Determinantes de Salud de los adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado,Huaraz-2013, quien describió que el ; 53% (78) son de sexo femenino; 53% (79) son adultos de 20 a 40 años, 64% (95) tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta; 59% (88) tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; 47 % (70) se encuentra sin ocupación.

Sexo femenino es sin lugar a dudas el verdadero sexo fuerte. Una mujer está más adaptada al mundo que cualquier hombre. Tiene la fuerza y posee la capacidad de resolver todos los problemas que enfrenta, y manifiesta un comportamiento excelente en cualquier función que desempeñe. La mujer es la que permite que se genere y se perpetúe la vida. Es el pilar fundamental en la relación familiar y de pareja, permitiendo que esta se desarrolle en forma plena. Basta observar el destino de la mayoría de los hombres solos para darse cuenta de la diferencia en este punto. Además, desde una perspectiva netamente biológica e instintiva la mujer lleva la delantera. La mujer es la que

manda en la relación sexual. Ella es la que determina los tiempos y las frecuencias (62).

Edad madura por la capacidad de generatividad, de poderse hacer cargo del desarrollo de los demás. Los adultos maduros desarrollan esta capacidad como padres, profesores o guías de los jóvenes en cualquier aspecto de sus vidas. Según la psicóloga María Cecilia Betancur en su libro: “Mañana será otro día”, es la etapa en que la persona se consolida en sus distintos roles. Una vez superado el temor al estancamiento, se reafirma como padre y profesional. Se ve a sí mismo como un ser más sereno y comprometido con las nuevas generaciones. En la edad madura en esta etapa la preocupación por el trabajo o las preocupaciones económicas llevan a desviar el interés sobre la actividad entre los 40 y 60 años. En el mundo moderno esta es una etapa de productividad laboral e intelectual. Y tanto la mujer o el hombre tiende a relegar a un segundo plano cualquier otra actividad. Adulto maduro se enfrenta a un nuevo entorno y dentro de un enfoque sistémico y de riesgo psicosocial, si se tiene en cuenta la sobrecarga de exigencias y dificultades que está enfrentando. (63).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, define al grado de instrucción como las etapas educativas del sistema educativo, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (64).

En la investigación realizada en la Caleta Puerto Rico Bayovar, se encontró que la persona adulta está constituida mayoritariamente por migrantes de Chimbote, Lima y la sierra piurana y sus alrededores, tienen características socioeconómicas particulares, al ser de una zona rural costeña cercana a la provincia de Sechura, asimismo presentan similares aspectos como etapa adulto maduro, sexo femenino, y cuentan con un ingreso económico menor a 750 nuevos soles. La mayoría de la

población se dedica a la pesca y comercialización de sus productos hidrobiológicos, también al comercio en diferentes rubros, extracción de minerales ya que en dicha zona hay empresas mineras como la Vale y Miskimayo.

Se encontró que la mayoría son de sexo femenino, y la edad que predomina es adulto maduro, resultado que nos estaría indicando que el hecho de ser mujer por las características propias de edad reproductiva puede ser un periodo de riesgos para la salud, asociados por un lado, con el sexo, la reproducción, los estereotipos de género, el analfabetismo y las tradiciones vigentes de la sociedad.

Por ello, las mujeres pueden ser más vulnerables a la depresión, ansiedad y enfermedades como las infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, problemas de salud asociados al embarazo y parto.

Al analizar la variable grado de instrucción se encontró que la mayoría tiene grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, lo que condiciona al adulto en este tiempo a no tener acceso a puestos de trabajo estable y remunerados, se vive en una época donde la ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados por lo que a las persona con dicho grado de educación ahora se les considera analfabetos, dificultando posicionamiento social que le permita acceder con equidad a los servicios de salud, también puede ser motivos de índole vocacional y sociocultural. Estos resultados reflejan el impacto de la educación ya que constituye uno de los mecanismos para la superación de la pobreza.

Con respecto al ingreso es de un promedio menor de 750 soles, predominando la ocupación eventual, fenómeno que debe a que la mayoría genera sus ingresos laborando en sus pequeños negocios, en la

producción de productos y como es sabido la producción pesquera no es constante lo que genera la inestabilidad laboral por lo consiguiente la desigualdad que pueden repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona.

**En la tabla N° 02:** los datos analizados sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda se evidencia que en los Adultos de la Caleta Puerto Rico Bayovar Sechura , 2015, el 70,04% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 65,76 % de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 75,88 % de las viviendas tienen piso de láminas asfáltica, además el 60,31% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina o eternit, así también el 73,15% de las viviendas tienen sus paredes de estera y madera, el 52,20 % de personas duermen en una habitación independiente, el 86,38 % cuenta con red pública de agua, sin embargo no se abastecen de dicha red, Respecto a la eliminación de excretas se evidencia que el 54,37 % utiliza baño propio, En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 81,25% utiliza gas. El 100,00% de los entrevistados manifestaron que cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observó que el 100,00% de los encuestados disponen de la basura para que sea recogida por el carro recolector. El 100,00% de los entrevistados verbalizaron que el carro recolector recoge la basura todas las semanas.

El presente estudio evidencia resultados que se asemejan a lo encontrado por **López K. (65)** en investigación titulada Determinantes de la salud de la mujer adulta del asentamiento humano Rómulo León Saldivar - Piura, 2012 , los resultados que reporto en relación a las determinantes de la vivienda indica que el 67,60 % es de tipo unifamiliar, la tendencia de vivienda de 67,6 % propia, el 73,20 % tiene material de piso de lámina Asfáltica , el 47,90 % tiene material de techo de ladrillo y cemento , el 94,40% tiene material de pared noble ladrillo y cemento, el 85,20% tiene habitación independientes , el 100% tiene



abastecimiento de 86 agua de conexión domiciliar , el 100% tiene baño propio, el 97,20 % cocinan con gas , el 97.90% cuentan con energía eléctrica permanente, el 97,90% disponen la basura en carro recolector, el 97,90 % responden que la frecuencia de recoger su basura es dos veces por semana , el 97 ,90 % suelen eliminar su basura en carro recolector.

Los resultados encontrados por **Hadad N. (66)**, en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010, donde el 90% tiene vivienda unifamiliar, 81,3% tenencia propia, el 61,6% tienen material de piso de tierra, el 43,3% tiene material de paredes de ladrillo o de bloque de cemento, el 63,6% tiene 1 habitación para dormir, el 83,4% tienen gas para cocinar en casa, excepto el 43,3 tiene material de techo de concreto, el 96,6 tienen agua con conexión domiciliaria, el 100 % utiliza letrina para la eliminación de excretas, el 92,5% tienen energía eléctrica en casa, el 76,6% refiere que recogen su basura diariamente y el 95% elimina su basura en carro recolector de basura.

Según los resultados encontrados por **Delgado M. (67)**, en su trabajo de investigación Determinantes de la salud en la persona adulta mayor, habilitación urbana progresista Luis Felipe de las Casas - Nuevo Chimbote, 2013, esta investigación difiere de dichos resultados, ya que reporta sobre el tipo de vivienda del adulto mayor el 53% tiene vivienda unifamiliar, el 100% tiene vivienda propia, el 89% tiene material de piso de cemento, el 45% tiene material de techo eternit, el 98% tiene material de paredes de cemento, el 58% tiene habitación independiente, el 100% tienen conexión domiciliaria de agua, el 100% tienen baño propio, el 100% cocinan a gas, el 100% entierra, quema, carro recolector y el 100% eliminan su basura todas las semanas pero no diariamente.

Según la investigación de **Rufino H. (68)**, titulada Determinantes de la salud en la mujer adulta de la urbanización Los Titanes II Etapa - Piura, 2013 los resultados evidenciados difieren de la presente investigación sobre el tipo de vivienda de la mujer adulta se observa que el 100% de la población tiene vivienda unifamiliar; el 94,9% tiene tenencia propia; 100% tiene material de piso de losetas, vinílicos o sin vinílicos; el 87,1% tiene material de techo de material noble, ladrillo y cemento; el 100% tiene material de pared noble, ladrillo y cemento; el 77,5% tiene una habitación independiente; el 100% tiene agua con conexión domiciliaria; 100% tiene baño propio para la eliminación de excretas; el 100% tiene gas y electricidad para cocinar; el 100% tiene energía eléctrica permanente; el 100% realiza la disposición de la basura en carro recolector; 100% refiere que el carro recolector de basura pasa con frecuencia todas las semanas pero no diariamente; el 100% suelen eliminar la basura en carro recolector de basura.

La vivienda, introduce a los derechos humanos y la perspectiva europea como ejes vertebradores, hasta llegar al reconocimiento que, desde los servicios sociales de interés general no económicos, posee la vivienda. Aspectos fundamentales para contemplar la vivienda como un elemento integrador de las personas, principios fundamentales para el ejercicio de profesionales de la intervención social y la responsabilidad de los gestores de políticas públicas orientadas a la cohesión social, Que permita entender la vivienda como un derecho de los seres humanos a vivir dignamente y de forma adecuada, en un marco que permita la compatibilidad con diferentes posiciones éticas, religiosas o culturales, además de favorecer la transición de las necesidades humanas a los derechos humanos en los análisis que, desde el trabajo social, se hacen de las situaciones con las que intervenimos cotidianamente (69).

Vivienda Saludable: Este concepto holístico vincula el perímetro del domicilio de límites abiertos y difusos a los que tiene acceso la comunidad. Las potencialidades que ofrece para la comprensión integral del significado de vivienda saludable están vinculadas, por un lado, a que la vivienda se constituye en el primer espacio proveedor de determinadas condiciones y estilos de vida y, por otro lado, los problemas ligados a una mala condición de salud en relación a deficientes condiciones medioambientales y de salud. Estos problemas van desde procesos ampliamente ligados a la acción de un agente específico (parasitosis, intoxicaciones, u otros), hasta procesos vinculados a la esfera psicoafectiva y social (por ejemplo trastornos depresivos, violencia familiar, entre otros). Es importante tener en cuenta que la vivienda saludable alude a un espacio habitacional que debe cubrir las necesidades de salud y seguridad de un núcleo familiar, el cual le provea cobijo y una vida segura, ausente de peligros y riesgos para la integridad personal y familiar. En este caso se puede decir que una vez adquirida la vivienda, ésta debe ser capaz de brindar salubridad y seguridad al residente, y estar situada en un entorno apto para ser habitado, sin poner en peligro la vida del habitante, mejorando así sus condiciones de calidad de vida urbana, definida como el conjunto de unas condiciones óptimas que se conjugan y determinan sensaciones de confort en lo biológico y psicosocial dentro del espacio donde el hombre habita y actúa (70).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (71).

Una habitación es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (72).

Se identificado un modelo de gestión o abastecimiento de agua urbano, el acueducto como principal aporte de traída de aguas a una ciudad. No es de menor importancia que el que emplea las conducciones para el aporte de agua pública. Esta consideración se puede observar a partir de la variedad de casuística que encontramos y en la entidad de las ciudades que lo emplean, con diferentes tamaños, roles y categorías jurídicas. La administración de estos sistemas desde la autoridad pública, profundizar en los análisis tipológicos y sus adscripciones culturales (73).

Red pública de agua potable dentro de la vivienda, cuando existe conexión de agua potable y servicio higiénico está dentro de la vivienda (74).

Para que las aguas sean ingeridas por el hombre de manera que beneficie su salud, es necesario que lleven en solución ciertas sustancias que las hacen agradables y nutritivas, como el oxígeno y bióxido de carbono y sales minerales de potasio, sodio, calcio y magnesio en cantidades pequeñas; pues el exceso hace impropia el agua para el consumo. Debe estar exenta de materias perjudiciales a la salud, libre de olores, colores y gérmenes infecciosos. Su temperatura debe fluctuar entre 10 Y 15° C y debe ser de sabor agradable. Las aguas que reúnen estas condiciones son llamadas "aguas potables" (75)

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2002(World Health Report 2002), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón

vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía. (76).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos. Los productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, los cuales contienen ingredientes potencialmente peligrosos, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (77).

En el año 2000, se promulgó la Ley 27314, Ley General de Residuos Sólidos, para reducir los impactos nocivos que los residuos generan en la salud y el ambiente. La gestión de los residuos sólidos en el país tiene como finalidad su manejo integral y sostenible, mediante la articulación, integración y compatibilización de las políticas, planes, programas, estrategias y acciones de quienes intervienen en la gestión y el manejo de los residuos sólidos, aplicando los lineamientos de política que se establecen en la Ley (77).

En la investigación efectuada a la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar , se halló que la mayoría cuenta con vivienda unifamiliar, tenencia propia, material del piso de concreto, material del techo de calamina o eternit, material de paredes de madera y esteras, presenta cada miembro de la familia tiene una habitación independiente probablemente estos resultados signifiquen un enfoque de riesgo para la población, ello puede deberse al hecho de que muchas familias no cuenten con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda segura, lo cual puede ser un determinante de la calidad de

vida precaria en la vivienda, también puede estar asociado a factores culturales, sociales, políticas, etc.

Se evidencio que todas las viviendas inmersas en la investigación, contaban con red Pública, sin embargo ninguno tenía conexión hacia dentro de su vivienda ya que el abastecimiento de agua, son muy pocos los pobladores que tiene agua dentro de sus domicilios a razón de ellos con su propios medios han instalado agua desde la red troncal privada de la minera vale, y su vez venden el agua por metro cubico de agua a la gran mayoría de habitantes para su consumo.

La consecuencia directa más significativa del agua se concentra en la salud de las personas, especialmente de los niños, puesto que las enfermedades por consumo de agua contaminadas aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, así como también causan problemas de desnutrición. La electricidad es otro de los elementos básicos que configuran un entorno saludable por su impacto positivo en el mejoramiento de las condiciones para la realización de diversas actividades domésticas.

Este problema contribuye a que la población este expuesta o aumente los riesgos como enfermedades gastrointestinales, respiratorias, infecciosas, parasitarias e, incluso, de carácter emocional que pueden estar fuertemente asociadas a causas que tienen que ver con las condiciones de la vivienda: su iluminación y ventilación, la disponibilidad de espacio, la calidad de los materiales y la construcción, el acceso a servicios básicos, las condiciones del entorno inmediato, su capacidad de proteger de los elementos del ambiente y de la incidencia de animales trasmisores de microorganismos perniciosos.

La eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos podría reducir los riesgos para la salud y crear un entorno más agradable para la vista y la vida. La utilización de métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es desfavorable a la reproducción de insectos y roedores causantes de enfermedades. De otra parte, el inadecuado almacenamiento, recolección y disposición final de los desechos sólidos puede dar lugar a una serie de riesgos para la salud, en particular a enfermedades gastrointestinales y parasitarias.

El combustible que la gran mayoría de pobladores de la comunidad en estudio usan para cocinar es el gas, una muy reducida minoría usa carbón, es indicador denota que el factor económico no es impedimento para obtener combustibles más saludables, o por razones culturales que incluyen creencias y costumbres. La inhalación de humo en el interior de las viviendas pueden generar un en riesgo para la salud de población como el de contraer neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Es probable que las mujeres expuestas al humo interior sufran enfermedades pulmonares.

Con respecto a la energía eléctrica, toda la población cuenta con energía eléctrica permanente, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida sobre todo de los grupos vulnerables como son los niños, mujeres y adulto mayor, otro factor que contribuye a disminuir sus gastos en el consumo de energía es que después del fenómeno, la empresa Enosa decidió suspender el cobro por dicho servicio, ya que la zona fue duramente golpeada por este fenómeno.

La basura en la Caleta Puerto Rico Bayovar, los pobladores la ponen a buen recaudo hasta que llegue el carro recolector el cual pasa cada semana y esta su vez hace varios viajes de recojo y desecho para que en

las cacas de los pobladores no se quede basura y pueda ser un factor contaminante del entorno donde los pobladores interacciona cada día.

**En la tabla N° 03:** con respecto a los determinantes de los estilos de vida en los Adultos de la Caleta Puerto Rico Bayovar- Sechura, 2015, se evidencia que el 77,82% de las personas adultas entrevistadas no ha fumado nunca de manera habitual. Así como el 68,87% no consumen bebidas alcohólicas, en cuanto a las horas que duermen el 77, 82% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias, el 86.38% se baña diariamente., así también el 65,15 % no se realiza un examen médico periódico, por otro lado el 92,22% indico que no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, como también el 90,94% de los entrevistados no han realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos en las últimas dos semanas.

Los resultados informados por **Rugel J. (78)** en su investigación titulada Determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano chiclayito – Castilla – Piura, 2013 tienen similitud con los resultados de este estudio. Indica que el 84,24% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual; el 45,38% no consume bebidas alcohólicas; el 82,07% duerme de 6 a 8 horas; el 99,73% se baña diariamente; el 68,48% si se realizó un examen médico periódico; el 51,90% no realizo actividad física; el 52,72% no realizo en las 2 últimas semanas ninguna actividad física.

Así mismo los resultados tiene coincidencia con los resultados informados por **Cruz M. (79)** en su investigación titulada Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras menopáusicas, urb. Bruces Nuevo Chimbote 2012 donde indica que del total de mujeres menopaúsicas, el 76% (87) no fuma; el 74% (84) no consume bebidas alcohólicas; el 46% (52) duermen de [06 a 08hrs); el 71% (81) se baña diariamente, el 29% (33) se baña 4 veces a la semana; el 68%



(77) no se realiza examen médico periódico, el 85% (97) realiza actividad física en su tiempo libre, un 8% (9) no realiza; el 56% (64) en las dos últimas semanas se dedicó a caminar durante más de 20 minutos; el 100% (114) consume pan diariamente, un 28% (32) consume frutas diariamente; el 84% (96) consume lácteos de 3 o más veces a la semana; un 6% (7) consume verduras de 1 o 2 veces a la semana ; el 46% (52) consume refrescos con azúcar menos de 1 vez a la semana , un 2% (2) consume frutas menos de 1 vez a la semana; el 32% (37) no consume frituras, un 9% (10) no consume dulces, gaseosas.

**Lachira S. (80)**, en su investigación realizada: Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano Víctor Raúl Haya de la Torre – Castilla - Piura, 2014. Los resultados se asemejan a los resultados de la presente investigación. Indico que el 55,1% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. Así como el 54,0% no consume bebidas alcohólicas. El 90,9% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 98,9% se baña diariamente. Así también el 72,7% no se ha realizado ningún examen médico. El 61,5% su actividad física es, solo caminar. Así mismo el 56,7% en las 2 últimas semanas su actividad física es, solo caminar por más de 20 minutos. Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 31,6% consume frutas, 41,55% consume carne, 25,7% consume huevos, 14,4% consumen pescado, 53,5% consume pan y cereales. También se encontró el 52,4% consume verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana, y el 59,4 de otros alimentos de 1 o 2 veces a la semana.

La preocupación actual por la salud, como algo más que la ausencia de enfermedad, se halla en estos momentos en el centro de los debates acerca de prevención en materia de salud pública. Los factores determinantes de la salud están relacionados con los estilos de vida, poseen múltiples dimensiones y están vinculados a varios problemas

importantes de salud. Los estilos de vida se relacionan a su vez con los principales factores de riesgo de la mayoría de los problemas de salud pública actuales es importante mantener una alimentación saludable, realizar actividad adecuada al sujeto, tener un trabajo satisfactorio, moverse en un ambiente saludable (81).

Un “estilo de vida no es la negación de un hábito o la evitación de una conducta mediante represión... “un estilo de vida se estructura a partir de un conjunto de conductas que generan en el sujeto un interés, un atractivo intrínseco, preferentemente, que favorecen que éstas permanezcan como alternativa a otros patrones o estilos de vida que consideramos no saludables” (81).

La alimentación es un proceso esencial, de suma importancia para la salud. Todas las personas necesitamos alimentarnos para poder crecer, tener energía suficiente para realizar diferentes actividades y para mantener la salud. Una alimentación adecuada es aquella que cumple con las necesidades específicas de cada persona. La misma debe ser variada y preparada en condiciones higiénicas. Alimentarse bien no es lo mismo que comer bien. En el crecimiento y desarrollo de un bebé durante el embarazo tienen gran importancia el estado nutricional de la madre, el consumo de alimentos que ésta realiza, y las variaciones de peso que la madre pueda desarrollar en esa etapa (82).

Las Naciones Unidas reconocen que disfrutar del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cada uno de los seres humanos sin discriminaciones. La promoción de la salud se basa en este derecho humano crítico y ofrece un concepto positivo e inclusivo de la salud como un factor que determina la calidad de vida y que engloba el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud es el proceso de hacer posible que las personas aumenten el control que tienen de su salud y los factores que la determinan y, de esta manera, mejoren su

salud. Es una función central de la salud pública y contribuye a la tarea de hacer frente a enfermedades comunicables y no comunicables y a otras amenazas para la salud (83).

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. 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 (84).

Consumo de tabaco y alcohol. Los diferentes cambios sociales que se han presentado en las últimas décadas, se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las cuales han afectado la vida de las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud (85).

El cumplimiento de la Ley Antitabaco, aprobada el año 2010 por el Congreso de la República, reducirá en gran medida las más de 55 enfermedades que ocasiona la exposición del humo de tabaco en la salud de las personas (17 son algunos tipos de cáncer) y tendrá un impacto positivo en la disminución de muertes que superan aproximadamente las diez mil al año, informó el Ministerio de Salud tras saludar la importante y trascendental decisión del legislativo. Disponer de ambientes 100% libres de humo de tabaco, conforme lo establece la Ley N°29517 hace que en el Perú se fortalezca el cuidado de la salud de las personas que viven o trabajan en los espacios cerrados

y más aún a los niños, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias y población en general (86).

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso. Durante su combustión se originan más de 4 mil productos tóxicos diferentes. Entre ellos destacan por su peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse, los alquitranes (distintos tipos de cáncer), nicotina (produce dependencia), monóxido de carbono (enfermedades cardiovasculares), irritantes como los fenoles, amoniacos, ácido cianhídrico (enfermedades respiratorias como bronquitis crónica y enfisema pulmonar) (87).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (88).

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. (89).

Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (90).

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 (91).

Se considera actividad física 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). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (92).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (93).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el

sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (93).

Un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (94).

De la misma manera, diferentes estudios epidemiológicos han demostrado efectos protectores de la actividad física de magnitud variable. Concretamente, la actividad física disminuye el riesgo de importantes enfermedades crónicas, como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus no insulino dependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión; reduciendo también el riesgo de muerte prematura (94).

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (95).

La creación de hábitos alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona (96).

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación y la Organización Mundial de la Salud, efectuaron el informe dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. El informe concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y enfermedades crónicas. Los organismos de Naciones Unidas subrayaron la necesidad de establecer nexos más fuertes entre los sectores de la salud y la agricultura, a escala mundial, regional y nacional, para combatir el incremento mundial de las enfermedades crónicas (97).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldó a la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y Adolescentes aprobada, recientemente, por el Congreso de la República. esta regula los contenidos publicitarios relacionados con alimentos y bebidas no alcohólicas para reducir las enfermedades vinculadas con el sobrepeso y obesidad, también males crónicos como la diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiacos, insuficiencia renal, entre otros. También fomenta la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular para lograr estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir estas enfermedades (98).

Los seres humanos requieren de alimentos que aportan nutrientes a través de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida. Las proteínas son compuestos

orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Son componentes irremplazables dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo. Los carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos (99).

Los lípidos se encuentran en las grasas y los aceites, los cuales proporcionan energía en gran cantidad, se deben consumir mesuradamente ya que son difíciles de digerir, son una fuente de reserva energética, siendo importantes en la regulación de la absorción de las vitaminas liposolubles (99).

En la investigación realizada a la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar, en relación a los Determinantes de los estilos de vida se identificó que de los adultos entrevistados más de la mitad, no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, así mismo más de la mitad de los entrevistados o entrevistadas no consume alcohol, el consumo de alcohol es casi nulo ya que las personas adultas inmersos en la investigación más de la mitad son mujeres, las cuales por idiosincrasia cultural conservadora ven al alcohol como algo que denigra su dignidad de mujer, este pensamiento aunque parezca un poco ortodoxo contribuye de gran manera en la conservación de la salud de las personas, ya que el consumo del alcohol es uno de los principales factores que aumentan el riesgo a enfermedades.

En cuanto al examen médico periódico, en un establecimiento de salud los resultados arrojados del procesamiento de datos es preocupante ya que más de la mitad de la población encuestada no se hace chequeo



médico periódicamente presumiblemente estos resultados se deban a que los adultos no cuentan con los medios económicos suficientes para el acceso a un examen preventivo, motivos de lejanía, limitada organización de tiempo o por creencias y costumbres o simplemente porque siente que está sano y no necesita de ir a visitar el médico. La importancia del examen médico es efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera el chequeo médico se convierte en una herramienta esencial para la detección precoz de enfermedades en poblaciones aparentemente sanas. Su implementación podría reforzar la medicina preventiva principalmente en lo que se refiere a la prevención secundaria, lo que se puede traducir en una mejoría en la calidad de vida de la población.

En relación a la variable actividad física la gran mayoría de las personas adultas no realiza actividad física más de 20 minutos, estos resultados se deben a la falta de tiempo, de interés, de habilidad, de energía, de dinero, o por falta de motivación, estos comentarios son muy válidos, pero no justificables, ya que el no realizarlo puede ser un riesgo en la salud de la población. La carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

Las conductas sedentarias pueden favorecer el hábito del tabaco, la inadecuada ingesta alimentaria, lo que conlleva a problemas de obesidad y sus consecuentes trastornos como la hipertensión, dislipidemias, diabetes, entre otras.

Con respecto al consumo de alimentos de las personas entrevistadas más de la mitad su alimentación fluctúa frutas y el pescado esto se debe a que la zona donde viven es zona pesquera y comercial, según lo que observado la fruta no hace falta todo el día ya que la caleta puerto rico es zona bastante comercial, en contraste e esta realidad hay un gran porcentaje de encuestados que su alimentación varía entre carne huevos, a razón de esto se diría que la alimentación del poblador de la Caleta Puerto Rico Bayovar Sechura es variada mas no balanceada esto se debe a que muchos de ellos desconocen el valor nutritivo de los alimentos y como preparar una alimentación saludable, que ellos buscan al preparan sus alimento es cantidad mas no calidad, otras de las razones podría ser el factor económico y adquirir alimentos saludable y de calidad, influyen otros factores culturales, sociales como la influencia de la publicidad, por falta de tiempo o porque les resulta más práctico, lo que se traducen en una alta ingesta de carbohidratos, grasas totales y saturadas, que en conjunto con el sedentarismo, pueden favorecer el exceso de peso y las enfermedades crónicas.

**En la tabla N°04:** en la Caleta Puerto Rico Bayovar se evidencia en relación a los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, que del 100% de los Adultos encuestados el 37,74% se atendió en su centro de salud en los doce últimos meses, el 60,31% consideran que el centro de salud donde se atendieron está muy cerca a su casa, el 58,37% cuenta con seguro de SIS MINSA, el 60,31% consideran que el tiempo que esperaron en el centro de salud para ser fue regular tiempo, de igual manera el 60,31% calificala atención como regular, mientras que el 70,04% considera que hay pandillaje y delincuencia en las cercanías de su casa.

Los resultados de esta investigación difieren de los resultados encontrados por **Almontes Y. (100)**, en su investigación titulada

Determinantes de la salud en la mujer adulta de la urbanización Isabel Barreto II etapa Fonavi - Paita – Piura donde evidencia que el 45.7% de las mujeres adultas manifiestan que en los últimos 12 meses se atendieron en un hospital, que el 55.6% de las mujeres adultas indican que el lugar donde fue atendida está a regular distancia de su casa, se observa que el 46.6% de las mujeres adultas indican que tipo de seguro con el que cuentan es con EsSalud, que el 33.3% de las mujeres adultas indican que el tiempo para que la atiendan en el establecimiento de salud es regular, que el 43.6% de las mujeres indican que la calidad de atención que reciben de su establecimiento es regular, que el 73.9% de las mujeres adultas indican que cerca de sus casas no existe el pandillaje.

También difiere con los resultados encontrados por **Ordinola L. (101)**, en su investigación de Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío San Vicente de Piedra Rodada - Bellavista - Sullana, 2013. Donde informa que el 49,22 % se atendió en el Puesto de salud los 12 últimos meses, el 47,66% considera regular el lugar donde lo atendieron, 62,11% tiene seguro SIS- MINSA, el 26,56% espero un tiempo regular para que lo atendieran, el 47,27% la calidad con que lo atendieron fue buena, el 89,84% no existe pandillaje cerca de su casa.

Así mismo difiere con los resultados encontrados por **Julca S. (102)**, en su investigación de Determinantes de la salud en madres de escolares, institución educativa San Juan - Chimbote, 2014 reporta que del 100,0% (141) de las madres de los escolares, el 53,90 %(76) se atendieron en los últimos 12 meses en un puesto de salud , de igual manera el 44,68 %(63) considera que el establecimiento de salud donde se atendieron está regular a su casa , igualmente el 58,16 %(82) tienen como tipo de seguro al SIS \_ MINSA, de la misma manera el 51,06 % (72) de las entrevistadas consideran que el tiempo de espera para que la atendieran fue regular, el 52,48 (74) dijeron que la calidad de atención

que recibieron en el establecimiento también fue regular , el 52,34 % (74) consideran que si existe pandillaje cerca de su comunidad.

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Asimismo, han de estar en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc. (103).

Desde la Salud Pública conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad (104).

Además en determinados periodos del ciclo vital como la ancianidad, la relación entre los individuos y los grupos sociales a los que pertenecen, permiten movilizar recursos psicológicos y materiales frente a situaciones indeseables como la incapacidad, soledad y/o enfermedad (104).

En el desarrollo comunitario se reconocen las causas sociales, económicas y ambientales de la mala salud y se combina la participación de los usuarios con la de los proveedores oficiales de los servicios para mejorar la salud y reducir las faltas de equidad. Las comunidades pueden constituirse geográficamente como vecindarios o por intereses de grupos de usuarios (104).

El gasto en salud ha sido reconocido como un generador de pobreza, ya que los problemas de salud afectan a millones de personas que no pueden acceder a la asistencia médica, y los gastos generados por asistencia médica afectan significativamente a los hogares. Es por ello que la exclusión de la seguridad social tiene un importante impacto sobre la pobreza y el desarrollo del individuo y su familia (104).

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), Es Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Por un lado la población pobre, no cubierta por EsSalud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos: los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en EsSalud, y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social , que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (105).

El 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 (106).

La accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado- y demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas (107).

La accesibilidad a los servicios públicos, ya sea por la distancia física a ellos; por el egreso monetario que implica poder utilizarlos o por el desconocimiento necesario sobre su existencia y uso, principalmente, no son equitativos para todos, creándose en consecuencia verdaderos recortes territoriales desiguales (107).

El Seguro Integral de Salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (108).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención

suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (109).

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (109).

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (110).

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobretodo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad (111).

En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas. Para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan

una buena atención de la salud. Estos son Oportunidad, Eficacia, Integralidad, Accesibilidad, Seguridad, Respeto al usuario, Información completa, Trabajo en equipo, Participación social, Satisfacción del usuario externo y Satisfacción del usuario interno (112).

En la investigación realizada a la Persona Adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar, menos de la mitad , contradiciendo de esta manera más de la mitad considera que el lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa, este resultado se debe a que muchos de los entrevistados solo acuden a un centro de salud cuando se sienten enfermos mas no por un chequeo preventivo, otro factor seria la condición económica la cual influye en gran medida para poder acceder a los servicio de salud, un dato importante es que más de la mitad cuenta con seguro SIS, sin embargo aun así no acuden a un servicio de salud para un chequeo preventivo.

El conjunto de las categorías sobre la atención en los servicios de salud en cuanto a espera y atención más de la mitad de los encuestados opinan que esperaron regular tiempo para ser atendidos así como la atención también fue regular, esto se debe a que la infraestructura del centro de salud de la Caleta Puerto Rico Bayovar no es la adecuada para atender las demandas de salud de dicha comunidad, además el personal también es deficiente y esto repercute en la calidad de atención al usuario. Otro dato importante que arroja los resultados es que los entrevistados más de la mitad opina que hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa, el resultado de debe a que la Caleta Puerto Rico Bayovar, es una Zona convulsionada, muchos de sus habitantes viven al margen de la ley, lo cual es un factor de considerable impacto en la conservación de la salud.



**En la tabla N° 05:** Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, el 100% los Adultos de la Caleta Puerto Rico Bayovar, verbalizan que no reciben apoyo social natural ni, apoyo social organizado.

Estos resultados coinciden totalmente con los hallazgos revelados por **Espinoza Y. (113)** en su estudio titulado: Determinantes de la salud en las madres de familia. Asentamiento humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013, donde indica que el 100% de los entrevistados no recibió ningún tipo de apoyo social natural, ni tampoco recibió ningún apoyo social organizado.

Estos hallazgos difieren totalmente, de los resultados reportado por **Pastor. K (114)**, en su investigación titulada Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arévalo 3° etapa – La Esperanza, 2012 donde indica que el 63.69% no recibe algún apoyo social natural, el 36.31% si recibe apoyo social organizado de las empresas para las que trabajan.

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 (104).

Desde la dimensión de la acción social, se valora la participación social como proceso subjetivo de interacción social, en el que los individuos reconocen sus disposiciones de necesidad, dentro del contexto grupal, incorporando, desde la autonomía, las normas estructuradas y homogéneas por lo que actúan conscientemente en correspondencia con su libertad individual (115).

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 (103).

En la investigación realizada a la persona adulta de la Caleta Puerto Rico Bayovar sobre Determinantes de redes sociales y comunitarias sobre si reciben apoyo de alguna organización natural o social en la comunidad donde viven, ellos manifestaron que durante el tiempo que llevan viviendo en dicha comunidad nadie le ha brindado apoyo de ningún que ellos sobresalen y enfrenta las dificultades por si solos y con sus propios medios. El resultado nos estaría indicando que el apoyo social en esta parte de la población es nula como, en varias zonas del país donde las instituciones gubernamental y privadas no llegan, como mencione con anterioridad los habitantes de la Caleta Puerto Rico Bayovar forma parte de los peruanos excluidos a vivir una vida digna.

El ser humano es un ser social por naturaleza, es una cualidad innata razón por la cual las redes sociales juegan un papel importante en el mantenimiento o alteración de la salud de un individuo o colectivo.

**En la tabla N° 06:** En los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se evidencia que el 61,42% de los pobladores manifestaron que reciben apoyo de las organizaciones Llamados “Vasos de leche”, mientras que el 36.58% manifiestan que reciben apoyo de otras organizaciones no gubernamentales, son muy pocos los pobladores en un 1,95% que reciben apoyo de Pensión 65.

Como beneficiarios en el diseño del programa. El 10% de municipalidades visitadas no disponía de información de beneficiarios por tipo.

Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 nuevos soles cada dos meses (116).

Se busca que estos adultos mayores accedan a esta subvención económica que contribuya a mejorar su bienestar. Además, se pretende reducir la diferencia entre no pobres y pobres en la población de mayores de 65 años e incrementar su acceso a los servicios de salud (116).

El Programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado para ofrecer una ración alimenticia diaria principalmente a la población vulnerable, es decir, niños de 0 a 6 años, madres gestantes y en periodo de lactancia, Mediante la Ley N.º 24059 del año 1985, se convierte en un Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil en todos los municipios provinciales del país. En 1996, mediante la Ley N.º 26637, se transfiere su ejecución a los consejos, municipios distritales y provinciales (117).

El Programa del Vaso de Leche es un programa social alimentario que implementa el estado a través de las municipalidades y el cual está dirigido a grupos más vulnerables de la población, su objetivo principal es mejorar la nutrición de los beneficiarios, ayudar a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra (118).

Los comedores populares son organizaciones sociales de base conformadas por mujeres, cuya actividad principal es la preparación de alimentos y el apoyo social. Están ubicados en zonas de pobreza y extrema pobreza. Pueden tener la denominación de: Comedor Popular, Club de Madres, Comedor Parroquial, Cocina Familiar y otros afines (119).

En la investigación realizada a la persona adulta del Caleta Puerto Rico Bayovar, en relación a los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se evidencia que más de la mitad manifestó, recibir apoyo del comité del vaso de leche que en cada plataforma hay un comité de vaso de leche el cual les brinda apoyo con la leche, soya o cuáquera para los desayunos de los más pequeños de la casa, menos de la mitad manifestó recibir apoyo de otras instituciones privadas como las mineras Vale Y Miskimayo, en una cantidad mínima hay pobladores que reciben pensión 65.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

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

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, se evidencio que más de la mitad de personas inmersas en la investigación son de sexo femenino, adultas la mayoría no tiene ningún nivel de educación, un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y más de la mitad tienen un trabajo estable.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, tiene su piso de concreto, casi en su totalidad tiene techo de calamina o eternit, más de la mitad tiene sus paredes de adobe y en una habitación duermen de 2 a tres miembros. La mayoría se abastece de agua de acequia, con letrinas para la eliminación de excretas. Más de la mitad utiliza el gas para cocinar sus alimentos, casi en su totalidad tienen energía eléctrica permanente. Menos de la mitad entierra o quema su basura y la mayoría elimina su basura en montículos o campo limpio.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida, la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, más de la mitad consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, casi en su totalidad se bañan diariamente, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico. Menos de la mitad no realizan ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume fideos diariamente, menos de la mitad consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana, verduras y hortalizas diariamente.

- En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses y consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy lejos de su casa, así mismo tiene seguro del SIS-MINSA, considero el tiempo de espera regular, también más de la mitad consideran regular la de calidad atención que recibieron, la mayoría refiere que no existe delincuencia o pandillaje en la zona. Más de la mitad no recibió apoyo social natural, así también la mayoría no recibido apoyo social organizado, no recibe apoyo del Programa Pensión 65, no reciben apoyo del Comedor Popular, no recibe apoyo del Programa Vaso De Leche y casi en su totalidad no reciben apoyo de ninguna otra organización.

## 5.2. Recomendaciones

- Hacer de conocimiento a las autoridades del Caserío Somate Centro, Dirección Regional de Salud, Municipalidades de Bellavista y Sullana con la finalidad de que trabajen mancomunadamente para mejorar la calidad de vida de la población.
- Informar de estos resultados al establecimiento de salud de la localidad de tal manera que en coordinación con del Ministerio de Educación se fomente conductas saludables desde temprana edad a través, talleres, campañas, etc. Para corregir los malos hábitos alimenticios.
- El personal de salud debe focalizar a las familias de alto riesgo vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.
- Promover y realizar investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lage Dávila C, Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Maldonado Cantillo G, Bonet Gorbea MH. Los Determinantes Sociales de la Salud. Actualización. InfoHEM. [Internet] ene.-mar. 2015; [citado: 21 de abril del 2018]; 13(1):57-75. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305816699\\_Los\\_Determinantes\\_Sociales\\_de\\_la\\_Salud\\_Actualizacion](https://www.researchgate.net/publication/305816699_Los_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_Actualizacion)
2. Sarria A, Villar F. Promoción de la Salud en la Comunidad. 3ed. Madrid. Uned; 2014.
3. Juvinyà D. La promoción de la salud, 25 años después = Promotion health, 25 years after. Barcelona: Documenta Universitaria; 2013. [citado 2018 Agosto 16]. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=67&docID=4945742&tm=1534478304527>
4. Palomino P, Grande M, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS). [revista en internet]. 2014 Jun. [consultada el 16 Jul. 2018]; 1 (72): 71-91. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587>
5. De la Cruz Y. Salud Pública: Apuntes para el Curso de Salud Pública de la Maestría Profesional en Epidemiología con Énfasis en Epidemiología aplicada, a los Sistemas de salud del Postgrado en Ciencias Veterinarias Tropicales de la escuela de Veterinaria de la Universidad Nacional. San Pedro Costa Rica. 2012. P. 89.



6. Ramos R, Choque R. Cuadernos de la Promoción de la Salud: La Educación como la determinante Social la salud en el Perú, Lima: Ministerio de Salud. Dirección general de Promoción de la salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2007. P. 11-12.
7. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2005.
8. Rubiales M, Palmar A. Enfermería del Adulto I. 1ed. Madrid. Ramón Areces; 2011.p 6-7.
9. Morris Murcia MM. Identificación de los Determinantes Sociales de la Alimentación en un Grupo de Familias Pertenecientes a los Estratos 1, 2 Y 3 de la Localidad de Fontibón [Tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Carrera de Nutrición y Dietética, 2010; [citado: 21 de abril del 2018]; 13(1):57-75. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf>
10. Jorge Hernández L, Ocampo J, Sofía Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Revista De Salud Pública [serial on the Internet]. (2017, May), [citado 27 mayo, 2018]; 19(3): 393-395. Available from: Medic Latina. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=127567363&lang=es&site=ehost-live>
11. Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud. Revista Chilena de Salud Pública, [revista

- en línea]. 2005 ene. [citada 16 ago. 2018]; 9(2): 103-110. Disponible en : <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Determinantes%20Sociales.pdf>
12. Loba Rodríguez N, León Saavedra P. Conocimientos y actitudes de enfermería sobre promoción de la salud: una mirada de región. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo [serie en Internet]. (2018, Jan), [citado Agosto 18, 2018]; 20(1): 95-104. Available from: MedicLatina. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130312123&lang=es&site=ehost-live>
  13. OPS/OMS. Perú. [página de Internet]. Determinantes sociales de la Salud en Perú 2006, Lima 2006. [citado: 27 de abril del 2018]; Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719)
  14. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
  15. Souto CS. Percepción de la Salud: Determinantes Sociales en la atención Primaria [Tesis Doctoral]. La Coruña: Departamento de Psicología Evolutiva y la Educación Universidad de A Coruña, 2012. [citado: 27 de abril del 2018] Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/12446>
  16. Sánchez M. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2013; [citado 2018 Mayo 28]; 30(4): 676-682. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S17264634201300400022&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634201300400022&lng=es).

17. Municipalidad Provincial de Sechura. Oficina de Plan de desarrollo urbano de Sechura. Perú. ; 2013.
18. López J. Determinantes Sociales de la Salud en Pacientes con Tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. Archivos De Medicina (1657-320X) [serie en Internet]. (2017, Jan), [citado Agosto 17, 2018]; 17(1): 38-53. Available from: MedicLatina. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126096669&lang=es&site=ehost-live>
19. Vásquez N. Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació Facultat d'Educació universidad de Barcelona; 2015.
20. Gómez I. Factores determinantes en salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud. [Tesis Doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos. España 2013. [citada 16 agosto 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=87180>
21. Jícaro E. Oblea S. Determinantes Sociales de la Salud Familiar de la Comunidad de San Francisco. Corrales -Tumbes 2016. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Tumbes. Perú 2016. [citada 16 agosto 2018]. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/54/TESIS%20-%20JICARO%20Y%20OBLEA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación El Morro II. Tacna, 2013. [Tesis para optar título profesional]. Tacna: Facultad de Ciencias de las Salud, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote;

2013. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
23. Peña N. Determinantes de la salud en la mujer adulta joven del distrito de Frías - Piura, 2013. [Tesis para optar título profesional]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038495>
24. Reyes D. Determinantes de la salud de los adolescentes en la institución educativa Isolina Baca Haz INIF N° 40 - Chulucanas - Morropón, 2013. [Tesis para optar título profesional]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038542>
25. Rodríguez K. Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación pro vivienda Alberto Temple Seminario – Piura, 2014. [Tesis para optar título profesional]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000043382>
26. León A. Determinantes de la salud del adolescente de la institución educativa Enrique López Albuja - Piura, 2012. [Tesis para optar título profesional]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000043383>
27. Márquez M. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud en Cuba 1989-1996: testimonio. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2002. p 300.

28. Palomino P, Grande M, Linares M. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS) [revista en línea]. 2104 Jun. [citado 17 Jul. 2018]; 72(1): 71-91. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>
29. Dahlgren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
30. Vega J. Solar O. Alec I, Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [base de datos en Internet]. Chile: aula virtual regional, campus virtual de salud pública. 2005 [citado 17 Jul. 2018]. Disponible en: [https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod\\_resource/content/0/Curso\\_DSS\\_11/equidad\\_DSS\\_conceptos\\_basicos.pdf](https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf)
31. Serrano L. la influencia de los factores socioeconómicos en el rendimiento académico. [base de datos en Internet]. Almería: repositorio UAL. 2013 [citado 17 Jul. 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2335/Trabajo.pdf?sequence=1>
32. Martínez J. Deporte y Calidad de Vida. 4 ed. Madrid: librerías deportivas Esteban Sanz SL. 1998; p 317.
33. Madariaga C. Abello R. Sierra O. Redes sociales infancia familia y comunidad. 1 ed. Barranquilla: universidad del Norte. 2014; p 12.

34. Acevedo G. Martínez G. Estario Manual de la salud Pública. 1ed. Córdoba: Encuentro grupo editor; 2007; p 19.
35. Torres L. Rincón M. Giraldo c. et al. historia de la escuela de trabajo social y desarrollo humano de la universidad del valle, 1953-2003. valle de cauca: universidad del valle, 2005. p120-112.
36. COIRON Patagonia. [Página en internet]. Patagonia: Mad-Logic Internet Solutions, [actualizado 22 Sep 2017; citado 17 Jul. 2018]. Disponible en: <http://www.coiron-patagonia.com/articulos-de-interes/45-caleta-vales-un-paisaje-distinto-en-peninsula>
37. Pérez J. Merino M. Definición de: Definición de servicios de Salud. [Página en internet]. [Actualizado 2016; citado 17 Jul. 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/servicios-de-salud/>
38. León A. ¿Qué es la educación? Educere. [serie en Internet]. 2007 Oct. [citado 18 Jul. 2018]; 11(39): 595-604. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
39. "Trabajo". En: Significados.com. [Página en internet]. [Actualizado 15 Feb. 2018; citado 17 Jul. 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/trabajo/>
40. Capel H. Las ciencias sociales y el estudio del territorio. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales. [revista en línea].2016 feb. [citado 18 Jul. 2018]; 21(1): 1-38. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1149.pdf>
41. Niño V. Metodología de la Investigación: diseño y ejecución [serie en Internet]. Bogotá: Ediciones de la U; 2011. [citado 2018 Julio 24]. Available

from: ProQuest Ebook Central  
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198784>.

42. Alesso M. Revista de Investigación Científica. Circe. 15, 2011 [Internet]. La Pampa: Red Universidad Nacional de La Pampa; 2011. [citado 2018 Julio 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3210428>.

43. Hernández R, Coello S. El proceso de investigación científica (2a. ed.) [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2012. [citado 2018 Julio 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3198455>.

44. Seivewright S. Diseño e investigación (2a. ed.) [Internet]. Barcelona: Editorial Gustavo Gili; 2013. [Citado 2018 Julio 24]. Available from: ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3227044>.

45. Atlas Mundial de la salud España. [página de internet]. Madrid: Fundadesp; 2018, [actualizada 30 abril del 2018; citada el 18 agosto del 2108]. Disponible en: <http://www.atlasdelasalud.org/quienes-somos.aspx>

46. Hernández L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. tercer seminario internacional de antropología forense 26 al 30 de agosto 2013.

47. Freda R. La ciencia del sexo: conceptos fundamentales de la sexología moderna. [internet]. Buenos Aires: SB Editorial; 2015. [Citado 2018 Julio 24]. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4676043>.
48. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. [Citado 18 agos. 2018]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)
49. Mc. Connell C, Brue S. Economía. Ingresos económicos. Banrepcultural. [Enciclopedia Banrepcultural]. [Citado 3 mar 2018]. Disponible en: <http://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Ingresos>
50. Comité de Ciencia de la Ocupación. Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Terapia ocupacional. 2007, 1(7): 76-82. Disponible en: <https://rhd.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/81/62>
51. Pasca L. La concepción de la Vivienda y sus Objetos. [tesis para master]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2014.
52. García D. García G. Tapeiro Y. Ramos D. Determinantes de los Estilos de Vida y su Implicación en la Salud de Jóvenes Universitarios. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2012; 17(2):169-185. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826012>
53. Madariaga C. Abello R. Sierra O. Redes sociales: infancia, familia y comunidad. 1ed. Barranquilla, Universidad del norte. 2014.



54. Mariños J. Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. 1ed. Perú. Gráfica Alfaniper E.I.R.L. 2012.
55. Sabino C. El Proceso de la Investigación. 10 ed. Guatemala. Episteme, 2014.
56. Diccionario-glosario de metodología de la investigación social. 1ed. Madrid. Uned; 2103. Coeficiente Kappa.
57. Martín S. Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. Aplicación de los Principios Éticos a la Metodología de la Investigación. Enfermería en Cardiología. [Internet]. 2013. [citada el 18 de agosto 2018]; 1 y 2 cuatrimestres (58-59):27-30 disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6288907>
58. Dueñas J. Determinantes de la salud en las personas adultas de la junta vecinal Las Begonias - Tacna, 2013. [Tesis para optar Título de licenciada]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
59. Sánchez. G. Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Somate centro - Bellavista - Sullana, 2013 [Tesis para optar Título de licenciada]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
60. Jacinto G. Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España Chimbote, 2012. [Tesis para optar Título de licenciada]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
61. Shuan E. Determinantes de salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz – 2013. [Tesis para optar Título de licenciada]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.

62. Forés R. Mujer sexo fuerte: la otra mirada. Santiago de Chile: RIL editores; 2010. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3201563>
63. Nieto A. Educación Continuada Para el Médico General. En: Psicología del Adulto. 1ed. Bogotá. 2015. Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-5/ecmg5-editorial/>
64. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales básicos 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
65. López K. Determinantes de la salud de la mujer adulta del asentamiento humano Rómulo León Saldivar - Piura, 2012. [Tesis para optar Título de licenciada]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
66. Hadad N. Determinantes Sociales de la Salud de la Madre, Lima 2010 [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIELUZGABRIELAHADADARRASCUE.pdf>
67. Delgado M. Determinantes de la salud en la persona adulta mayor, habilitación urbana progresista Luis Felipe de las Casas - Nuevo Chimbote, 2013 [Tesis para optar Título de licenciada]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.

68. Rufino H. Determinantes de la salud en la mujer adulta de la urbanización Los Titanes II Etapa - Piura, 2013. 2013 [Tesis para optar Título de licenciada]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
69. Vázquez O. Relinque F. editors. Vivienda e intervención social. Madrid: Dykinson; 2016. [serie en internet]. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4760448>.
70. Torres C. Gómez M. García N. Una propuesta de Educación Constructivista para Promover el Desarrollo de Viviendas Saludables en la Comunidad del Barrio Mochuelo bajo en Colombia. Revista De Educación Y Desarrollo Social [serial on the Internet]. (2014, July), [cited August 18, 2018]; 8(2): 82-95. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=98274182&lang=es&site=ehost-live>
71. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
73. del Mar Castro M. Modelos de Abastecimiento Urbano de Aguas en la Bética Romana: las cisternas. Espacio, Tiempo Y Forma. Serie II, Historia Antigua [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited August 18, 2018]; (30): 97-124. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=127808511&lang=es&site=ehost-live>

74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
75. López P. Abastecimiento de agua potable: y disposición y eliminación de excretas. México, D.F.: Instituto Politécnico Nacional; 2010. ProQuest Ebook Central,  
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3186921>.
76. World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization; 2002.
77. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
78. Rugel J. Determinantes de la salud en la persona adulta en el asentamiento humano chiclayito – Castilla – Piura, 2013. [Tesis para optar Título de licenciada]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2018.
79. Cruz M. Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras menopáusicas, urb. Bruces Nuevo Chimbote 2012. [Tesis para optar Título de licenciada]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
80. Lachira S. Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano Víctor Raúl Haya de la Torre – Castilla - Piura, 2014[Tesis para optar Título de licenciada]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2018.

81. Tuero del Prado C, Márquez S. Estilos de vida y actividad física. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3228440>.
82. Alimentación saludable: primera prevención. Santa Fe: Ediciones UNL; 2014. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3229679>.
83. Salud OMD. Metas en la promoción de la salud: las declaraciones de las conferencias mundiales. Girona: Documenta Universitaria; 2012. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4945755>.
84. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
85. Fernández L, Salas R. Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009. [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Privada; 2009.
86. Ley antitabaco. Ley Nro. N°29517. Boletín Ministerio de Salud, número 8706, (26 May 2010).
87. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía sobre drogas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

88. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
89. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.
90. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 2012.
91. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.
92. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
93. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2010 Ago. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
94. Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 2013 Julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>.
95. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.
96. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.

97. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [boletín] Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación; 2003.
98. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Ley N° 30021. Boletín de normas legales del Diario Oficial El Peruano, número 494937 (17 May 2013).
99. Montoya R. Nutrición y Alimentación balanceada. [ folleto] Perú: Doyma; 2013.
100. Almontes Y. Determinantes de la salud en la mujer adulta de la urbanización Isabel Barreto II etapa Fonavi - Paita – Piura [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015.
101. 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 en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
102. Julca S. Determinantes de la salud en madres de escolares, institución educativa San Juan - Chimbote, 2014. . [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
103. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

104. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; 149 (3): 1-16.
105. La Atención Primaria de Salud Exige el Desarrollo de la comunidad. *Rev. Panam Salud Publica* [online]. 1999, vol.5, n.6, pp 420-421. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000500009>.
106. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
107. Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. *Revista Transporte y Territorio*. 2010; 2(4): 136-157.
108. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
109. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2009; 26 (2): 7-12.
110. Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
111. Ministerio de salud. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud en Lima 2002. Ministerio de salud; 2002.



112. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería].
113. Espinoza Y. Determinantes de la salud en las madres de familia. Asentamiento humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
114. Pastor K. Determinantes de salud en la persona adulta. Manuel Arévalo 3° etapa – La Esperanza, 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
115. Rubio D, Vera V. Comunidad y participación social. Un debate teórico desde la cultura. Eumed [serie en internet].2012 [citada 2013 Junio 18]; 30: (18): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/20/](http://www.eumed.net/rev/cccss/20/)

## ANEXOS



### ANEXO N° 01

#### CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 450)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

**Calculo del Tamaño de Muestra:**

$$n = \frac{1.96^2(0.50)(1-0.50)(450)}{1.96^2(0.50)(0.50) + (0.05)^2(449)}$$

n= 207      Personas adultas



**ANEXO 02**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN  
LAS MUJERES ADULTAS DEL A.H. 15 DE MARZO SULLANA, 2013**

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

.....

Dirección.....

...

**INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente y marque su respuesta con absoluta veracidad ya que los resultados no serán divulgados y solo se utilizarán para fines de la investigación.

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO:**

1. Sexo: Masculino ( ) 1 Femenino ( ) 2

2. Edad:

Adulta joven de 18 – 29 años ( )1

Adulta Madura de 30 – 59 años ( )2

Adulta mayor ( )3

3. Grado de instrucción:

Sin nivel ( )1

Inicial/Primaria ( )2

- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )3
- Superior no universitaria ( )4
- Superior universitaria ( )5

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- Menor de 750 ( )1
- De 751 a 1000 ( )2
- De 1001 a 1400 ( )3
- De 1401 a 1800 ( )4
- De 1801 a más ( )5

5. Ocupación del jefe de familia

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

- Madera, estera ( )1
- Adobe ( )2
- Estera y adobe ( )3
- Material noble ladrillo y cemento ( )4
- Eternit ( )5

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

Conexión domiciliaria ( )5

8. Eliminación de excretas:

Acequia ( )1

Acequia, canal ( )2

Letrina ( )3

Baño público ( )4

Baño propio ( )5

Otros ( )6

9. Combustible para cocinar:

Gas, electricidad ( )1

Leña, carbón ( )2

Bosta ( )3

Tuza (coronta de maíz) ( )4

Carca de vaca ( )5

10. Energía eléctrica:

Sin energía ( )1

Lámpara (no eléctrica) ( )2

Grupo electrógeno ( )3

Energía eléctrica temporal ( )4

Energía eléctrica permanente ( )5

Vela ( )6

11. Disposición de basura:

A campo abierto ( )1

Al río ( )2

En un pozo ( )3

Se entierra, quema, carro colector ( )4

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

Diariamente ( )1

Todas las semana pero no diariamente ( )2

Al menos 2 veces por semana ( )3

Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ( )4

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

Carro colector ( )1

Montículo o campo limpio ( )2

Contenedor específicos de recogida ( )3

Vertido por el fregadero o desagüe ( )4

Otro ( )5

## II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

Si fumo, diariamente ( )1

Si fumo, pero no diariamente ( )2

No fumo actualmente, pero he fumado antes ( )3

No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ( )4

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

Diario ( )1

Dos a tres veces por semana ( )2

Una vez a la semana ( )3

Una vez al mes ( )4

Ocasionalmente ( )5

No consumo ( )6

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

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

- SI      ( )1  
NO      ( )2

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

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

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

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



**21. DIETA:**

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

	Diario	3 o más veces a la semana	1 o dos veces a la Semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
1. Fruta					
2. Carne:(pollo Res, cerdo, etc.)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz Papas					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y Hortalizas					
8. Otros					

**III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 ( )1
- Comedor popular ( )2
- Vaso de leche ( )3
- Otros ( )4

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

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

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

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

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

- Muy largo ( )1
- Largo ( )2
- Regular ( )3
- Corto ( )4
- Muy corto ( )5
- No sabe ( )6
- No se atendió ( )7

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

- Muy buena ( )1
- Buena ( )2
- Regular ( )3
- Mala ( )4
- Muy mala ( )5
- No sabe ( )6
- No se atendió ( )7

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

- SI ( )1
- NO ( )2

Muchas gracias por su colaboración

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO: EVALUACIÓN CUANTITATIVA**

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 la persona adulta en 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.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

**Validez de contenido:** Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

*l* : Es la calificación más baja posible.

*k* : Es el rango de los valores posibles.

**Procedimiento llevado a cabo para la validez:**

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
  - esencial?
  - útil pero no esencial?
  - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

**Tabla**

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

<b>Nº</b>	<b>V de Aiken</b>	<b>Nº</b>	<b>V de Aiken</b>
<b>1</b>	1,000	<b>14</b>	1,000
<b>2</b>	1,000	<b>15</b>	1,000
<b>3</b>	1,000	<b>16</b>	1,000
<b>4</b>	1,000	<b>17</b>	1,000
<b>5</b>	0,944	<b>18</b>	1,000
<b>6.1</b>	1,000	<b>19</b>	1,000
<b>6.2</b>	1,000	<b>20</b>	1,000
<b>6.3</b>	1,000	<b>21</b>	1,000
<b>6.4</b>	1,000	<b>22</b>	1,000
<b>6.5</b>	1,000	<b>23</b>	1,000
<b>6.6</b>	1,000	<b>24</b>	1,000
<b>7</b>	1,000	<b>25</b>	1,000
<b>8</b>	1,000	<b>26</b>	1,000
<b>9</b>	1,000	<b>27</b>	1,000
<b>10</b>	1,000	<b>28</b>	1,000
<b>11</b>	1,000	<b>29</b>	1,000
<b>12</b>	1,000	<b>30</b>	1,000
<b>13</b>	1,000		
<b>Coefficiente V de Aiken total</b>			<b>0,998</b>

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

**EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:**

**Confiabilidad interevaluador**

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

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



### ANEXOS N°3

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>														0,998



#### ANEXOS N°4

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

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

**NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:** \_\_\_\_\_

**INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Colocar una "X" dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación.

(\*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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



P1									
Comentario:									
P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									

P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									

Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								
Comentario								
P21								
Comentario								
DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								

P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								

P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

*Gracias por su colaboración*



**ANEXO N°05**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA**

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

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

**FIRMA**

.....



CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE PIURA  
JUZGADO DE PAZ DE UNICA NOMINACION  
CENTRO POBLADO DE PUERTO RICO BAYOVAR-  
SECHURA-PIURA



### AUTORIZACIÓN

Mediante la presente se autoriza a la estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, ROSA HAYDEE RIVERA RIVERA, con código de matrícula 0812130011, de la Carrera Profesional de Enfermería V ciclo, la autorización para ejecutar el proyecto de investigación titulado "Determinantes de la salud en los adultos de la Caleta Puerto Rico Bayovar – Sechura, 2015".

Puerto Rico, 18 de agosto 2018

Atentamente,

