

---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
DE CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL  
CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

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

**AUTORA:**

**Bach. Enf. ROSA YOLANDA CASTROMONTE TRUJILLO**

**ASESORA:**

**Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA**

**HUARAZ – PERU**

**2017**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ

PRESIDENTE

Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

MIEMBRO

Mgtr. GLADYS MERCEDES ROBLES CÁCERES

MIEMBRO

#### **4.1. Agradecimientos:**

### **AGRADECIMIENTO**

A la Dra. Rocío Vásquez  
Vera por su asesoramiento,  
comprensión, dedicación y  
apoyo constante para poder  
llegar al final de esta  
investigación.

A los adultos del Centro  
Poblado de Monterrey Sector  
Llactash, por su confianza y  
colaboración para la realización  
del presente estudio.

**Rosa**

## 4.2. Dedicatorias:

### DEDICATORIA

A Dios que es guía,  
salvación y fortaleza de mi  
vida y por convertir este  
sueño hecho realidad

A mi familia, en especial a mi  
madre María y esposo, por  
brindarme apoyo emocional,  
amor, consejos y ánimo en los  
momentos difíciles en la  
realización de mi carrera  
profesional.

**Rosa**

## RESUMEN

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo simple, de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Lactash - Independencia - Huaraz, 2014. Muestra conformada por 118 adultos a quienes se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.00. Se llegó a las siguientes conclusiones: Determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad son adultos maduros con instrucción secundaria completa /incompleta, trabajo eventual; más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría perciben ingreso menor a 750 soles. Determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, piso de tierra, dormitorio compartido de 2 a 3 personas, cocinan con leña, recogen la basura 1 vez / mes, disponen la basura a campo abierto y eliminan en montículo o campo limpio; la mayoría tienen casa propia, techo de eternit, paredes de adobe y casi todos tienen baño propio, conexión de agua a domicilio y energía eléctrica permanente. Determinantes del estilo de vida: menos de la mitad caminan por más de 20 minutos, consume huevo 1 a 2 veces / semana; más de la mitad consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física, consumen fruta y carne 3 a más veces / semana, verduras a diario y otros 1 a 2 veces/semana; la mayoría no fuma, se bañan de 2 a 4 veces/ semana, se realizan examen médico periódico, consumen pescado 1 vez / semana, consumen fideos, pan a diario y todos duermen de 6-8 horas. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: más de la mitad reciben apoyo social natural de familiares, no reciben apoyo social organizado, se atienden en el Centro de Salud, refieren que la distancia al establecimiento de salud es regular y la calidad de atención de salud es regular; la mayoría no reciben apoyo de las organizaciones, cuentan con seguro integral de salud (SIS) MINSA, el tiempo de espera en el establecimiento de salud es regular y refieren que no hay pandillaje por sus casas.

**Palabras claves: Determinantes de Salud, Adultos.**

## **ABSTRACT**

Study of simple descriptive quantitative type, of a single box. Its objective was to describe the determinants of health of the adults of the Centro Poblado de Monterrey, sector Lactash - Independencia - Huaraz, 2014. Sample consists of 118 adults to whom the questionnaire on the determinants of health was applied. The analysis and data processing was through the SPSS Software version 20.00. The following conclusions were reached: Biosocioeconomic determinants: less than half are mature adults with complete / incomplete secondary education, temporary work; more than half are female, most receive less than 750 soles. Determinants of health of the physical environment: more than half have single-family housing, dirt floor, shared dormitory of 2 to 3 people, cook with wood, collect garbage 1 time / month, dispose garbage in open field and eliminate in mound or clean field; most have their own house, roof eternit, adobe walls and almost all have their own bathroom, home water connection and permanent electric power. Determinants of lifestyle: less than half walk for more than 20 minutes, consume egg 1 to 2 times / week; more than half consume alcoholic beverages occasionally, do not perform physical activity, consume fruit and meat 3 to more times / week, vegetables daily and other 1 to 2 times / week; most do not smoke, they bathe 2 to 4 times / week, they perform periodic medical exam, they consume fish once a week, they consume noodles, bread daily and they all sleep 6-8 hours. Determinants of social and community networks: more than half receive natural social support from family members, they do not receive organized social support, they are attended at the Health Center, they refer that the distance to the health establishment is regular and the quality of health care it is regular; most do not receive support from organizations, they have comprehensive health insurance (SIS) MINSA, the waiting time in the health establishment is regular and they report that there is no gangs in their homes.

**Key words: Health determinants, Adults.**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	19
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	26
3.2 Diseño de investigación.....	26
3.3 Población y Muestra.....	26
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	27
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.6 Procesamiento y Análisis de dato.....	41
3.7 Consideraciones éticas.....	42
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1 Resultados.....	43
4.2 Análisis de Resultados.....	51
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>114</b>
5.1 Conclusiones.....	114
5.2 Recomendaciones.....	115
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>144</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA N° 01.....</b>	<b>43</b>
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR LLACTASH-INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 02.....</b>	<b>44</b>
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR LLACTASH - INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 03.....</b>	<b>47</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR LLACTASH - INDEPENDENCIA- HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 04.....</b>	<b>49</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR LLACTASH - INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.	



## I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

“Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las

distintas opciones <sup>(2)</sup>.”

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

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

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

“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 <sup>(5)</sup>.”

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

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

“La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la organización mundial de la salud (OMS), les ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud

como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre dichos determinantes <sup>(7)</sup>.”

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

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

“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 <sup>(9)</sup>.”

“Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como,” “la ausencia de diferencias injustas e evitables o

remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente <sup>(10)</sup>.”

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

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

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

“El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo

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

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

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

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

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

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

“En cuanto a los estilos de vida, la organización panamericana de la salud (OPS) y la

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

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

“Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad (92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tienen servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana) <sup>(17)</sup>.” +

“El ministerio de salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios



sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliado hace el 62.77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliada corresponde a las zonas urbano marginales y el 37.23% corresponde a las zonas urbanas <sup>(18, 19).</sup>”

Esta investigación no pueden ser ajena a los adultos del Centro Poblado Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz, departamento de Ancash, la cual corresponde a la Micro red de Monterrey de acuerdo a la indicación de sectores con la nueva Resolución Directoral 013-43-2014 del Ministerio de Salud, dicho sector está ubicada al norte del centro de Huaraz carretera central a una altura aproximadamente de 3,052 m.s.n.m., limita por el norte: con el Centro poblado de Monterrey, por el este: con el Caserío de Ullucuyoc, por el oeste: con el Centro poblado de Marcac y por el sur: con el Caserío de Chequio <sup>(20).</sup>

El Sector de Llactash fue fundada como caserío el 13 de diciembre de 1978, tiene como autoridades principales: un Teniente Gobernador, un Agente Municipal, un Presidente de Regadío y por ultimo tiene una Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), es una organización comunal conformada con el propósito de administrar, operar y mantener los sistemas de agua y saneamiento.

Existe el Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI), donde asisten de 08 a 12 niños de 02 a 05 años de edad; tiene 02 iglesias, una plazuela pequeña; 02 Centros del Vaso de leche con 24 socias que se reúnen una vez al mes para tomar algunos acuerdos importantes y recibir sus respectivos víveres. Actualmente se está construyendo el local comunal para llevar acabo las futuras reuniones.

El sector de Llactash actualmente cuenta con los servicios básicos y energía eléctrica permanente. No cuenta con los servicios del carro recolector de basura del distrito de Independencia, solo es aprovechada por un grupo de familias que viven cerca de la carretera central (Barrio de las Retamas); pero en su mayoría desechan la basura al campo abierto y en ocasiones las queman.

Se celebran dos fiestas patronales: el 15 de diciembre en homenaje a la “Virgen Purísima” y el 16 de julio homenaje a la “Virgen Carmelita”, sumado a ello también se celebra la semana santa donde se realiza una procesión por la calle principal de dicho caserío.

La actividad económica de la población en general se apoya en una próspera agricultura (papa, trigo, maíz y otros) y crianza de animales como el ganado ovino, vacuno, porcino y animales menores como: gallinas, cuyes y conejos. El comercio es muy importante, ya que una pequeña parte de la población se dedica a la fabricación y negocios de sillas de madera de eucalipto tejidos con totora.

Disfrutar de los potajes es una manera de conocer acerca de su cultura. Entre los platos típicos destaca: el Picante Cuy, llunca con gallina, mazamorra de calabaza (api), humitas, Pachamanca a la tierra(wuatia), sopa de harina de arvejas, habas o trigo (Shakuwi) sopa de papa (papa kashki), y Puchero con pellejo de chancho.

La población del sector de Llactash, se atienden en el centro de salud de Monterrey, que ofrece las siguientes carteras de servicio de salud: Atención sanitaria en consulta médica de medicina general a toda la familia y servicios de enfermería como curaciones, inyectables, consejerías, planificación familiar y prevención de

embarazos no deseados y abortos provocados, atención a la embarazada: seguimiento del embarazo normal, educación maternal y atención al puerperio, atención a niño(a) de 0 a 11 años, prevención de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, control y desarrollo, vacunación según Calendario, odontología: tratamiento de procesos agudos. Salud buco-dental a niños(as), sobre todo sellados y obturaciones, atención a beneficiarios afectados de infecciones graves: tuberculosis, VIH/SIDA, malaria y otras.

Vacunación a los adultos de alto riesgo, cirugía menor, Salud mental, sobre todo orientada a la drogadicción, consumo excesivo de alcohol y trastornos psicoafectivos, promoción de la salud sobre los temas indicados como prioritarios: estilos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, prevención y autocuidado en enfermedades de interés para la salud pública, atención de parto de emergencia las 12 horas y su referencia inmediato al Hospital “Víctor Ramos Guardia”, detección temprana de cáncer de cérvix, de mama, diagnóstico y atención temprana de los problemas asociados a la nutrición y a carencias de micro nutrientes, atención a emergencias menores y provisión de los cuidados de soporte y primeros auxilios para traslado de los afectados. La infraestructura actualmente posee ambientes apropiadas para la atención primaria.

Las enfermedades más prevalentes en los adultos de dicho sector son las siguientes: en las mujeres prevalece las infecciones del tracto urinario (ITU) con un 14,4%, síndrome de flujo vaginal (ITS) 12,7%, las lumbalgias y artralgias que en su mayoría padecen los adultos 11,1%, enfermedades gastrointestinales 10,2% neumonías y enfermedades respiratorias 8,5% y el resto del porcentaje son las demás enfermedades que padecen los adultos en estudio. La mayoría de los adultos cuentan

con el seguro Integral de Salud (SIS) <sup>(21)</sup>»

Frente a lo citado consideramos oportuno la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz.

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

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen los adultos, hábitos personales: (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz.

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

adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz.

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

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

Este estudio de investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a mejorar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de salud de los adultos del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz y disminuir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y

desarrollar las competencias profesionales en el área de Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección Regional de salud de Ancash, el municipio de la provincia de Huaraz y del Distrito de Independencia en lo que concierne al campo de la salud, es importante para ellos porque pueden elaborar estrategias para la salud pública y prevenir y minimizar los riesgos de las enfermedades que aquejan a la población, así como para la población adulta del Centro Poblado Monterrey, Sector Llactash – Independencia - Huaraz; también los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de salud y se motiven a realizar cambios en sus conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA:

### 2.1. Antecedentes:

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

#### **A nivel internacional:**

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

“Gonçalves, M. <sup>(14)</sup>, destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.”

“Tovar, C. y García, C. <sup>(22)</sup>, en su investigación titulada: La Percepción del

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

### **A nivel Nacional:**

“Salazar J. <sup>(23)</sup>, en su investigación titulada: Determinantes de salud de las personas adultas del Pueblo Joven San Martín - Tacna, 2013. Concluyendo que más de la mitad es sexo femenino, vivienda propia, menos de la mitad es adulto joven, grado de instrucción secundaria completa e incompleta, más de la mitad tienen ingreso de 751 a 1000 soles, de 2 a 3 personas por habitación, la mayoría multifamiliar, piso de cemento, cuenta con servicios básicos y recojo de basura diario. Los determinantes de estilos de vida, la mayoría no fuman, consume alcohol, carbohidratos y refresco azucarado diario. En los determinantes de redes sociales, más de la mitad se atendió en el centro de salud, con SIS, la mayoría considera la atención regular, tiempo de espera, calidad de atención es regular y no reciben apoyo social.

“Sobrevilla V. <sup>(24)</sup>, en su investigación titulada: Determinantes de Salud en la Persona Adulta, Caserío Somate Bajo–Bellavista-Sullana, 2013. Concluyendo que la mayoría es sexo masculino, tienen grado de instrucción inicial/primaria, ingreso económico de 1001 a 1400 soles, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, propia, piso tierra, techo eternit /calamina, pared de cemento, servicio básico, gas, electricidad



permanente. Determinantes de estilos de vida la mayoría si fuma, pero no diario, toma bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duerme de 6 a 8 horas. La mayoría consumen fideos, arroz, papa, pan, cereales, comen frutas 3 a más veces/semana. En los determinantes de redes sociales la mayoría no recibe apoyo social, reciben apoyo de comedor popular, se atendieron en el puesto de salud, tienen SIS-MINSA; calidad de atención regular, no existe pandillaje.”

“Correa B. <sup>(25)</sup>, en su estudio titulada: Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre Sullana, 2013. Concluyendo que más de la mitad es sexo femenino, adulto maduro, grado de instrucción secundaria incompleta/completa, la mayoría tiene ingreso menor de 750 soles, ocupación eventual. La mayoría tiene vivienda unifamiliar, propia, servicio básico, cocina a gas. En Estilos de Vida, la mayoría no fuma, menos de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad no realiza examen médico, no actividades físicas, la mayoría consume fruta, carne, huevos, fideos, pan, cereales, verduras y hortalizas, menos de la mitad consume pescado diario. En los determinantes de redes sociales la mayoría se atendió en hospital, menos de la mitad tienen SIS-MINSA, existe pandillaje, la mayoría cuenta con apoyo familiar.”

#### **A nivel local:**

“Bernuy B. <sup>(26)</sup>, en su investigación titulada: Determinantes de salud del adulto mayor, Pueblo Joven Ramón Castilla-Chimbote, 2013. Concluyendo que: en los determinantes biosocioeconomicos más de la mitad son de sexo masculino, tienen ingresos económicos de 1500 nuevos soles a más menos de la mitad tienen estudios superior universitaria completa/ incompleta, la totalidad tienen casa propia , cuentan

con abastecimiento de agua, la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, más de la mitad realizan caminata en su tiempo libre; la totalidad consumen fideos pan cereales a diario, así mismo más de la mitad reciben apoyo social natural, la totalidad no reciben apoyo social organizado como pensión 65, entre otros; menos de la mitad se atendieron en los últimos 12 meses en el hospital y más de la mitad cuentan con el seguro de SIS.”

“Delgado M. <sup>(27)</sup>, en su investigación titulada: Determinantes de salud en la persona adulta mayor en el H. U. P. Luis Felipe De Las Casas, Nuevo Chimbote, 2013. Concluyendo que, más de la mitad es sexo femenino, vivienda unifamiliar; menos de la mitad con secundaria completa e incompleta, ingreso menor de 750 soles, trabajo eventual; la totalidad vivienda propia, servicio básico, carro recolector todas las semanas. En estilo de vida; la mayoría no fuma ni ha fumado nunca, consume pescado; menos de la mitad no realizan un examen médico periódico, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, consumen pan, cereales, fideos a diario; además consumen verduras y hortalizas de 1-2 veces/semana. En redes de apoyo, la totalidad no recibe apoyo social organizado, no hay pandillaje cerca de su casa; la mayoría tienen el SIS – MINSA.”

“Solís B. <sup>(28)</sup>, en su investigación titulada: Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Marcac-Independencia-Huaraz, 2015. Concluyendo que menos de la mitad tiene secundaria completa/incompleta, perciben menos de 750 soles, más de la mitad sexo femenino, adulto maduro, trabajo estable. En determinantes entorno físico menos de la mitad tiene habitaciones independientes, más de la mitad tiene techo eternit, cocina gas; la mayoría tiene vivienda unifamiliar propia, piso tierra,

paredes adobe, energía eléctrica; todos tienen servicio básico. En determinantes estilos de vida menos de la mitad consume fruta, huevos, pescado y fideos 3 veces/ semana, carne 1 a 2 veces/semana; más de la mitad consumen verdura diaria, bebidas alcohólicas ocasional, la mayoría no fuma, se bañan 4 veces/semana, consume pan diario; casi todos duermen 6-8 horas. En determinantes de redes sociales y comunitarias: menos de la mitad reciben apoyo familiar y organizado, seguro SIS-MINSA, no hay pandillaje cerca de su casa.”

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación**

“El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones <sup>(29)</sup>.”

“En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención <sup>(29)</sup>.”

“Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes <sup>(30)</sup>.”

# Determinantes para la salud



“Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano <sup>(30)</sup>.”

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

los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales <sup>(30)</sup>.”

“Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas <sup>(30)</sup>.”

“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 <sup>(30)</sup>.”



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

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad <sup>(30)</sup>.”

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

**a). Determinantes estructurales**

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

configurará los determinantes sociales intermediarios <sup>(30)</sup>.”

**b). Determinantes intermediarios.**

“Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar <sup>(30)</sup>.”

**c). Determinantes proximales.**

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

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

de salud <sup>(31)</sup>.

“Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes <sup>(31)</sup>.”

**Mi salud:** “Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud <sup>(31)</sup>.”

**Comunidad:** “Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación <sup>(31)</sup>.”

**Servicios de salud:** “Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo <sup>(31)</sup>.”



**Educación:** “Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud <sup>(31)</sup>.”

**Trabajo:** “Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud <sup>(31)</sup>.”

**Territorio (ciudad):** “Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud <sup>(31)</sup>.”

“Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud <sup>(31)</sup>.”

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y Nivel de investigación

“Cuantitativo, descriptivo <sup>(32, 33).</sup>”

#### 3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla <sup>(34, 35).</sup>”

#### 3.3. Población y Muestra

**Población:** Estuvo conformado por 170 adultos que viven en el Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz, departamento de Ancash.

**Muestra:** El tamaño de muestra fue determinado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5% aplicando la técnica de muestreo aleatoria simple obtuvimos una muestra de 118 adultos de ambos sexos que residen en el Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash-Independencia - Huaraz, departamento de Ancash (Anexo N° 01).

##### **Unidad de análisis**

Los adultos que residen en el Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash-Independencia - Huaraz, que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de investigación.

##### **Criterios de Inclusión**

- Adulto que vive más de 3 años en el Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash.

- Adultos sanos
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informante sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

**Criterios de Exclusión:**

- Adulto que tuvo algún trastorno mental.

**3.4. Definición y Operacionalización de variables**

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONOMICOS**

**Edad**

**Definición Conceptual.**

“Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio <sup>(36)</sup>.”

**Definición Operacional**

Escala de razón:

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

**Sexo**

**Definición Conceptual.**

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

### **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 <sup>(38)</sup>.”

#### **Definición Operacional**

Escala Ordinal

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

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

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

### **Definición Operacional**

Escala de razón

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

### **Ocupación**

#### **Definición Conceptual**

“Actividad principal remunerativa del jefe de la familia <sup>(40, 41).</sup>”

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO**

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

“Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales <sup>(42).</sup>”

### **Definición operacional**

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

### **Tenencia de vivienda**

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

### **Material del piso:**

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

### **Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Nº de personas en un dormitorio**

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

**Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Conexión domiciliario

**Eliminación de excretas**

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

**Combustible para cocinar**

- Gas, electricidad

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

### **Tipo de alumbrado de la vivienda**

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

### **Disposición de basura**

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

### **Con que frecuencia recogen la basura**

- Diariamente
- Todas las semanas, pero no diariamente
- Al menos 2 vez al por semanas
- Frecuencia de recojo de basura por su casa
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas



### **Suelen eliminar la basura en algún lugar**

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

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

### **Definición Conceptual**

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

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

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

### **Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica**

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana

- Una vez al mes
- Ocasionalmente
- No consumo

**Nº de horas que duerme**

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

**Frecuencia con que se bañan**

- Diariamente
- 4/2 veces a la semana
- No se bañan

**Realiza algún examen medico**

Escala nominal

(Si) (No)

**Realiza actividad física**

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar

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

## **ALIMENTACIÓN**

### **Definición Conceptual**

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

### **Definición Operacional**

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

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

### **Definición Conceptual**

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

### **Apoyo social natural**

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

### **Apoyo social organizado**

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

### **Apoyo de algunas organizaciones**

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- No recibo

## **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **Definición Conceptual**

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

servicios) <sup>(46).</sup>»

**En que Institución de salud se atendió:**

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

**Lugar de atención atendido:**

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

**Tipo de seguro:**

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

**Espero en la atención:**

- Muy largo
- Largo
- Regular

- Corto
- Muy corto
- No sabe

**La calidad de atención recibida:**

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

**Pandillaje cerca de su casa**

Escala nominal

(Si)      (No)

**3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:**

**Técnicas**

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

**Instrumento**

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

**Instrumento N° 01**

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los

adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash - Independencia - Huaraz, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

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

- ✓ Los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash - Independencia, Huaraz: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo);
- ✓ Los determinantes relacionados con la vivienda de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz: (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz: (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

**Control de Calidad de los datos:**

**EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área

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

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

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).  $(-1) / k$

Dónde:

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

l: Es la calificación más baja posible.

k: Es el rango de los valores posibles.

“El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la



persona adulta del Perú <sup>(47)</sup>.”

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudió el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador <sup>(48)</sup>. (Ver anexo N° 03)

## **3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:**

### **Procedimiento de recolección de datos:**

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

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

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

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

### **3.7. Consideraciones éticas**

“En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles <sup>(49)</sup>.”

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

#### **Privacidad**

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

#### **Honestidad**

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

#### **Consentimiento**

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

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados:

TABLA N<sup>a</sup> 01

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS  
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH - INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	57	48.3
Femenino	61	51.7
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	46	38.9
Adulto Maduro	54	45.8
Adulto Mayor	18	15.3
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	13	11
Inicial/Primaria	35	29.7
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	43	36.4
Superior universitaria	24	20.4
Superior no universitaria	3	2.5
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Ingreso económico (Soles)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menor de 750	85	72
De 751 a 1000	23	19.5
De 1001 a 1400	9	7.6
De 1401 a 1800	0	0
De 1801 a más	1	0.8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	26	22
Eventual	58	49.2
Sin ocupación	29	24.6
Jubilado	0	0
Estudiante	5	4.2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash- Independencia - Huaraz, setiembre, 2014.

TABLA N° 02

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO  
DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH- INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014**

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	79	66.9
Vivienda Multifamiliar	37	31.4
Vecindad, quinta , choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación	0	0
Otros	2	1.7
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Tenencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alquiler	4	3.4
Cuidar/Alojado	0	0
Plan social(dan casa para vivir )	1	0.8
Alquiler / venta	1	0.8
Casa Propia	112	95
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Material del piso</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Tierra	75	63.6
Entablado	1	0.8
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	42	35.6
Laminas asfálticas	0	0
Parquet	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Material del techo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Madera , estera	0	0
Adobe	0	0
Estera y adobe	1	0.8
Material Noble , Ladrillo, cemento	16	13.6
Eternit	101	85.6
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Material de las paredes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Madera ,estera	0	0
Adobe	101	85.6
Estera y adobe	0	0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	17	14.4
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Continúa...

<b>N° de Personas en dormitorio</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	12	10.2
2 a más miembros	75	63.5
Independiente	31	26.3
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	1	0.8
Red publica	0	0
Conexión domiciliaria	117	99.2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Aire libre	4	3.4
Acequia ,canal	0	0
Letrina	0	0
Baño Publico	0	0
Baño Propio	114	96.6
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Gas, electricidad	35	29.7
Leña, Carbón	81	68.6
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Carca de vaca	2	1.7
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de alumbrado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Energía Eléctrica Permanente	114	96.6
Sin energía	4	3.4
Lámpara(no eléctrica )	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Vela	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Disposición de basura</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
A campo Abierto	77	65.3
Río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	41	34.7
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Continúa...

<b>Con que frecuencia recogen la basura</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diariamente	43	36.4
Todas las semanas pero no diariamente	3	2.5
Al menos 2 veces por semana	0	0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	72	61
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Suelen eliminar la basura en algún lugar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Carro recolector	41	34.8
Montículo o campo limpio	74	62.7
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	3	2.5
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario sobre determinantes de salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Lactash - Independencia - Huaraz, setiembre, 2014.

**TABLA N<sup>a</sup> 03**

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA  
DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014.**

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	2	1.7
Si fumo, pero no diariamente	14	11.9
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	2	1.7
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	100	84.7
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diario	0	0
Dos a tres veces por semana	3	2.5
Una vez a la semana	11	9.3
Una vez al mes	9	7.6
Ocasionalmente	83	70.3
No consumo	12	10.2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
6 a 8 horas	118	100
08 a 10 horas	0	0
10 a 12 horas	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diariamente	3	2.5
2/4 veces a la semana	106	89.8
No se baña	9	7.6
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	87	75.4
No	29	24.6
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Caminar	71	60.2
Deporte	41	34.7
Gimnasia	0	0
No realizo	6	5.1
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Continúa...**

**En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos**

	N°	%
Caminar	57	48.3
Gimnasia suave	1	0.8
Juegos con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	39	33.1
Ninguna	21	17.8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Alimentos que consumen	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	%	
<b>Frutas</b>	46	39	67	57	5	4.2	0	0	0	0	<b>118</b>
<b>Carne</b>	26	22	63	53	29	25	0	0	0	0	<b>118</b>
<b>Huevos</b>	7	5.9	45	38	47	40	18	15	1	1	<b>118</b>
<b>Pescado</b>	3	2.5	6	5.1	14	12	90	76	5	4	<b>118</b>
<b>Fideos</b>	106	90	10	8.5	1	0.8	1	0.8	0	0	<b>118</b>
<b>Pan</b>	104	88	12	10	2	1.7	0	0	0	0	<b>118</b>
<b>Verduras</b>	72	61	43	36	3	2.5	0	0	0	0	<b>118</b>
<b>Otros</b>	7	5.9	23	20	75	64	8	6.8	5	4	<b>118</b>

**Fuente:** cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash- Independencia - Huaraz, setiembre, 2014.



**TABLA N<sup>a</sup> 04**

**DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y  
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE  
MONTERREY, SECTOR - LLACTASH - INDEPENDENCIA – HUARAZ,  
2014**

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Familiares	73	61.9
Amigos	1	0.8
Vecinos	5	4.2
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	0	0
No recibo	39	33
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	3	2.5
Instituciones de acogida	5	4.2
Organizaciones de voluntariado	45	38.1
No recibo	65	49.2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pensión 65	8	6.8
Comedor popular	0	0
Vaso de leche	24	20.3
No recibo	83	70
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hospital	38	32.2
Centro de salud	75	63.6
Puesto de salud	0	0
Clínicas particulares	5	4.2
Otras	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	6	5.1
Regular	80	67.8
Lejos	31	26.3
Muy lejos de su casa	1	0.8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Continúa...**

<b>Tipo de seguro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ESSALUD	11	9.3
SIS – MINSA	100	84.7
SANIDAD	2	1.7
Otros	5	4.2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy largo	2	1.7
Largo	21	17.8
Regular	90	76.3
Corto	4	3.4
Muy corto	1	0.8
No sabe	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy buena	0	0
Buena	51	43.2
Regular	62	52.5
Mala	5	4.2
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	7	5.9
No	111	94.1
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Lactash - Independencia - Huaraz, setiembre, 2014.

## 4.2. Análisis de Resultados:

### TABLA N° 01

El resultado de la investigación del Centro Poblado Monterrey - sector Llactash- Independencia - Huaraz, 2014, muestra lo que concierne a los determinantes biosocioeconómicos, donde 51,7% (61) son de sexo femenino, 45,8% (54) son adultos maduros de 36-59 años, 36,4% (43) tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 72% (85) percibe un ingreso menor de 750 soles y 49,2% (58) tienen trabajo eventual.

“La presente investigación es similar al resultado encontrado por Melgarejo, J. <sup>(50)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Cañarí-Pomabamba, 2013. Se observó que el mayor porcentaje de las personas adultas en un 54,9%(95) son de sexo femenino, 68,8% (119) tienen una edad comprendida en 36 a 59 años, 55,5% (96) tienen secundaria completa, 91,9% (159) ingreso económico menor de 750 soles y el 44,5% (77) tienen trabajo eventual.”

“Esta investigación se asemeja al resultado encontrado en la investigación de Salazar, K. <sup>(51)</sup>, en su estudio: Determinantes de Salud del Adulto en Bellavista de la Unión –Sechura, 2013. Sobre determinantes de salud biosocioeconómicos del adulto se observa que el 53,6% de la población encuestada son de sexo femenino; el 50% están en la etapa adulto maduro comprendida de 30 a 59 años 11 meses 29 días; el 50,8% tienen un grado de instrucción de secundaria completa/incompleta; el 57,7% tienen un ingreso

económico familiar menor de 750 soles y el 59,1% tiene trabajo eventual.”

“Los resultados del presente estudio se aproximan a lo encontrado por Vásquez, Y.<sup>(52)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud en los Adultos Mayores Varones- Pueblo Joven la Unión-Chimbote, 2013. Se observa en relación al grado de instrucción el 54%(78), tienen inicial y primaria; en cuanto al ingreso económico el 85% (118) percibe 751 a 1001 soles, en cuanto a la ocupación el 78%(109) son jubilados, en cuanto a la tenencia de trabajo el 78%(109) están desempleados.”

“Los resultados del presente estudio difiere también con lo encontrado por Rosales, J.<sup>(53)</sup>, en su estudio: Determinantes en Salud en Adultas Jóvenes del P. J La Victoria-Chimbote, 2013. Se muestra que, de los 142 adultos Jóvenes encuestados, el 100% de la población es adulta joven; el grado de instrucción el 14% (20) es inicial/primaria; ingreso económico el 65% (92) no tienen ingresos y el 75% (106) realiza actividad de al menos una hora para generar ingresos, pero es similar en el sexo, el 86% (122) son de sexo femenino.”

“Por otro lado, los resultados difieren con el estudio realizado por Bernuy, B.<sup>(54)</sup>, en su estudio: Determinantes de Salud en el Adulto Mayor -Pueblo Joven Ramón Castilla –Chimbote, 2013. Observamos que el 55% (91) de los adultos mayores encuestados son de sexo masculino, en grado de instrucción el 49% (79) tiene superior universitario completa/incompleta y el 38% (62) solo tienen primaria, como ingreso económico el 57% (94) tiene de 1500 soles a más, en cuanto a la ocupación el 48% no trabajan.”

“Estos resultados obtenidos se relacionan a los estudios realizados por Abanto, A.<sup>(55)</sup>

en estudio título: Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote 2013. Se observa que el 62,5% (50) es sexo masculino; el 65% (52) inicial/primaria, pero son similares el 98,8% (79) es menor de 750 soles y el 55% (44) trabajo eventual.

“La palabra femenino nos permite referir a todo aquello propio o relativo a las mujeres, por tanto, cuando se habla de algo o alguien femenino es porque representa efectivamente los rasgos inherentes a la femineidad como ser delicadez, sensibilidad, entre otras características que se asocian normalmente a las mujeres <sup>(56)</sup>.”

“El sexo se define como la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es de sexo femenino o masculino. Sin embargo, en un análisis más detallada, la materia no es tan simple. En algunos casos pueden ser extremadamente difíciles determinar si un individuo particular es mujer u hombre <sup>(57)</sup>.”

“La edad biológica es la que corresponde con el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad; es por tanto un concepto fisiológico. La edad psicológica es la determinada por los rasgos psicológicos de cada grupo de edad. Sin duda alguna, este concepto de edad es uno de los más importantes, puesto que una persona es mayor si se siente mayor <sup>(58)</sup>.”

“La edad está definida como el tiempo que ha vivido un ser vivo desde su creación hasta su actualidad. Así mismo la edad proviene del latín, que tiene varios significados, pero todo ellos relacionados con la medida de tiempo que ayuda a la comprensión y organización <sup>(59)</sup>.”

“La edad viene a ser el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio, se mide en años y establece las distintas etapas de la vida humana: niñez, juventud, adultez y ancianidad <sup>(60)</sup>.”

“Grado de instrucción ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida. El nivel de estudios distingue bastante bien a los sujetos con distinto estado de salud, pues los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud <sup>(61)</sup>.”

“El grado de instrucción es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto el nivel primario, secundario y universitario del sistema educativo <sup>(61)</sup>.”

“El grado de instrucción está referida al último año aprobado en el sistema educativo nacional dentro de los niveles formales o no formales de educación, primaria, secundario o superior. Asimismo, es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos <sup>(62)</sup>.”

“El ingreso económico de un individuo depende del grado de instrucción que haya recibido por lo que se considera vital tratar que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye la salud <sup>(62)</sup>.”

“El ingreso económico es conceptualizado como el ingreso que se percibe en forma de dinero. Excluye otras formas de ingreso, tales como donaciones y transferencias en bienes. El termino ingreso se relaciona tanto con diversos aspectos económicos, pero también sociales ya que la existencia de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo <sup>(63)</sup>.”

“Del mismo modo el ingreso económico se define como la condición socioeconómica, también que trata de reflejar el nivel o status personal, tanto en la dimensión social como en lo económico. En cualquier caso, es obvio que evidenciar como una condición socioeconómica concreta se expresa social o económicamente solo puede ser realizado tomando como unidad de análisis la persona <sup>(64)</sup>.”

“En el aspecto de la ocupación se define como un aspecto esencial en la vida de las personas, no solo es su fuente de sustento y desarrollo económico, sino también, una posibilidad de expresión de talento y capacidad creativa. En el transcurso de la vida laboral, toca vivir experiencias que generan satisfacción, la sensación de sentirse reconocido y justamente recompensado <sup>(65)</sup>.”

“Por otro lado la ocupación o tipo de trabajo, se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada durante el periodo de referencia adoptado, independiente a la rama económica a la que pertenezca a la categoría de empleo que tenga, también se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo <sup>(66)</sup>.”

“La Ocupación es definida como la actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada

sociedad, caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios. <sup>(67).</sup>”

Los resultados de este estudio en los determinantes de salud biosocioeconómico de los adultos del Centro Poblado de Monterrey sector Lactash, en relación al sexo está conformada por más de la mitad de sexo femenino, esto es debido a diversos factores y razones atribuibles como por ejemplo lo que puede estar relacionado con la búsqueda de oportunidades de trabajo por el varón, el abandono del hogar, violencia intrafamiliar. Por otra parte, cabe mencionar el nacimiento de bebés femeninos más que masculinos en el centro de Salud de Monterrey en los años anteriores, y esto se puede corroborar en el siguiente párrafo.

“El informe estadístico del centro de salud de Monterrey muestra que las gestantes del sector de Lactash dieron a luz en centro de salud de Monterrey durante los períodos 2013 al 2016, donde el 53,7% de los recién nacidos fueron de sexo femenino, mientras que el 46,3% fueron de sexo masculino, razón por la cual se puede decir que en este sector existe más femeninos <sup>(68).</sup>”

“Según explica la doctora Marianne Legato, dice que los hombres tienen desventajas biológicas y sociológicas desde el momento en que son concebidos hasta que mueren. En cambio, las mujeres tienen determinadas ventajas: son más fuertes en el útero, aunque la cifra de embriones masculinos es ligeramente superior en el momento de la concepción, la tasa de abortos precoces entre estos es también mayor. Según Legato, los varones son más propensos a sucumbir a una infección prenatal u otros problemas, por lo que, aunque su concepción sea más alta, nacen prácticamente



igual número que las mujeres. Son también más lentos en su desarrollo prenatal que las mujeres, lo que significa que mueren con más facilidad si el parto es prematuro, ya que su pulmón y cerebro están menos desarrollados <sup>(69)</sup>.”

“La proporción es especialmente desigual en naciones donde se han experimentado guerras o conflictos internos. Un estudio realizado por el Pew Research Center de Estados Unidos (EE.UU.) en el año 2015, basado en datos de las Naciones Unidas indica que existen más mujeres que hombres en todo el planeta por ejemplo Suramérica por su parte, presenta índices casi igualados, especialmente en Brasil, donde existen 96,7 hombres por cada 100 mujeres <sup>(70)</sup>.”

En cuanto a la edad de los adultos del sector Llactash, menos de la mitad son adultos maduros comprendido de 36 a 59 años, esto es debido a que la mayoría de los jóvenes toman la decisión de salir de sus hogares para migrar a las ciudades como Huaraz, Lima, Chimbote, Casma, etc, para buscar mejores oportunidades de trabajo con buena remuneración o simplemente continuar con sus estudios de nivel secundario y/o superior; mientras que los padres se quedan buscando los medios económicos para cubrir los gastos de los estudios, en caso que los jóvenes estudiaran; ellos consideran que trabajando la tierra (agricultura) y criando animales (ovejas, cerdos, gallinas y otros) podrían obtener dinero para cubrir los gastos generados por los estudios de sus hijos; es por ello que se puede decir que en el Caserío de Llactash existe más adultos maduros.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa de acuerdo a la encuesta aplicada a las regiones del país, se puede observar que en el año 2012 alrededor del 40,5% de la población era menor de 16 años, porcentaje que ha venido

disminuyendo con respecto a los censos anteriores. En la actualidad (2015) las personas entre 15 a 64 años representa el 63,1% y las personas mayores de 64 años a más es el 6,4% <sup>(71)</sup>.”

Por otro lado menos de la mitad de los adultos tienen grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, esto debido a muchas razones por las cuales pasan en su momento los adolescentes como un embarazo precoz, falta de recursos económico, problemas familiares, desinterés para estudiar; por otro lado también puede ser la ignorancia que tienen los padres sobre la importancia de estudiar y superarse, este último es lo que prevalece en los adultos de este sector, porque los padres dicen que terminar la primaria es suficiente sobre todo para las mujeres porque en el futuro se van a dedicar a sus hijos, su pareja y su hogar. Por todas estas razones se dan las deserciones escolares en el Perú. La deserción es un problema que no solamente afecta al desarrollo del individuo que está dejando de asistir a la escuela sino también a la sociedad en la que se desenvuelve.

“Nuestro país lidera las cifras de deserción escolar en Sudamérica debido al embarazo adolescente. Así lo reveló el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex), y precisó que, en Perú, el 88,6% de madres adolescentes no asiste a la escuela. Rossina Guerrero, directora de Incidencia Política de Promsex, explicó que, en el 2013, 8 de cada 10 adolescentes alguna vez embarazadas no asistían a un centro educativo (85,2%), de acuerdo con el documento: Estado de la población peruana del INEI del año 2014, (En cuanto a las razones de no asistencia escolar, el 45,9% colocaron con más frecuencia el embarazo precoz) <sup>(72)</sup>.”

“La principal causa de abandono escolar se da por cuestiones económicas. Muchos alumnos ya no tienen el apoyo de sus familias debido a que son de bajos recursos. La crisis económica es una gran influencia para la deserción escolar. Según el titular del departamento de Educación de Gómez Palacio, Luis Humberto Tovar Medina, el abandono estudiantil se empieza a presentar desde primaria y se acentúa en el nivel medio superior y superior con un 30 por ciento de jóvenes que no concluyen sus estudios <sup>(73)</sup>.”

“Según cifras de la Estadística de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación, el 13,9 % de personas, de entre 7 y 19 años, no ha concluido sus estudios y no está matriculada en ningún colegio como es el caso de José. Eso quiere decir que 14 de cada 100 estudiantes, tanto varones y mujeres, abandonan las aulas en el país. En la mayoría de los casos, las deserciones escolares (de alumnos entre 13 y 19 años) obedecen a problemas económicos (45,1%), desinterés por estudiar (27,2%), problemas familiares (16,6%), y por quehaceres en casa (5,4%). En las cifras del Ministerio de Educación (MINEDU), se observa que los niños y adolescentes del área rural son los que más abandonan los colegios (20,3%), en comparación con los del área urbana (10,5%) <sup>(74)</sup>.”

De acuerdo a los resultados obtenidos también se puede evidenciar que menos de la mitad de los adultos de este sector tienen un ingreso económico mensual menor de 750 soles, el factor que predispone a esto es el trabajo eventual que tienen los adultos, motivo por el cual la capacidad de gasto será mínima y depende de la remuneración que perciban; la principal preocupación es la canasta familiar y cubrir los gastos de agua y luz; esta canasta familiar está íntimamente relacionada a

los sueldos generales por los adultos en este caso que es menor de 750 soles. Una familia de 4 a 5 integrantes necesita como mínimo 1.290 soles para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vestimenta, servicios de vivienda, transporte, educación y salud; aquí la realidad es diferente ya que lo que perciben no les alcanza para cubrir dichas necesidades. Entonces ellos tienen que ayudarse con otros ingresos que se da por venta de sus animales y productos obtenidos de la agricultura.

“La canasta básica es un conjunto de productos de primera necesidad y servicios que necesita una familia promedio para subsistir durante un determinado periodo de tiempo (por lo general es por mes), ya sean alimentos, higiene, vestuario, salud y transporte, entre otros. Revelo que de los 532 productos que conforman la canasta familiar del índice de precios al consumidor en Lima Metropolitana, 403 de ellos incrementaron sus precios en el periodo enero a mayo 2016 <sup>(75)</sup>.”

“Según datos del Diario de economía e ingresos el 39% de las familias peruanas sus ingresos no les alcanzan para vivir, estudio realizado en octubre 2015 muestra un fuerte retroceso en los cuatro indicadores del Índice de Confianza del Consumidor, que cayeron a su nivel más bajo desde mayo. La fuerte desaceleración del crecimiento del PBI, en los últimos meses ya genera un impacto directo en la economía de las familias peruanas. Así, al 39% de los hogares a nivel nacional sus ingresos no les alcanzan para vivir <sup>(76)</sup>.”

Y por último en cuanto a la ocupación menos de la mitad de los adultos tienen trabajo eventual, el trabajo eventual quiere decir que es provisional e imprevisto tanto en su iniciación como en la duración, por lo tanto, la mayoría de los adultos varones de este sector son obreros, albañiles, agricultores, trabajos domésticos en

caso de mujeres y otros; estos trabajos por lo general duran de dos a cuatro meses o dependiendo del contrato que se da con el empleador. Por otra parte, cabe mencionar que todo esto se genera porque estos adultos no terminaron la secundaria para continuar con estudios superiores, y por ende no tienen una profesión con la cual conseguir un trabajo estable que les permitirá tener mejor calidad de vida y satisfacer sus necesidades.

“Según fuentes de la INEI 2016, a nivel de nuestro país, la mayor proporción de población económicamente activa ocupada de adultos residentes en el área urbana se ubica en la categoría de trabajador Independiente (53%) en empleado (17,8%) y obrero (12,7%), es decir que nuestra población tiene mayor porcentaje de personas trabajadoras independientes siendo estos trabajos eventuales <sup>(77)</sup>.”

De lo expuesto se puede concluir de los determinantes biosocioeconómicos de la población en estudio, que el tener un ingreso económico bajo no les permite satisfacer todas sus necesidades básicas que requiere la persona y así mejorar su calidad de vida: como tener buena salud, alimentación saludable y balanceada, casa y ropa adecuada; sumado a todo esto el grado de instrucción no permite garantizar a las personas tomar sus propias decisiones que concierne a su salud y demás; el tener un trabajo eventual limita mucho el satisfacer sus necesidades. Podemos decir que es importante que tengan preparación personal, emocional y laboralmente y estar dispuestos siempre a adquirir nuevos conocimientos para así poder autorealizarse obteniendo buenos puestos de trabajo con la preparación debida por consiguiente un ingreso económico mejor que ayude a satisfacer sus necesidades básicas.

## TABLA N°02

En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de la vivienda de los adultos del Centro Poblado de Monterrey sector de Llactash distrito de Independencia – Huaraz, 2014, en el tipo de vivienda 66,9% (79) tienen vivienda unifamiliar, 95% (112) tienen casa propia, 63,6% (75) tienen piso de tierra, 85,6% (101) tienen techo de eternit, 85,6% (101) paredes de adobe, 63,5% (75) duermen en una habitación 2 a 3 miembros, 99,2% (117) tienen agua de conexión domiciliaria, 94,9% (112) tienen baño propio, 68,6% (81) cocinan a leña /carbón, 96,6% (114) cuentan con alumbrado eléctrico permanente, 65,3% (77) disponen la basura a campo abierto, el 61% (72) recogen la basura 1 vez al mes pero no todas las semanas y 62,7% (74) eliminan la basura en montículo a campo abierto.

“La presente investigación es similar al resultado encontrado por Melgarejo, J. <sup>(78)</sup>, en su estudio: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Cañarí-Pomabamba, 2013. Se concluye en cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico que el 69,9% (121) tienen vivienda unifamiliar, 81,5% (141) casa propia, 86,7% (150) piso de tierra, 94,8% (164) techo de eternit, 94,8% (164) paredes de adobe, 100% (173) cuentan con abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% (173) cuentan con baño propio, 75,1% (130) cocinan con leña, 97,6% (169) tienen energía eléctrica permanente, pero difiere en 36,4% (63) ocupan una habitación 2 a más miembros, la disposición de basura el 100% (173) eliminan en carro recolector, 87,9% (152) indican que el carro recolector pasa diariamente y 100% (173) suelen eliminar la basura en el carro recolector.”

“Por otro lado, los resultados son similares al estudio realizado por Méndez, N. <sup>(79)</sup>,

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

“El presente resultado es similar al estudio realizado por Villanueva, C. <sup>(80)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla – Huaraz, 2013. En cuanto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico se muestra que el 57,1% (76) tienen vivienda unifamiliar, 100% (133) tienen casa propia, 100% (133) piso de tierra, 80,5% (107) techo de eternit, 100% (133) tienen paredes de adobe, 77,4 % (103) comparten 2 a 3 más miembros el dormitorio, 100% (133) tienen conexión de agua domiciliaria, 100 % (133) cocinan con leña, 100 % (133) tienen energía eléctrica permanente, 100 % (133) eliminan la basura a campo limpio; pero este estudio difiere en lo que concierne letrinas el 92,5 % (123) y 47,3 % (63) queman la basura.”

“El presente resultado difiere con el estudio realizado por Romero, M. <sup>(81)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de la Persona Adulta Joven del Asentamiento Humano la Victoria - El Tambo – Huancayo, 2013. En cuanto a los

determinantes de salud relacionados con el entorno físico muestra que el 32,5% (124) tiene vivienda de alquiler, 88,2% (337) tiene piso de cemento; 99,9% (378) tiene techo de concreto armado; 99,5% (380) tiene paredes de cemento, 100% (382) cocina a gas, 100% (382) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; 100% (382) elimina su basura a través del carro recolector, pero son similares en el 86,4% (330) tiene red pública dentro de la vivienda; el 67,3% (382) tiene desagüe, 64,9% (248) duermen en una habitación de 2 a 3 miembros y 100% (382) tienen energía eléctrica permanente.”

“El presente resultado difiere con el estudio realizado por Bernuy, E. <sup>(82)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor - Pueblo Joven Ramón Castilla – Chimbote, 2013. En relación a la vivienda se muestra en cuanto a al piso el 52% (86) piso de cemento, 97%(160) techo concreto armado, 100%(164) paredes de cemento, ladrillo, duermen el 55%(90) de 4 a más personas, 100%(164) utilizan el gas para cocinar, 51%(83) la frecuencia de recojo de basura es todas las semanas, pero no diariamente, 93%(152) eliminan su basura en el carro recolector y 100% (164) eliminar su basura en el carro recolector ; pero es similar las variables: el 100% (164) tienen casa propia; abastecimiento de agua el 100% (164) cuentan con red dentro de la vivienda, el 100%(164) cuentan con red pública dentro de su vivienda para la eliminación de excretas; 100%(164) tiene alumbrado eléctrico.”

“Los resultados difieren con lo encontrado por Rosales, J. <sup>(83)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud en Adultas Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2013.” Muestra esta tabla, el tipo de viviendas de los adultos Jóvenes el 82% (117) viven en casa de sus padres, el material de piso 89% (126) cemento, techo, 94% (134) concreto armado; el 96% (137) paredes cemento; 38,5% (54) duermen 3 miembros



en una sola habitación.; 100% utiliza gas para cocinar; el 92% (131) refieren que el carro recolector de la basura pasa todas las semanas, pero no diariamente, el 99% (140) suelen eliminar en los contenedores de basura; pero es similar en abastecimiento de agua, 100% cuentan con red pública dentro de su vivienda, el 100% tiene un baño propio para la eliminación de excretas, 100% tiene alumbrado público eléctrico.”

“Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas <sup>(84)</sup>.”

“Vivienda unifamiliar: es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas <sup>(85)</sup>.”

“Tenencia de vivienda: Se pueden identificar dos situaciones: aquella en la que los hogares tienen formalizada de manera legal la disponibilidad de la vivienda (propietarios de la vivienda y el terreno y/o inquilinos) y aquella en la que los hogares residen con una tenencia informal (residentes en vivienda prestada por su dueño en forma gratuita) <sup>(86)</sup>.”

“La tenencia es un componente central del derecho a la vivienda adecuada. Cualquier iniciativa relacionada con la vivienda, ya sea en el contexto de la renovación urbana,

la gestión de la tierra u otros proyectos de desarrollo, o para hacer frente a las necesidades de reconstrucción después de conflictos o desastres, inevitablemente tendrá repercusiones en la seguridad de la tenencia <sup>(87)</sup>.”

“La situación de tenencia de la vivienda es uno de los aspectos a considerarse dentro del concepto de vivienda adecuada. La vivienda debe procurar seguridad no sólo en sus estructuras, sino también en su tenencia, de tal forma que se minimice el riesgo de un desalojo. <sup>(88)</sup>.”

“Piso es la superficie exterior de la base sólida sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. Por otra parte, a cada una de las viviendas en una casa de varias plantas se la denomina popularmente como piso. También, a cada una de las plantas, ya sea de un edificio o de otra cosa, se la conoce como piso <sup>(89)</sup>.”

“El piso es una de las estructuras fundamentales de una vivienda o como también llamado la superficie de la casa. Un buen piso debe ser apropiado para poder desplazarse de un lugar a otro de manera cómoda así evitar riesgos como caída y otros, el piso de la vivienda debe de ser apropiado, limpio con la finalidad reducir microbios, insectos, plagas, ya que estos microbios pueden producir múltiples enfermedades <sup>(90)</sup>.”

“Además, en España se denomina piso a las viviendas. En arquitectura, los diferentes niveles se denominan plantas y los materiales que conforman la superficie superior de cada planta se llama pavimentos, incluso los de las zonas exteriores a la edificación. Tanto la palabra planta como piso, son términos homónimos <sup>(91)</sup>.”

“Los techos de eternit, es económica y versátil. Su bajo costo y fácil instalación proporcionan un gran ahorro de tiempo y dinero. Su uso es recomendable en obras de autoconstrucción y especificación. Por su resistencia y durabilidad, puede ser ubicada en cualquier punto del Perú <sup>(92)</sup>.”

“En construcción se conoce por techo a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que oculta el inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura <sup>(93)</sup>.”

“El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este es la parte que más cuesta, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes <sup>(93)</sup>.”

“La pared es el resultado de un trabajo de albañilería. Puede estar hecha de distintos materiales, como piedra, ladrillo, madera, yeso u otros. Su altura y su extensión longitudinal siempre superan al espesor. El concepto también se emplea para nombrar a los lados o costados de diferentes objetos <sup>(94)</sup>. “

“El adobe es un material de construcción milenario que es fácil de hacer y muy duradero. Algunos de las casas más antiguos existentes en el planeta tienen sus estructuras de adobe. Es posible hacer ladrillo de adobe con cualquier tipo de tierra, ellos no exigen una mezcla precisa de arcilla y arena. Se secan al sol y no llevan más que unos pocos días para quedar listos <sup>(95)</sup>.”

“Existen diferentes materiales para la construcción de la pared: La tapia pisada: es de uso tradicional y emplea la tierra como material para los muros. El adobe de tierra: es una forma económica usada en muchas culturas para la construcción de muros. El ladrillo o los bloques de cemento, son materiales con buena resistencia a la carga, duraderos en el tiempo <sup>(95)</sup>.”

“La habitación es el espacio de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. Así mismo es uno de los espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño y comedor o el que puede diferir muchísimo el estilo entre los miembros de una misma familia <sup>(96)</sup>.”

“El número de personas que duermen por habitación es definido el término más general y abstracto como es el tipo de habitación que indica la cantidad de adultos que ocupan la misma habitación, la ocupación máxima permitida para cualquier habitación es de 4 personas, sin importar las combinaciones entre adultos y menores que pudieran existir, esta habitación donde compartirán los principales muebles <sup>(97)</sup>.”

“El total de habitaciones o piezas en la vivienda se refiere al número total de habitaciones que tiene la vivienda, como sala o comedor y aquellos que utiliza para dormir, trabajar o almacenar enseres o materiales para uso del hogar sin considerar el baño, cocina, garaje ni pasadizos <sup>(97)</sup>.”

“La red de abastecimiento de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable, por otro lado, también se

podría decir que es un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua <sup>(98)</sup>.”

“Un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano. El abastecimiento del agua consiste en el suministro en forma individual o colectiva de agua, requerida para satisfacer las necesidades de las personas que integran una localidad <sup>(99)</sup>.”

“La conexión domiciliar de agua es también el punto donde comienzan las instalaciones internas de un inmueble, y son estas las que marcan el límite de responsabilidad de la empresa. A partir de allí, el mantenimiento de las instalaciones internas, la correcta construcción, así como su limpieza y distribución <sup>(99)</sup>.”

“La eliminación de excretas se define como el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades que pueden causar la muerte. La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias <sup>(100)</sup>.”

“La evacuación de excretas es una parte muy importante del saneamiento ambiental, y así lo señala el Comité de Expertos en Saneamiento del Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la insuficiencia y la falta de condiciones higiénicas de los medios de evacuación de heces infectadas provoca la contaminación del suelo y de las aguas <sup>(101)</sup>.”

“Se define como eliminación de excretas al número de viviendas conectadas a la red

pública de alcantarillado o, que tienen pozo ciego, pozo séptico o letrina, expresado como porcentaje del total de viviendas. Se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua <sup>(102).</sup>”

“Combustible para cocinar se define como aquellos combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera que es la leña se utiliza para calentar agua, aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico. Anteriormente estos materiales se utilizaban de forma generalizada para máquinas a vapor y generación de electricidad y calor <sup>(103).</sup>”

“Combustible para cocinar se refiere al combustible utilizado con más frecuencia para preparar los alimentos ya sea gas, leña, carbón, querosín o electricidad. Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad <sup>(104).</sup>”

“En muchos lugares se utilizan como combustible los residuos secos de las cosechas, tales como cáscaras de arroz y maíz, y la corteza de coco. Cuando estos materiales se queman sin procesarlos producen mucho humo y pueden ser un peligro para la salud. Sin embargo, si se machacan y compactan en pequeños bloques se puede lograr que ardan más tiempo y produzcan menos contaminantes <sup>(105).</sup>”

“El combustible para cocinar se define como la sustancia (que tiene el atributo de arder) o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas

para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad <sup>(106)</sup>.”

“Se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico <sup>(107)</sup>.”

“La energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético. Ej. La transportada por la corriente eléctrica en nuestras casas y que se manifiesta al encender una bombilla <sup>(108)</sup>.”

“El tipo de alumbrado se define como las actividades de suministro de energía al sistema de alumbrado público, la administración, la operación, el mantenimiento, la modernización, la reposición y la expansión del sistema de alumbrado público. La iluminación de las zonas comunes en las unidades inmobiliarias cerradas o en los edificios o conjuntos residenciales, comerciales o mixtos <sup>(108)</sup>.”

“La disposición de basura es cualquier objeto, material, sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, <sup>(109)</sup>.”

“La disposición de la basura es también el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación, y los daños o

riesgos a la salud humana y al medio ambiente, otra forma de disipación de la basura consistente en destruir la basura mediante el fuego <sup>(109)</sup>.”

En los resultados obtenidos respecto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico de la vivienda de los adultos del sector de Llactash, se encuentra que más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, esto es porque los padres viven con sus hijos menores que aún no tienen parejas; cuando deciden formar una familia se independizan y construyen su propia casa. Esta nueva familia tiene la facilidad de independizarse porque los padres poseen terrenos que fueron comprados o simplemente heredados por sus padres y al casarse o al convivir los hijos, los padres les donan una parte del terreno como adelanto de una herencia para que puedan construir sus casas y no solamente eso sino también les ayudan en dicha construcción y así tener las condiciones mínimas que cumple una vivienda unifamiliar. Por otro lado, es una estrategia también para evitar conflictos con otros miembros de la familia.

“Un hogar está conformado por una persona o grupo de personas que habitan en una misma vivienda y dependen de un solo presupuesto para su alimentación. En el Perú más de la mitad de los hogares son del tipo nuclear o unifamiliar que viene hacer el 55,6% (1391,6), es decir que están constituidos por una pareja con o sin hijos <sup>(110)</sup>.”

“En 2015, 4 de cada 10 personas de la Unión Europea (EU) vivían en pisos, poco más de una cuarta parte (25,6 %) en casas adosadas y algo más de una tercera parte (33,7 %) en viviendas unifamiliares aisladas. La proporción de personas que viven en pisos fue la más alta, entre los Estados miembros de la UE, en España (66,5 %), Letonia (65,1 %) y Estonia (63,8 %; datos de 2013), mientras que la mayor



proporción de personas que viven en casas adosadas se registró en los Países Bajos (61,2 %), el Reino Unido (60,0 %) e Irlanda (58,3 %; datos de 2013). El porcentaje de personas que residen en casas aisladas alcanzó su cota más alta en Croacia (72,6 %), Eslovenia (65,4 %) y Hungría (63,0 %); Noruega (62,4 %) y Serbia (60,5 %); datos de 2013) también registraron tasas elevadas de población alojada en viviendas unifamiliares aisladas <sup>(111)</sup>.”

En cuanto a la tenencia de vivienda de los adultos del sector de Lactash, la mayoría tienen casa propia; en las zonas rurales de nuestro país es costumbre dar herencia de terreno a los hijos que desean independizarse y este sector no es ajeno a ello, los padres deciden donarles una parte de terreno, ya sea con título de propiedad o sin ella, pero al final tienen sus terrenos para construir la casa propia. Existen casos en que los padres son pobres y no tienen terrenos como para donar a sus hijos, sin embargo, estos hijos cuando ya son jóvenes o son independientes económicamente con la ayuda de sus padres, deciden comprar un pequeño terreno en el mismo sector, ya que en la zona rural los terrenos cuestan menos comparado con la zona urbana, cualquiera de las dos opciones es importante porque solo así tendrán casa propia.

Por otro lado, un porcentaje mínimo de los adultos de este sector no tienen casa propia, estos viven en casas alquiladas con bajo costo o simplemente es un ayuda social, ya que hay adultos que tienen sus casas en el sector y a la vez tienen otra casa en Huaraz donde prefieren vivir actualmente, razón por la cual brindan sus casas a las personas recomendados para vivir a cambio del cuidado de dicha casa, pero esto probablemente sucede porque algunos de estos adultos no son de este sector y por necesidad de tener una casa aceptan las condiciones para vivir.

“El Censo Especial 2014 revela que en la Zona Sur del Callao , del total de viviendas particulares con personas presentes asciende a 4 mil 310 viviendas, según régimen de tenencia, las viviendas propias totalmente pagadas son 2 mil 69 viviendas, lo que representa el 48,0%; las viviendas alquiladas suman 1 mil 61, que representa el 24,6%, y en menores porcentajes las viviendas cedidas por el centro de trabajo u otro hogar o institución 11,6%, viviendas propias por invasión 10,5%, viviendas propias pagándolas a plazos 3,9% y las de otra forma de tenencia 1,4%. <sup>(112).</sup>”

En cuanto al material del piso de las viviendas de los adultos del sector de Llactash, más de la mitad tienen piso de tierra, se debe por contar con ingreso económico menor a 750 soles, lo que resulta insuficiente para lo que se requiere, se puede decir que prima otros aspectos de mayor importancia para ellos como la alimentación, vestimenta y educación. Otro aspecto importante es que los adultos habitan muchos años manteniendo costumbres y tradiciones hasta nuestros días, por eso las construcciones son rústicas de la mayoría de las viviendas y a costos mínimos que vayan acorde con la economía, pero toda esta tradición va en decadencia cada vez más por la modernización.

“En nuestro país en el año 2015, se encontró un menor porcentaje de hogares que tienen piso de tierra/arena respecto con lo observado en el año 2011 (27,4% y 34,6%, respectivamente), incrementándose los que tienen piso de losetas, terrazos o similares y cemento/ladrillo (14,3% y 45,7% respectivamente) <sup>(113).</sup>”

En cuanto al material del techo de las viviendas de los adultos del Sector de Llactash, la mayoría tienen techos de eternit/calmina, porque es un material accesible, económico y además una perfecta fuente de almacenamiento de calor para el hogar,

porque al estar expuesta a la luz solar tiende a absorber y retener el calor para las siguientes horas. Por otro lado, utilizan los adultos este material porque es resistente y buena para la zona geográfica donde se encuentra este sector, debido a que el clima juega un papel importante sobre todo en temporadas de lluvia, por lo mismo que las calaminas o tejas cubren las viviendas evitando el frío y la humedad.

“Del total de viviendas existentes en el Perú, el 40,7% (3 millones 186 mil 43) tienen techos de planchas de calamina, fibra de cemento o similares y el 38,9% (3 millones 47 mil 225) de concreto armado. Le sigue el 9,3% (725 mil 122 viviendas) con tejas, el 3,9% (308 mil 649) de caña o esteras con torta de barro, el 3,4% (264 mil 480) con paja u hojas de palmera, el 2,1% (168 mil 242) con madera, el 1,2% (92 mil 573) y el 0,5% (36 mil 238) construyeron sus techos con otros materiales <sup>(114)</sup>.”

Las paredes de las viviendas de los adultos del Sector de Lactash en su mayoría tienen paredes de adobe, esto es porque el adobe es un material de construcción milenario que es fácil de hacer, es muy duradero y económico. En muchos de los casos son porque el nivel de ingreso económico que perciben no es suficiente para la compra de materiales, que sumado a esto las vías de acceso no son buenas por lo tanto es difícil el traslado de los materiales. También refieren que las casas de adobe ofrecen ventajas significativas en climas cálidos y secos; porque permanecen más frescos durante el día y más cálidos durante la noche, esto se debe a que los bloques de adobe almacenan y liberan el calor muy lentamente.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó en el año 2015, que del total de viviendas que tienen como material predominante en sus paredes el adobe, tapia o quincha (2 millones 774 mil 5), los departamentos de Cajamarca y La

Libertad albergan al 10,9% (303 mil 183) y al 9,9% (274 mil 630) de estas viviendas. Por el contrario, los departamentos en donde estos materiales no son predominantes fueron Madre de Dios y Ucayali <sup>(114).</sup>»

Respecto al número de personas que comparten una habitación observamos que 2 a 3 miembros comparten una sola habitación, porque muchas de las viviendas sólo cuentan con 2 habitaciones para el dormitorio, y la tercer habitación esta designado para la cocina/comedor; esta realidad se observa en muchos lugares especialmente en las zonas rurales donde son de 4 a 5 miembros de una familia quienes ocupan un ambiente; por otro lado es normal compartir una habitación los padres con sus hijos, cabe indicar que la cultura de cada uno de ellos y la falta de espacio influye negativamente en las relaciones familiares y esto hace que estén acostumbrados a dormir los padres con los hijos o entre hermanos.

“En el Censo del año 2014 publicado por el INEI muestra que, en el área urbana, los hogares con 5 y más miembros representan el 34,7% y los hogares conformados por 3 a 4 miembros representan el 40,5%; mientras que en el área rural el 37,8% de los hogares están conformados por 5 y más miembros, y el 33,6% de los hogares tiene entre 3 y 4 miembros. Comparando con el censo de 2007, se observa una reducción en el número de hogares urbanos con cinco y más miembros que pasa de 46,5% en 1993 a 34,7% <sup>(114).</sup>»

En cuanto al abastecimiento de agua casi todos los adultos del Sector de Llactash cuenta con conexión domiciliaria dentro de la vivienda, debido a que las autoridades de hace 20 años gestionaron activamente ante el gobierno Regional y Local para obtener el permiso necesario y la aprobación del proyecto de servicio de

abastecimiento de agua; para esto se aprovechó de las bondades que existe en el sector que son los ojos o puquiales que sirven para conectar un sistema de agua potable que es beneficio para todos los pobladores, que en ese entonces trabajaron para tener derechos para el consumo del líquido elemento; ahora cada familia paga por derecho de inscripción para la instalación del servicio (650.00 soles); todo esto está organizado por una Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), su propósito es administrar, operar y mantener los sistemas de agua y saneamiento. Actualmente el agua para el consumo es clorada a goteo lento.

“A nivel nacional, INEI en el año 2015 informa que el 81,3% de los hogares utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público. El mayor porcentaje corresponde a la conexión directa dentro de la vivienda (74,9%). En el área urbana, el 85,4% de los hogares usa agua para beber procedente de red pública, sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, en comparación con el 69,6% de los hogares del área rural que utilizaban las mismas fuentes; no obstante, el 16,0% de los hogares de esta área aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia para beber <sup>(115)</sup>.”

Del mismo modo la mayoría de los adultos cuentan con baño propio, lo cual permite la eliminación de las excretas adecuadamente que protege la salud y al medio ambiente, es debido a que las autoridades del sector exigieron constantemente la aprobación del proyecto de desagüe a las autoridades correspondientes y así contar con este servicio básico e importante desde hace 7 años, y no solo eso sino también se consiguió una donación de 65 inodoros para las familias con adultos más necesitados y que tenían sus desagües canalizados y listo para instalar, esto es

importante porque sin contar con este servicio no se podría hacer el manejo adecuado de las excretas, por lo tanto, habría más contaminación del medio ambiente y presencia de enfermedades como las diarreas y parasitosis intestinal.

Un mínimo porcentaje de los adultos del sector de Lactash no tienen baño propio, razón por la cual hacen sus necesidades al aire libre, esto sucede por dos motivos uno porque son nuevos pobladores que llegaron al sector para vivir y que no tienen ningún trabajo en el proyecto, ahora para inscripción como nuevo usuario necesita tener 750 soles, que es un dinero difícil de obtener pues sus ingresos no es lo suficiente, por lo tanto no pueden conseguir el permiso para la instalación; la segunda situación es que estos adultos viven en zonas bajas de donde se encuentran los principales buzones de desagüe y por lo tanto no pueden acceder a la instalación por cuestiones de acceso geográfico.

“A nivel departamental, (2015) existen diferencias considerables en relación con la tenencia de servicio higiénico; en Lima el 89,7% de hogares tenían servicio higiénico conectado a red pública, en su mayoría dentro de la vivienda; le sigue Tacna (84,0%), Moquegua (83,6%) y la Provincia Constitucional del Callao (82,5%) <sup>(115)</sup>.”

En cuanto al combustible para cocinar más de la mitad de los adultos utilizan leña para cocinar sus alimentos, esto se debe que muchos adultos tienen costumbres arraigadas desde mucho tiempo en cocinar con leña; cuentan con muchas maderas de árboles de eucalipto y otros como el pino, aliso y ciprés para obtener leña, es de bajo costo y en algunos casos no lo tienen que comprar porque tienen sus propios árboles que hace años sembraron que podrán talar y rajar para convertirlo en leña, por último pueden buscar y recoger en los bosques las leñas caídas. Lo importante de todo esto

es que hoy en día cuentan con cocinas mejoradas que fueron proporcionadas por un proyecto de la municipalidad de Independencia y en otros casos por la ONG Word vision, este proyecto de cierta forma es una ayuda para mejorar la condición de los hogares, sobre todo la salud de cada familia.

“En la investigación de los hogares encuestados manifiestan que usan leña en 85% y carbón en 22%, combustible usado tres veces al día en 77,2%. El tipo de cocina que usan mayoritariamente es de ladrillos superpuestos (66%). Un 45.7% adquiere la leña. El 20,5% va al campo a cortar la leña y la reconoce como actividad riesgosa. El 33,9% realiza las dos actividades, comprar e ir al campo <sup>(116)</sup>.”

En cuanto a la energía eléctrica casi todos los adultos cuentan con energía eléctrica permanente, es debido a la estabilidad de las personas que radican desde hace muchos años quienes trabajaron y lucharon para obtener dicho servicio, la municipalidad de Independencia gestionó para la instalación de la energía eléctrica, en ese entonces no tenían permanencia de la energía eléctrica porque era administrado por un comité de electrificación, por lo tanto, cuando había cortes o problemas en el transformador demoraba días para restablecer la energía eléctrica, algunos adultos sus ingresos dependen de la energía eléctrica ya que son silleteros, porque utilizan motores para moldear las maderas. Actualmente todo el sector de Llactash tiene el servicio eléctrico de la empresa de HINDRANDINA que se encarga de la administración y responsabilidad total del servicio.

“Los departamentos cuyas viviendas tuvieron un mayor acceso a la electricidad fueron: Tacna, Ica, Tumbes, Lima, Áncash y la Provincia Constitucional del Callao, con porcentajes que oscilan entre 99,1% y 97,3%. En cambio, en los departamentos

de Amazonas y Loreto menos del 80,0% de las viviendas tuvieron acceso a este servicio <sup>(117)</sup>.”

En relación a la disposición de basura más de la mitad de los adultos suelen eliminar la basura a campo abierto y limpio, es debido a que este sector no cuenta con un lugar específico para recoger la basura, el carro recolector de la municipalidad de Independencia pasa solo una vez al mes, porque solo se cuenta con un solo acceso para el ingreso del camión recolector, razón por la cual los adultos tienen la mala costumbre de arrojar la basura en espacios que no corresponden, también es importante resaltar que tienen conocimientos sobre la correcta eliminación de los residuos sólidos, pues recibieron capacitación por la municipalidad de Independencia y el centro de salud de Monterrey, sin embargo no cumplen lo dicho. Sabemos que todo esto afecta la salud de la familia y sobre todo contamina nuestro medio ambiente.

“En un solo día, cerca de diez millones de limeños generan más de 8,000 toneladas de residuos sólidos. Al mes esta cifra se convierte en más de 240,000 y al año en cerca de tres millones de toneladas de basura, informó la Organización para el Desarrollo Sostenible (ODS). El director de esa entidad, Leandro Sandoval, precisó que, al día, un limeño produce 0.8 kilogramos de desperdicios. Ante estas cantidades, lamentó que solo el 1% de los desechos sean reciclados por los 43 municipios distritales <sup>(118)</sup>.”

“El 80% de la basura que generan los limeños es arrojada en los cuatro rellenos sanitarios que existen en la capital. Pero el 20% restante va a los basurales en las afueras de la ciudad y a los ríos Rímac, Chillón y Lurín, cuyo destino final es el mar.



Sandoval alertó que cada día cerca de 800 toneladas de residuos sólidos son arrojadas a diversas calles de la capital <sup>(118).</sup>»

En cuanto a la frecuencia con qué pasan recogiendo la basura el carro recolector por la casa de los adultos, más de la mitad refieren que el carro recolector de basura pasa una sola vez al mes, y esto solo por un barrio que está al costado de la pista principal, esto se debe al poco interés de las autoridades del sector para gestionar y reclamar a la municipalidad de Independencia con documentos, marchas y sobre todo con perseverancia para obtener respuestas positivas de lo solicitado, y no solo eso sino también mejorar una vía de acceso para que sin problema entre el carro recolector continuo y permanente.

“Del total de municipalidades a nivel nacional (2016), que realizan el servicio de recojo de residuos sólidos, 759 (41,9%) municipalidades realizan este servicio diariamente, 337 (18,6%) de forma interdiaria, 396 (21,8%) dos veces por semana y 321 (17,7%) municipalidades una vez por semana. Las municipalidades del ámbito de Lima Metropolitana brindan este servicio diariamente, con excepción de la Municipalidad Distrital de Cieneguilla que informó hacerlo de forma interdiaria <sup>(119).</sup>»

En conclusión, hay indicadores que afectan la salud de los adultos como es el factor ambiental, factor relacionado con el estilo de vida, que va influir en las condiciones de vida de los adultos, ya que el mayor problema es la incorrecta disposición, eliminación de los residuos sólidos y sobre todo que los adultos son inconscientes de su realidad, la cual va a ocasionar riesgos y efectos en la salud de las familias y sobre todo trae problemas ambientales para toda la población.

### **TABLA N° 03**

Con respecto a determinantes de salud relacionados de los estilos de vida de los adulto del Centro Poblado de Monterrey sector de Llactash, el 84,7% (100) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 70,3% (83) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 100% (118) duermen de 6 a 8 horas, 89,8% (106) se bañan de 2/4 veces a la semana, 75,4% (89) se realizan examen médico en un establecimiento de salud, 60,2% (71) no realizan ninguna actividad física y 48,3% (57) caminan durante más de 20 minutos, 56,8% (67) consumen fruta 3 a más veces a la semana, 53,4% (63) consumen carne de 3 a más veces a la semana, 39,8% (47) consumen huevo de 1 o 2 veces a la semana, 6,3% (90) consumen pescado 1 vez a la semana, 89,8% (106) consumen fideos a diario, 88,1% (104) consumen pan y cereales diario y 61% (72) consumen verduras diario.

“Así también los resultados son similares al de Rosales, J. <sup>(120)</sup>, con su estudio: Determinantes en la Salud en Adultos Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2013. Con respecto a los estilos de vida, 94% (133) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 99% (140) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 62% (88) de ellos caminan, 37% (52) realizan deporte; 32% (46) realiza caminatas durante más de 20 minutos. En cuanto al consumo de los alimentos 74% (105) solo consumen carne 3 o más veces por semana, consumen huevo 65% (92) solo de 1 ó 2 veces por semana; el 73% (103) consumen a diario los fideos, verduras y hortalizas a diario, Pero difieren el 98% (139) consumen frutas diario, consumo de pescado 54% (77) de 3 o más veces por semana”.

“Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio obtenido por Garay, N. <sup>(121)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta

de la Asociación el Morro II -Tacna, 2013. Donde concluye que el 85,2% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 68,2% consume bebidas alcohólicas de manera ocasional, el 95% duermen de 6 a 8 horas diarias, el 59% se bañan 4 veces a la semana, el 51,3% no realizan ninguna actividad física; en cuanto al consumo de alimentos, el 53 % consumen frutas 3 o más veces a la semana, 40,7% consumen huevos 1 o 2 veces por semana, 78,4% consumen pan a diario, 63 % consumen verduras, hortalizas a diario, 82,2% de la población consume fideos a diario. Pero difieren el 85% no se realizan examen médico periódico, 50,4% consumen pescado de 1 o 2 veces por semana y el 43,2 % consumen carne a diario”.

“Los resultados son similares con el estudio realizado por Ayala, A. <sup>(122)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. Donde el 89 % (143) refieren que no han fumado nunca de manera habitual, el 46,3% (74) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 84,4% (135) duermen de 6 a 8 horas diarias, el 69,4% (112) se baña 4 veces a la semana, 55% (88) caminan por más de 20 minutos, el 46,9% (75) consumen carne 3 o más veces a la semana, 48,8% (78) consumen huevos 1 a 2 veces a la semana, 48,1% (77) consume pescado 1 vez a la semana, 84,4% (135) consumen fideos, 80,6% (129) pan, 50,6% (81) verduras y hortalizas diariamente, pero difiere el 50,6% (81) consumen fruta diariamente, 77,5% (124) no se han realizado algún examen médico, 60% (96) caminan como actividad física”.

Los resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Aranda, J. <sup>(123)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba -Piura, 2013. Donde reporta que el 77% si fuman y afirman que

continúan fumando, 31% consume bebidas alcohólicas diariamente, 50% duerme de 8 a 10 horas, 65% no se bañan, el 90% no se realizan ningún examen médico periódico el 48 % consumen arroz y pan 3 o más veces a la semana, el 14 % nunca consume frutas, 24% consume carne a diario, 23% consumen huevos nunca o casi nunca, 12,5% pan y cereales 3 o más veces a la semana y 2% verduras nunca o casi nunca. Sin embargo, se relacionan el 54% caminan por más de 20 minutos, el 54% no realizan actividad física en su tiempo libre.”

“Otro estudio que difiere es la investigación realizado por Henostroza, L. <sup>(124)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol - Huaraz, 2013. Donde concluye que el 56% (77) ingieren bebidas alcohólicas 1 vez al mes, 64,4% (85) se bañan diariamente, 53% (70) se realizan examen médico periódico, 73% (97) no realizan actividad física. Con relación a la alimentación el 78% (103) consumen fruta diariamente, 57,6% (76) consumen carne diariamente, el 68,2 % (90) consumen otro tipo de alimentos, pero es similar en que el 62,9% (83) no fuman de manera habitual, 53% (70) se realizan examen médico periódico.”

“Otro estudio que difiere es con la investigación realizado por Girón, P. <sup>(125)</sup>, en su estudio titulada: Determinantes de la Salud Percibida en España-Madrid, 2013. Donde concluyó que el 65,9%no consumen bebidas alcohólicas, 45,9% fuman, 86,8%se bañan más de 5 veces a la semana, 62,2% recurren muy poco a las consultas médicas, 60,6% realizan algunas actividades físicas al caminar, 39,6%consumen frutas y verduras diariamente, pero son similares 75,8% duermen entre 6 a 8 horas, 50,6% mencionan haber caminado al menos 20 minutos y 56,9%

consumen carne más de 3 veces a la semana.”

“Fumar es un hábito difícil de dejar porque el tabaco contiene nicotina, que es altamente adictiva. Como con la heroína y otras drogas adictivas, el cuerpo y la mente rápidamente se acostumbran a la nicotina de los cigarrillos que la persona necesita usarla para sentirse normal <sup>(126).</sup>”

“Fumar es una práctica donde una sustancia es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones <sup>(126).</sup>”

“Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones; los fumadores son personas que comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su stress <sup>(127).</sup>”

“El alcohol es una sustancia obtenida por fermentación o destilación cuyo valor terapéutico es de gran alcance. Suele identificársele como una droga que produce habituación en los consumidores cotidianos, aquel líquido incoloro e inflamable, de olor extremadamente fuerte y que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores <sup>(128).</sup>”

“Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito <sup>(129).</sup>”

“Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas <sup>(129)</sup>.”

“El sueño le da al cuerpo un descanso y le permite prepararse para el día siguiente. Es como darle al cuerpo unas pequeñas vacaciones. El sueño también le da al cerebro la posibilidad de resolver las cosas. Los científicos no saben exactamente qué tipo de organización realiza el cerebro mientras dormimos, pero creen que el sueño puede ser el momento en el que el cerebro clasifica y almacena información <sup>(130)</sup>.”

“La cantidad de horas de sueño que necesita una persona depende mucho de la edad. Si una persona no duerme una noche puede estar malhumorada y torpe. Después de dos noches sin dormir, la persona tendrá problemas para pensar y hacer las cosas; el cerebro y el cuerpo no pueden realizar las tareas habituales con la misma facilidad de siempre. Después de 5 noches sin dormir, una persona tendrá alucinaciones <sup>(130)</sup>.”

“El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia -cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos esto va depender a la edad de cada persona en los adultos en un promedio de tiempo de 6 a 8 horas diariamente <sup>(130)</sup>.”

“Desde hace mucho tiempo el ser humano ha adoptado el hábito de bañarse con frecuencia (unos todos los días y otros no tan seguido). Esta costumbre ha favorecido a la industria dedicada al aseo y cuidado personal y hoy en día es frecuente observar por los medios de comunicación el lanzamiento de nuevos y mejores productos e

implementos para nuestra limpieza personal <sup>(131)</sup>.”

“La higiene corporal es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. Como objetivo es mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades <sup>(132)</sup>.”

“Según el Departamento de Bienestar Público de Pensilvania, también la higiene es una forma muy eficaz de protegernos de las enfermedades y de las infecciones por microorganismos. Esta práctica controla olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor <sup>(133)</sup>.”

“El examen médico periódico es examinar a alguien para averiguar el estado de su salud o para diagnosticar una presunta enfermedad, se refiere también al orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica <sup>(134)</sup>.”

“Los exámenes médicos se refieren a pruebas o exámenes que se realizan para encontrar una enfermedad antes de que comiencen los síntomas. Los estudios pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente, cuando son más fáciles de tratar. Las pruebas que usted necesite dependerán de la edad, el sexo, los antecedentes familiares y si tiene factores de riesgo para algunas enfermedades <sup>(135)</sup>.”

“El examen médico periódico son pruebas médicas que realizan las empresas al seleccionar a sus empleados y también para procurar la salud en los mismos. Cómo su nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una

forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente. <sup>(135).</sup>”

“Actividad física se define como cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de los niveles de reposo. O también, como todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas. <sup>(136).</sup>”

“La actividad física es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal. Sin embargo, la cantidad real que se necesita de actividad física depende de los objetivos individuales de salud, ya sea que se esté tratando de bajar de peso y que tan sano se esté en el momento <sup>(136).</sup>”

“Los beneficios de la actividad física sobre la salud para personas mayores entre 18 y 65 años de edad, actividad que dura 20 minutos de intensidad elevada y practicada 3 veces por semana. Es necesario saber qué actividad física y actividad deportiva son dos cosas diferentes. Según la OMS, la actividad deportiva es toda actividad física, especializadas y organizada. Según el INSERM, la actividad física es toda actividad en casa, en el trabajo, en los medios de transporte o en los ratos libres <sup>(137).</sup>”

“Los alimentos son todas sustancias naturales, de origen animal, vegetal o mineral, que contenga en su composición aportes energéticos y nutritivos para el organismo, y con cualidades sensoriales (color, aroma, sabor, etc.). Los nutrientes orgánicos incluyen carbohidratos, grasas y proteínas, así como vitaminas. Algunos componentes químicos inorgánicos como minerales, agua y oxígeno <sup>(138).</sup>”

Los carbohidratos son uno de los principales tipos de nutrientes. Son la fuente más



importante de energía para su cuerpo. Su sistema digestivo convierte estos hidratos de carbono en glucosa (azúcar en la sangre). Su cuerpo usa esta azúcar como energía para sus células, tejidos y órganos y guarda cualquier azúcar extra en su hígado y músculos para cuando los necesite <sup>(139)</sup>.”

Las proteínas son macromoléculas compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. La mayoría también contienen azufre y fósforo. Las mismas están formadas por la unión de varios aminoácidos, unidos mediante enlaces peptídicos. El orden y disposición de los aminoácidos en una proteína depende del código genético, ADN, de la persona <sup>(140)</sup>.”

Las vitaminas son sustancias inorgánicas que están presentes en los alimentos y nos resultan absolutamente imprescindibles para la vida. Con las vitaminas se puede y debe usar el término esencial, que quiere decir que son necesarias para nuestro organismo, y es que, cada una de las 13 vitaminas que tiene una específica y correcto funcionamiento del cuerpo <sup>(141)</sup>.”

Las grasas son un grupo de macronutrientes muy variado y están presentes tanto en alimentos de origen animal como vegetal. Con 9 calorías por gramo, la grasa es la fuente de calorías más densa que requiere el cuerpo humano. Sin embargo, no todas las grasas son iguales y es crucial prestar atención a los tipos de grasa <sup>(142)</sup>.”

Los minerales son los elementos naturales no orgánicos que representan entre el 4 y el 5% del peso corporal del organismo y que están clasificados en macro minerales y oligoelementos. El ser humano los necesita para mantener el buen funcionamiento del cuerpo y garantizar, entre otros, la formación de los huesos, la regulación del

ritmo cardiaco y la producción de las hormonas <sup>(143).</sup>”

Con respecto a los determinantes de la salud de los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado de Monterrey sector Lactash, la mayoría no fuman ni han fumado de manera habitual, es porque la población adulta de este sector viabiliza o maneja mejor su estado de estrés, mientras que las personas de las zonas urbanas fuman cuando se sienten estresadas, sin embargo, se sabe que el cigarrillo no alivia el estrés, sino que por el contrario, lo agrava, ya que es precisamente la dependencia al tabaco lo que genera nerviosismo y estrés, por lo tanto la creencia de que el hábito de fumar alivia el estrés es totalmente errónea.

Otra razón importante puede ser porque conocen y entienden los efectos que causa el consumo de estas sustancias, se sabe que el tabaquismo, es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, afecta a casi todos los órganos del cuerpo humano y deteriora la calidad de vida de múltiples maneras, también aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo, la posibilidad de nacimientos prematuros, recién nacidos con bajo peso, abortos y de mortalidad infantil y también produce una inflamación crónica de las vías respiratorias que altera la forma de respirar durante el sueño y sobre todo afecta la salud mental.

Los adultos de este sector fuman el cigarro ocasionalmente solo para sacar la suerte, curar el susto y otros, junto con el chacchado que consiste en juntar hojas de coca y una mínima cantidad de cal dentro de un mortero individual pequeño de madera y pulverizar la coca uniéndolo con la cal para obtener una mezcla que luego será extraída del mortero para ser finalmente masticada y así cumplir con un ritual ancestral.

Según sexo, el consumo de cigarrillo es más frecuente en los hombres (33,4%) que en las mujeres (6,9%). De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró en Lima Metropolitana (24,4%) y la Selva (22,6%) los mayores porcentajes de consumo de cigarrillos en la población de 15 y más años de edad. Con menores porcentajes se ubican en la Sierra (16,9%) y Costa (sin Lima Metropolitana) (17,5%) <sup>(144)</sup>.”

Con respecto a los determinantes de la salud de los estilos de vida de los adultos la mayoría de los adultos consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, esto es debido a las reuniones sociales que es frecuente en muchos lugares de nuestro país, y este sector no es ajeno a ello, más aun por las costumbres que tienen en los sembríos, cosechas y fiestas patronales que realiza la comunidad; pero esto puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir a lo largo del consumo. En algunos compromisos consumen la chicha con el alcohol y otras veces como en un funeral el caliche que es un preparado a base de infusiones, limón y alcohol; actualmente la cerveza es muy consumida con más continuidad como se puede evidenciar en muchas de nuestras zonas rurales del país.

“De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 91,5% de las personas de 15 y más años de edad declararon que han consumido bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 94,8% que en las mujeres 88,3%. El mayor porcentaje de personas que tomaron algún tipo de licor, se encontró en Lima Metropolitana donde un 95,8% tomó alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Le sigue la Costa (sin Lima Metropolitana) con el 94,4%. Los menores porcentajes se hallaron en la Sierra con 86,5% y la Selva con 90,5% <sup>(145)</sup>.”

De la población en estudio se puede observar que todos suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas, quizás esto se debe al tipo de trabajo y actividad que realizan los adultos de este sector, ya que estas son las horas recomendados por los especialistas para descansar y tener un sueño de calidad, en estas horas almacena o recupera la energía nuestro organismo para las actividades del día siguiente y también previene el envejecimiento y otros problemas que se puede presentar al no dormir las horas necesarias. Actualmente casi todos los adultos tienen televisores en sus casas, pero la costumbre o el cansancio hace que se duerman entre 8 o 9 de la noche y así poder levantarse al día siguiente entre 5:00 a 5:30 de la mañana.

“El número de horas de sueño para estar descansados varía de una persona a otra. Mientras que algunas sólo necesitan dormir entre 5 y 6 horas, otras precisan 10 o más. No obstante, lo normal es que un adulto sano duerma un promedio de 8 a 8 horas y media y las horas de sueño recomendadas por la OMS para un adulto son entre 7 y 8. Una organización estadounidense (National Sleep Foundation) publicó un completo informe, basándose en las últimas investigaciones, en el que detalla cuántas horas hay que dormir según la edad. Para un adulto de entre 26 y 64 años, el número de horas de sueño ideal estaría entre 7 y 9 horas, aunque existe un intervalo aceptable de entre 6 y 10 horas <sup>(146)</sup>.”

“Dormir mal o no dormir lo suficiente puede convertirse en el mayor “enemigo” de nuestra salud, ya que tiene efectos en nuestra salud tanto a corto como a largo plazo. Los expertos aconsejan dormir 8 horas cada día, o al menos como mínimo 5 horas al día. Si tenemos hábitos de dormir poco, o no le prestas la debida importancia las consecuencias para la salud es la falta de concentración, fatiga, somos más propensos

a las enfermedades, aumento del riesgo de sufrir diabetes, aumento de peso y mayor desarrollo de enfermedades del corazón <sup>(147).</sup>»

Con respecto a los hábitos de higiene de los adultos del sector de Lactash, se encontró que la mayoría de los adultos realizan su higiene corporal 2/4 veces a la semana, quizás porque la población está tomando conciencia de la importancia del baño corporal, ya que los expertos refieren que el baño corporal debe de ser entre 2/4 veces a la semana, pues bañarse todos los días puede eliminar de la piel sus aceites naturales, y también puede la población de las bacterias de apoyo al sistema inmunológico. El beneficio es protegernos de las enfermedades y de las infecciones por microorganismos. Actualmente bañarse ya no es problema porque ahora tienen energía eléctrica para los que lo desean o pueden comprar una terna eléctrica, pero si no pueden comprar la terna eléctrica pueden calentar agua en el fogón y bañarse, ya que la temperatura en Huaraz oscila entre 10.5°C a 15°C habitualmente.

“Los expertos no lo tienen tan claro, porque son varios los estudios científicos que han puesto de manifiesto que ducharse a diario puede implicar riesgos no deseados para nuestra salud. Lógicamente, la cantidad de veces que hay que pasar por la ducha depende de factores diversos, como nuestro nivel de actividad física, el clima del entorno en el que nos movemos, nuestra edad, la estación del año en la que nos encontramos o las propias características de nuestro organismo. No obstante, un reciente estudio publicado por la revista Time concluía tras escuchar la opinión de varios expertos que es suficiente con pasar por la ducha entre una y dos veces por semana <sup>(148).</sup>»

La mayoría de los adultos encuestados refieren realizarse exámenes médicos

periódicos en el Centro de Salud de Monterrey, esto se debe que gozan del Seguro Integral de Salud (SIS), este programa les brinda atenciones en los diferentes servicios y muchos beneficios más, dentro de ello esta los exámenes médicos que se realizan gratuitamente, el SIS juega un papel importante para la salud de los adultos de las zonas pobres y vulnerables; tienen oportunidad de proteger su salud y gozar una calidad de vida medianamente regular que no lo tenían anteriormente cuando no existía dicho seguro. Si no tuvieran el SIS no acudirían a los establecimientos de salud y mucho menos a realizarse exámenes médicos por el costo que esto genera, es importante prevenir las enfermedades que en el futuro les va a ocasionar muchos problemas, la detección temprana de estos, permitirá una oportuna y adecuada intervención de dichas patologías.

“A partir de los veinte años, comienza una etapa de la vida en la que empezamos a necesitar diferentes chequeos médicos, según vaya avanzando el tiempo. Aquí, los cuidados y controles esenciales que todas debemos hacernos para prevenir enfermedades, detectarlas tempranamente o simplemente mantener un impecable estado integral. La prevención y el cuidado cotidiano y sostenido es la mejor manera de prevenir enfermedades y problemas que afecten nuestra salud <sup>(149)</sup>.”

En relación a la actividad física, se observa que más de la mitad de los adultos no realizan ninguna actividad específico como el deporte, gimnasio o el caminar propiamente dicho, ya que la actividad física significa que tiene que ser planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física y eso los adultos de este sector no cumplen, aunque caminan mucho por la actividad que desarrollan.

Esto es porque el sector no cuenta con un campo deportivo para promover el deporte como el vóley y fulbito que es importante para la actividad física, en otros casos es por factor tiempo, los adultos tienen muchas responsabilidades en sus hogares. Pero se puede decir que cumplen con los 20 minutos de actividad física, estos desarrollan trabajos significativos en la agricultura como realizar el sembrío, riego y/o pastoreo.

Por otro lado, un grupo de adultos practican deporte, en su mayoría varones que tienen o pertenecen a un equipo de juego de diferentes sectores donde se lleva a cabo solo los domingos y algunas mujeres también juegan el vóley, estos campeonatos se realizan en el Centro Poblado de Santa Casa, Caururu y Paria donde si cuentan con campos deportivos amplios.

“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 <sup>(150)</sup>.”

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos se observa que la mayoría de los adultos en estudio suelen consumir de manera habitual carbohidratos como son fideos, pan, a pesar de tener el trigo, maíz, papa que puede ser a cuenta de estos alimentos que requiere el cuerpo, las verduras y hortalizas se están considerando regularmente en la alimentación diaria, porque la mayoría de los adultos tienen sus huertas donde siembran dichas verduras y las frutas. En relación a las proteínas (carne, huevo) están siendo más conscientes de la importancia que tiene dentro de la alimentación, razón por la cual cada vez son menos las personas llevan a vender sus

animales criados en casa como: cuy, conejo, gallina, pato. El factor económico y tener conocimiento de temas de alimentación son importantes, por eso el centro de salud de Monterrey realiza sesiones educativas y demostrativas cada cierto tiempo para una alimentación nutritiva y balanceada para toda la familia.

“En el Perú (2017), el consumo de frutas y verduras no cubre las cifras recomendadas por la OMS (400 gramos diarios/p), habiéndose reportado que su ingesta es solo durante 3 a 4 días a la semana, informó el Minagri. Sin embargo, en materia de exportaciones, nuestro país se ha convertido en el líder mundial. Por ejemplo, en el 2016 el rubro de las exportaciones no tradicionales, el sub sector con mayor crecimiento fue el de las frutas, representando el 39% <sup>(151)</sup>.”

“De acuerdo al Club del Pan, comunidad de panaderos de Colombia, existen en la región alrededor de 230.450 panaderías y el consumo per cápita de pan más alto de la región lo ostenta Chile, con un 88%. Mientras que el Perú se ubica en el séptimo lugar de esa lista formada por once países con un lejano (33%), superado por Argentina (72%) y Uruguay (62%). Según proyecciones de Euromonitor, el consumo per cápita de pan en Perú bordea en la actualidad los 35,5 kilos cerraría el año en 37,2 kilos y, en cuatro años, se elevaría en nueve kilos más por persona <sup>(152)</sup>.”

“Los fideos secos son el principal producto alimenticio que consume un peruano/a dentro del grupo de pastas, con un consumo promedio per cápita de 11 kilos al año o 900 gramos al mes. Por ámbito geográfico, el consumo de esta pasta es diferencial. Así, por área de residencia, el consumo promedio en el área rural es de 14 kilos 200 gramos, mientras en el área urbana el promedio per cápita llega a 10 kilos al año. Por región natural, la Sierra presenta el mayor consumo promedio de fideo seco con 12



kilos 900 gramos al año, es decir, 1,3 veces más que la región Costa, donde el consumo es de 9 kilos 900 gramos al año <sup>(153)</sup>.”

“Las carnes son un alimento de gran contenido nutricional por su alta fuente de proteínas. En el país, según el código alimentario, han sido declaradas como aptas para el consumo humano la carne de vacuno, oveja, cerdo, aves de: corral, caza, de pelo y plumas, entre otros, siendo las de mayor consumo promedio per cápita la carne de pollo con 17 kilos 400 gramos al año o 1 kilo 500 gramos al mes, seguido de la carne de vacuno con 5 kilos 100 gramos al año o 400 gramos al mes <sup>(154)</sup>.”

“El consumo de pescado de mar muestra un consumo diferenciado, según ámbito geográfico. Así, como por área de residencia, el área urbana tiene un consumo promedio per cápita de 7 kilos 200 gramos al año, es decir, casi dos veces más que el consumo del área rural donde el consumo promedio per cápita es de 3 kilos 500 gramos al año. Por región natural, el consumo es claramente alto en la región costera con 9 kilos 700 gramos, siendo cuatro veces más que el consumo promedio per cápita de la Selva, que es la región con menor consumo con 2 kilos 400 gramos al año <sup>(155)</sup>.”

De lo expuesto se concluye de los determinantes de salud de los estilos de vida de los adultos de este sector se evidencia que no realizan actividad física específica, razón por la cual estos están predispuestos a tener sobre peso, obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedades coronarias, sumado a esto el consumo diario de carbohidratos (fideos, pan). La falta de actividad física predispone a los individuos a varios problemas de salud potencialmente serios y crónicos. La actividad física rutinaria y una dieta nutritiva y balanceada son esenciales cuando se

trata de mantener un estilo de vida saludable.

#### **TABLA N<sup>a</sup> 04**

En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud y su impacto en salud de los adultos del Centro Poblado de Monterrey sector Lactash distrito de Independencia – Huaraz, 2014, obtuvo que el 61,9%(73) recibe apoyo familiar, 49,2% (65) no recibe apoyo social organizado de otras instituciones, 70% (83) no reciben el apoyo social organizado, 63,6% (75) se atendió en estos últimos 12 meses en un centro de salud, mientras que 67,8% (80) refiere que la distancia de casa al centro de salud donde se atendió es regular, 84,7%(100) tienen seguro de salud SIS-MINSA, el 76,3% (90) manifiesta que el tiempo de espera para ser atendido es regular, 52,5%(62) afirman que la calidad de atención es regular y el 94,1% (111) manifiestan que no hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Gonzales, S. <sup>(156)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote – 2014. Se observa que el 87,9% (182) reciben apoyo de familiares, 100% (207) no reciben apoyo social organizado, 100% (207) no recibe pensión 65; tampoco apoyo de comedor popular; ni de vaso de leche; no reciben ningún tipo de apoyo social de organizaciones, 75,9 (157) el tiempo de espera fue regular, 53,1% (110) refieren que la calidad de atención es regular, pero difieren donde atendieron en estos 12 últimos meses el 100% (207) en otros (tópico); 100% (207) considera el lugar donde lo atendieron está muy cerca, 51,7(107) no cuentan con el SIS MINSA.”

“Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por

Villanueva C. <sup>(157)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla –Huaraz, 2013. Donde observa que el 60,2% cuentan con apoyo social natural de sus familias, el 100% (133) no reciben ningún apoyo social organizado, 41,4% (55) reciben algún apoyo social como el vaso de leche, 62,4% (83) se atienden en un puesto de salud, 45,1% (60) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 85 % (113) tienen SIS-MINSA, 57,9 % (77) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 77,4% (103) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 92,5 % (123) comunican que no hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.”

“De igual manera se asemeja con el resultado obtenido por Lavado, M. <sup>(158)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes - Pueblo joven San Pedro- Chimbote, 2015. Donde el el 95% (263) considera que el lugar donde se atendió está regular; el 66,43% (184) tiene Seguro (SIS-MINSA), el 56,3% (156) consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron; (184). El 95,7%(265) de las mujeres adultas jóvenes reciben apoyo social natural de sus familiares; y el 100%(277) manifiesta que no recibe algún apoyo social organizado, El 100% (277) no reciben apoyo social organizado el cual es el comedor popular. Pero difiere en otros variables, el 62,5% (173) se atendió en un puesto de salud en los últimos 12 meses, el 42,6% (118) le pareció largo el tiempo que espero para que lo atendieran, en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa si existe en un 66,4%.”

“Así mismo estos resultados también difieren a lo encontrado por Solis, B. <sup>(159)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de

Marcac-Independencia - Huaraz, 2015. Donde se observa que el 50% (100) se atendieron en un hospital, 50% (100) consideró que el establecimiento donde se atendieron está lejos, 47,5% (95) esperaron un largo tiempo para ser atendidos, 49,5% (99) reciben seguridad social como apoyo social organizado y el 23% (46) reciben apoyo de pensión 65 como apoyo de organizaciones, pero son similares con los demás variables el 49,5% (99) tienen seguro integral de salud, 53% (106) la atención brindada en el establecimiento de salud es regular, 100% (200) afirman no percibir pandillaje ni delincuencia cerca de su casa, 47% (94) personas reciben apoyo social natural de su familia.”

“Los resultados de la presente investigación difieren con lo encontrado por Casamayor, I. <sup>(160)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto del Asentamiento Humano Ampliación Nueva generación - Chimbote, 2014. Se observa que el 45% de los adultos se atendieron en un hospital en estos 12 últimos meses, el 64% le pareció largo el tiempo que espero para ser atendido, el 47% refiere ser buena la atención que recibió en el establecimiento de Salud, y el 76% refiere existir pandillaje cerca de su casa, el 46% no recibe ningún apoyo social natural de sus familiares. Pero son similares con las otras variables el 99% no recibe apoyo de pensión de 65, el 98% no recibe ayuda de comedor popular, el 98% no recibe apoyo del vaso de leche, el 80% considera que el lugar donde lo atendieron está a regular distancia de su casa el 95% tampoco recibe ningún apoyo social organizado.”

“Otro resultado que difiere es la investigación encontrado por De La Cruz, M. <sup>(161)</sup>, en su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adolescentes Gestantes que acuden al puesto de Salud Santa Ana - Chimbote, 2014. Donde reporto que el 78%

(39) es atendido en puesto de salud; el 80% (40) la distancia está regular de su casa al establecimiento de salud, 100 % (50) de adolescentes gestantes tiene SIS – MINSA; 42,0% (21) el tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud es largo, 48% (24) la calidad de atención es buena, el 100% (50) si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el 100% (50) recibe algún apoyo social organizado, Pero son similares en el 100% (50) no reciben apoyo social de las organizaciones y el 90% (45) recibe algún apoyo social natural de sus familiares.”

“El apoyo de la familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos <sup>(162)</sup>.”

“El apoyo de la familia tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa <sup>(162)</sup>.”

“A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo <sup>(163)</sup>.”

“Apoyo social organizado es una idea generalmente aceptado el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana <sup>(163)</sup>.”

“La institución de salud se define a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales <sup>(164)</sup>.”

“Así mismo se define como un término que procede del latín centrum es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin <sup>(164)</sup>.”

“Entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas <sup>(165)</sup>.”

“El seguro de salud es aquel que ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos. El seguro a través de los empleadores suele ser un plan de atención médica

administrada <sup>(166)</sup>.”

“También es definida como un requisito para el cuidado de la salud ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos. Las personas que cumplen con ciertos requisitos pueden tener derecho a un seguro gubernamental para el cuidado de la salud <sup>(167)</sup>.”

“El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema <sup>(167)</sup>.”

“Tiempo de espera es definida como aquellos pacientes que acuden a un centro de salud en la comunidad tienen que esperar de 16,1 a 21,9 minutos para ser atendidos. Los pacientes con cita previa tienen que esperar una media de 16,1 minutos; mientras que las personas que acuden mediante el sistema de turnos o de números aguardan una media de 21,9 minutos para ser atendidos <sup>(168)</sup>.”

“El tiempo de espera es un indicador que ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia. Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales <sup>(169)</sup>.”

“Definimos calidad, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en

cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud <sup>(170).</sup>»

“También la Calidad, es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores <sup>(170).</sup>»

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como Calidad del Servicio de Salud: Satisfacción de las necesidades del usuario, menor riesgo al paciente, prevención y recuperación total del paciente y su rehabilitación. Existe una relación estrecha entre la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios para lograr el equilibrio del Sistema de Salud <sup>(171).</sup>»

“Pandillaje son un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta cometer actos violentos o delictivos <sup>(172).</sup>»

“Así mismo es definida como uno de los problemas sociales que aqueja más a la sociedad donde actúan un grupo de adolescentes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. En los siguientes párrafos, mencionaremos las principales causas del pandillaje sociales y económicas <sup>(173).</sup>»



“El pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar <sup>(173)</sup>.”

En relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias más de la mitad dicen tener apoyo social natural de sus familiares, esto quizá va depender de la forma como han sido educados dentro de la familia, estos se apoyan económicamente en la medida de sus posibilidades o cuando pueden hacerlo, pues no siempre cuentan con recursos económicos, pero si con apoyo emocional (moral). Otro factor importante es la costumbre que existe en las zonas rurales porque la mayoría de las personas sobre todo familiares se brindan apoyo de manera equitativa cuando hacen la labor en la agricultura en siembra y cosecha y otros trabajos que requiera de apoyo, para así vencer diferentes adversidades que se presentan en la vida. Es decir, realizar una especie de trabajo comunal entre familiares.

“Por otro lado el INEI informa en el área de apoyo al bienestar familiar los que fundamentalmente brindan ayuda a la madre trabajadora. En el área rural el porcentaje de hogares que recibieron ayuda en este aspecto alcanza al 7,1% del total del área. Asimismo, los hogares de la Sierra Sur con 7,2 % constituyen los usuarios con mayor representatividad. En Lima Metropolitana los hogares que se benefician con este apoyo social alcanzarían solamente al 1,1% de los hogares limeños <sup>(174)</sup>.”

En relación al apoyo social de las organizaciones no gubernamentales se encontró que menos de la mitad refieren no percibir ningún apoyo social de las organizaciones

de ayuda al enfermo, Seguridad social, Empresa para la que trabaja, Institución de acogida y Organizaciones de voluntariado, esto es porque dicho sector se encuentra cerca de la ciudad y no está considerado como una zona de vulnerabilidad, pero la realidad de muchos adultos de este sector es otra, tienen necesidad de un apoyo social de estas Instituciones, para mejorar su calidad de vida y así erradicar definitivamente la vulnerabilidad de estos adultos.

Por otro lado, existe un porcentaje considerable de adultos que reciben el apoyo social de una organización no gubernamental (ONG) Word visión es una organización cristiana de desarrollo, defensoría y ayuda humanitaria dedicada a trabajar con la niñez, familias y comunidades para reducir la pobreza y la injusticia, brindando servicios sin distinción de raza, género o religión. Esta organización ingresó al sector de Llactash hace cuatro años para trabajar con 45 familias consideradas para este proyecto. Estas familias están conformadas con hijos en edad de la niñez y adolescentes. Un punto importante que esta ONG considera luchar por un mundo más equitativo, por un ambiente sano y mejorar la calidad de vida de las familias intervenidas.

“Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una Organización No Gubernamental (ONG) es “cualquier grupo de ciudadanos voluntarios sin ánimo de lucro que surge en el ámbito local, nacional o internacional, de naturaleza altruista y dirigida por personas con un interés común”. El término ONG surge en las Naciones Unidas como: organizaciones cuya constitución no sea consecuencia de un tratado internacional. Se consideran independientes de las instituciones y poderes públicos y llevan a cabo servicios humanitarios con claros objetivos de beneficio social <sup>(175)</sup>.”

Del mismo modo la mayoría de los adultos refieren que no reciben apoyo social de organizaciones del estado que son los programas sociales como Pensión 65, Comedor popular, Vaso de leche, los adultos supuestamente no cumplen con los requisitos que el gobierno dispuso para ser beneficiarios de dichos programas sociales, se puede decir también que no hay equidad para brindar este apoyo a los adultos que realmente lo necesitan y sean activos, por lo contrario, muchas veces estos programas son dirigidos a los adultos que tienen posibilidades económicas más que los anteriores, esto ocurre porque no hay una buena fiscalización por parte de los gobiernos regionales, locales como las municipalidades y coordinadores de estos programas sociales.

Pero se observa un porcentaje mínimo de adultos que perciben apoyo de estos programas sociales que el gobierno brinda, como es pensión 65 que beneficia a 08 de los adultos mayores y el vaso de leche que beneficia a 24 adultas mujeres, dentro de ellas se encuentran las gestantes y madres con niños menores de 7 años.

“Esta realidad se observa en muchos departamentos según el INEI en una encuesta realizada en 2015 respecto a los programas Sociales el programa vaso de leche/Comedor popular es el de mayor cobertura, atiende a 493 mil productores, por departamento, se beneficia a los hogares de las mujeres de Loreto (32,9%), Huánuco (27,9%), Amazonas (18,3%), Apurímac (17,3%), Ayacucho (15,4%), Cajamarca y Huancavelica (14,8% cada uno), San Martín (14,1%), entre otros. Luego el programa sigue JUNTOS con 391 mil beneficiarios; le sigue el Desayuno o Almuerzo escolar que alcanza a 338 mil <sup>(176)</sup>.”

Más de la mitad de los adultos refieren atenderse en el Centro de Salud de

Monterrey, este fenómeno se da porque en su mayoría los adultos cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), este seguro de salud se otorga según la ubicación geográfica y de acuerdo al quintil de pobreza que pertenece y este sector es quintil I- II. El establecimiento de salud cuenta con la infraestructura y personal específicamente para realizar parte preventivo promocional, esta sectorizado, y tiene dos responsables en el sector a quienes se les llama sectoristas, estos se encargan de realizar las coordinaciones con el promotor de salud para realizar las visitas domiciliarias; las autoridades y organizaciones de base, trabajando en coordinación viendo las necesidades de la población concernientes a la salud.

“INEI muestran cuáles son los establecimientos de salud en los que se atienden los peruanos. Al 2015 el 36% de peruanos opta por acudir a un establecimiento del Ministerio de Salud –MINSA. El 31,4% hace su consulta de salud en una botica o farmacia. Las clínicas privadas son la tercera opción de preferencia acudiendo a ellas el 16,3% de personas que buscan atención. A EsSalud va el 13,1%, menos del 1% acude a algún establecimiento de las FF.AA o la Policía y el 1,7% se atiende en casa o en casa de un curandero <sup>(177)</sup>.”

Respecto a la distancia al lugar de atención más de la mitad refieren que es regular, ya que el sector se encuentra relativamente a una distancia de 10 a 15 minutos caminando al Centro de Salud de Monterrey esto depende de la ubicación donde se encuentran las casas, ya que este sector tiene las casas dispersas por diferentes lados. Algunos adultos prefieren caminar hasta el establecimiento de salud por ahorrar algo de dinero, y otros prefieren caminar hasta la carretera y luego tomar la línea “1” para llegar al Centro de Salud en menos tiempo de lo mencionado.

Existe un porcentaje mínimo de adultos que refieren que sus casas se ubican muy distantes para llegar al centro de salud de Monterrey, es porque las casas de estos adultos están al este del sector y este lugar es geográficamente accidentada, porque tienen que bajar de las lomas hasta la plazuela del sector y de allí hasta el centro de salud de Monterrey, por eso el tiempo para llegar a dicho establecimiento de salud es de 20 a 25 minutos a pie, motivo por la cual la distancia es lejos.

“Las características que presenta el acceso de los usuarios a los centros de atención primaria de salud, tiene repercusiones directas sobre el estado de salud de los mismos. Las distancias que deben recorrer las personas hasta el puesto de salud y el tiempo que ocupan en ello, representan las principales barreras de accesibilidad. Esta situación, no sólo genera riesgos en la salud de las personas cuando se trata de una urgencia, sino que pone en condición de desventaja a aquellas que viven a mayor distancia del centro de atención primaria <sup>(178)</sup>.”

Más de la mitad de los adultos refieren que la calidad de atención de salud recibida en el Centro de Salud de Monterrey es regular, uno de los indicadores para medir la calidad es el tiempo de espera en una institución de salud para ser atendidos y esto es el factor predisponente en este establecimiento, se debe por la demanda de pacientes y falta de profesional médico, falta de materiales e insumos, también acudir a tempranas horas de la mañana (5:30 a 6:00) para conseguir un cupo de atención sobre todo para medicina general y ginecología, refieren también que muchas veces los trabajadores no son empáticos con los pacientes y alguna vez hasta recibieron maltrato por parte del personal.

Un porcentaje importante de adultos refieren que la calidad de atención en el Centro

de Salud de Monterrey es buena, se puede decir que este porcentaje se da porque la percepción de cada usuario es diferente por cada atención recibida, también es cierto que actualmente las estadísticas muestran mejoría en este aspecto, porque el gobierno está preocupado en mejorar la satisfacción del usuario externo.

“Más del 90% de los pacientes de una consulta externa califica como buenos o muy buenos la amabilidad y el respeto mostrado por el médico que lo atendió, según el sondeo de Susalud. Además, los pacientes sugirieron que las farmacias dispongan de más medicamentos (16.7%) y que disminuya el trámite administrativo (13.9%). Señalaron los dos principales servicios a mejorar que son las citas y admisión (el 34.3%) y el de farmacia (25.6%). Las quejas de estos usuarios son la demora en la atención (36.9%), el maltrato (28%) y falta de medicinas (25.8%) <sup>(179)</sup>.”

La mayoría de los adultos refieren que el tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud es regular porque los pacientes esperan un promedio de 94 minutos por atención, esto se debe a que dicho establecimiento cada día tiene mayor demanda de pacientes, porque no solo son de sus sectores sino que asisten también de otros lugares como Palmira, Huaraz, Yungar entre otros, pero lamentablemente tienen la misma cantidad de profesionales Médicos y no médicos, también puede ser por una mala distribución del personal por parte de la Red de Salud Huaylas Sur. Además de todo el centro de salud de Monterrey es nivel I-III y atiende casos que son de mayor complejidad con el personal, materiales e insumos que tienen.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reveló que los pacientes esperan más de una hora para ser atendidos en un establecimiento de salud el 60,2% de usuarios manifestó que el tiempo de espera para ser atendidos es prolongado. En

MINSA el tiempo promedio de espera es 114 minutos, en el ESSALUD 58 minutos, Fuerzas Armadas y Policiales 50 minutos y en las clínicas esperan 35 minutos <sup>(180).»</sup>

Así mismo la mayoría de los adultos del sector de Llactash cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS) subsidiado, es un seguro de salud que brinda el estado a los pobladores con bajos recursos económicos es decir para quienes viven en condiciones de pobreza y de vulnerabilidad y esto es para personas que no tengan ningún tipo de seguro de salud que les permita acudir a los establecimientos asistenciales, es gratuito, accesible, también se debe a labor constante del promotor de salud y de los sectoristas que siempre están concientizando y promocionando a la población sobre los beneficios que brinda dicho seguro, cubre consultas en los diferentes servicios, tratamientos, procedimiento quirúrgico, terapias y muchas necesidades concernientes a la salud.

Un 9,3% (11) de los adultos cuentan con el tipo de seguro ESSALUD, para que tengan este tipo de seguro tienen que ser trabajadores de una institución del estado y/o institución privada, en el sector de Llactash hay 06 profesores, 01 técnico de enfermería, 01 técnico de agropecuario, 01 abogado, 01 trabajador de limpieza de la Municipalidad de Huaraz y 01 técnico administrativo, estos adultos actualmente trabajan, por lo tanto, automáticamente cuentan con el seguro de ESSALUD.

También hay un mínimo porcentaje de adultos que refieren presencia de pandillaje cerca de sus casas, ya que el sector de Llactash no es ajeno totalmente de la delincuencia, esta delincuencia se da en forma de abigeo, robo de animales domésticos y otros. Estas personas que cometen estos delitos no son de dicho sector sino provienen de sectores aledaños.

“A junio de 2016, el total de asegurados al SIS fue de 17 087 117, siendo el grupo de edad de 30 a 59 años el que concentró la mayor cantidad de ellos, alcanzando los 5 087 878 (29.8%), mientras que el 11.6 % de los asegurados son menores de 5 años. Si comparamos con junio de 2015 (16 019 788), observamos que el total de asegurados, para el presente periodo, aumento en 6.7 % y el grupo de edad con mayor incremento fueron los niños de 0 a 4 años (25.5 %). Este crecimiento es el resultado de la inclusión de grupos poblaciones que se realizó el año 2013, entre ellos menores de 5 años <sup>(181)</sup>.”

La mayoría de los adultos refieren que no se observan pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas, esto se debe a que los adultos están en constante observación de los problemas sociales y los cambios que puedan darse en el adolescente y joven, es un sector tranquilo, porque en su mayoría los jóvenes se dedican a diferentes trabajos eventuales o simplemente son apoyo importante para sus padres en la agricultura y en otras actividades, muchos de estos jóvenes son estudiantes. Si hacemos una comparación con la capital y otras ciudades se observa este problema con fuerza, es importante la familia como institución básica de la sociedad para no estar en crisis; hay un alto porcentaje de separaciones, abandono familiar, alcoholismo, etc. Pero no estamos libres del pandillaje o la delincuencia porque pueden migrar de otros lugares.

“Según los resultados del presente semestre (julio - diciembre 2015), los departamentos con mayor percepción de inseguridad son: Tacna (96,6%), Cusco (94,7%), Madre de Dios (94,1%), Arequipa (93,8%), Ucayali (93,6%), Puno (92,8%), Provincia Constitucional del Callao (92,4%), La Libertad (91,8%),



Cajamarca (91,5%) y Lambayeque (91,1%). En comparación con los resultados del semestre similar al año anterior (julio - diciembre 2014), los departamentos de Junín, Ayacucho y Ucayali, presentaron mayor aumento en puntos porcentuales de percepción de inseguridad <sup>(182)</sup>.»

En conclusión en relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del sector de Llactash, la mayoría no cuentan con apoyo social de Instituciones implementadas por el gobierno ni de las organizaciones no gubernamentales y esto va implicar negativamente en la calidad de vida de los adultos más necesitados, esto establece vínculos de amistad, información, teniendo apoyo material, emocional y afectivo para dar solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis. Por otro lado, el tiempo de espera y calidad de atención en el establecimiento de salud es un problema porque concierne directamente con la salud individual de los adultos y población en general.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones:

- Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Lactash – Independencia - Huaraz, 2014. Menos de la mitad son adultos maduros con estudios secundario completos /incompletos, trabajo eventual; más de la mitad de sexo femenino la mayoría perciben menos de 750 nuevos soles. Los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, dormitorio compartido de 2 a 3 personas, cocinas con leña, recogen la basura 1 vez /mes, disponen la basura a campo abierto y eliminan en montículo o campo limpio; la mayoría tienen piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe y baño propio; casi todos tienen conexión de agua a domicilio y energía permanente.
- En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad caminan por más de 20 minutos, consumen huevo 1 a 2 veces / semana; más de la mitad consume fruta de 3 a más veces / semana, pescado 1 a 2 veces semana, no realizan ninguna actividad física, consumen carne 3 veces / semana y verduras consumen a diario; la mayoría no fuman, ocasionalmente consumen bebidas alcohólicas, se bañan de 2/4 veces/ semana, no se realizan examen médico periódico, consumen pescado 1 vez / semana, consumen a diario pan, cereales fideos y todos duermen de 6-8 horas.
- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: más de la mitad se atienden en el Centro de Salud, refieren que la distancia al establecimiento de salud es regular, reciben apoyo de familiares; la mayoría no reciben apoyo de las organizaciones, tampoco reciben apoyo social; el tiempo de espera es regular, cuentan con seguro Integral de salud (SIS)-MINSA, refieren que no hay pandillaje cerca a sus casas.

## 5.2. Recomendaciones:

- Sugerir a las autoridades de la Municipalidad de Independencia a reconsiderar en el presupuesto del próximo año y priorizar en los servicios básicos como el recojo de los residuos sólidos y obtener la correcta eliminación de los mismos en especial los residuos inorgánicos y así contribuir para una comunidad saludable.
- Sugerir al personal encargado de Saneamiento ambiental del centro de salud de Monterrey a incentivar y realizar campañas de salud comunitaria, implementar programas y estrategias que concierne a la adecuada eliminación de los residuos sólidos y así fomentar una vida saludable a la Población.
- Sugerir a las autoridades del sector de Lactash y a la comunidad en general a organizarse e implementar estrategias para realizar faenas de limpieza por las calles principales para mejorar el aspecto de la comunidad y la calidad de vida de los pobladores, y así contar con un estilo de vida saludable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL:[http://www.who.int/social-determinants /es](http://www.who.int/social-determinants/es).
2. Maya, L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: [http:// www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf).
3. Rojas, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
4. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com-Argentina Lic. en Sociología Disponible en:[http://www.psicoweb.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psicoweb.com/salud/concepto_salud_03.htm).
5. Organización panamericana de la salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria, T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. Mayo; 2005.
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D ( eds), Health and social organization. London

Routledge. Pp. 71-93.78.

8. Lip Licham C y Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú /Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia, G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de Salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves, M y Colab. Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
15. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014] URL.

16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alcohol y salud pública en las Américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] 79 [Citado el 14 de abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?acción=verElemento&idElementoInformación=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idFuenteInformación=5>
18. Congreso de la República. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>.
19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones>.
20. Sistema de vigilancia comunal (SIVICO) y Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado de Monterrey, sector Llactash – Independencia - Huaraz, Setiembre, 2014.
21. Informe estadístico de enfermedades prevalentes de los adultos, 2015. Centro de

salud de Monterrey - oficina de estadística e informática.

22. Tovar, L. García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003.
23. Salazar, J. Determinantes de la salud de las personas adultas del Pueblo Joven San Martín – Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Tacna – Perú: Universidad Católica Los Ángeles, 2015. [Citado 2017 mayo 05]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
24. Sobrevilla, V. Determinantes de Salud en la persona Adulta, del Caserío Somate bajo–Bellavista-Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Sullana – Perú: Universidad Católica Los Ángeles, 2015. [Citado 2017 junio 10]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>.
25. Correa, B. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Sullana – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Sullana, 2015. [Citado 2017 mayo 16]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
26. Bernuy, B. Determinantes de salud del adulto mayor, Pueblo Joven Ramón Castilla – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles – 2015. [Citado 2017 mayo 22]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

27. Delgado, M. Determinantes de la salud en la persona adulta mayor en el H. U. P. Luis Felipe De Las Casas, Nuevo Chimbote, 2013 [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado 2017 mayo 27]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
28. Solís, B. Determinantes de la salud de los adultos del Centro Poblado de Marcac-Independencia-Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles, 2015. [Citado 2017 mayo 27]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
29. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
30. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
31. Barragán, H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
32. Polit, D. y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4<sup>a</sup> ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
33. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 agosto 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.



34. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Agosto18]. [44 paginas]. Disponible en URL: [http:// www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
35. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
36. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.
37. Organización Panamericana de la Salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20sexualidad % 20conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca/sexualidad/20conceptos.htm).
38. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_ 0/ tema\\_165/ elem\\_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP).
39. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc /economía/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economía/ecogen42.pdf).

40. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definición.de/ocupación/>.
41. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers- Brasilia, OPAS, 38p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST\\_Salud.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf).
42. Lama, A. En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>.
43. Licata, M. Concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>.
44. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
45. Barlow, M. Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
46. Rodríguez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe (1999).

47. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm).
48. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
49. González, M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.Shtm>
50. Melgarejo, J. Determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos del Caserío de Cañarí – Pomabamba, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles, 2016. [Citado 2017 junio 05]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
51. Salazar, K. Determinantes de la salud del adulto en Bellavista - Bellavista de la Unión –Sechura, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Sechura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles, 2015. [Citado 2017 junio 07]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
52. Vásquez, Y. Determinantes de Salud en los Adultos Mayores Varones-Pueblo Joven la Unión - Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado 2017 junio 10]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe>.

biblioteca virtual/

53. Rosales, J. Determinantes en Salud en Adultas Jóvenes del P. J La Victoria–Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado 2017 junio 13]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/ biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/)
54. Bernuy, B. Determinantes de Salud en el Adulto Mayor -Pueblo Joven Ramón Castilla –Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado 2017 junio 15]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
55. Abanto, A. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado 2017 junio 20]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca virtual/>
56. Chávez, Definición de Sexo Femenino. [artículo en internet] 2010. Disponible desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/femenino.php>.
57. Coral, F. Centro para el mejoramiento de la sexualidad humana. [Artículo en Internet]. Disponible en: [ttp://www2.huberlin.de/sexlogy/ECS1/index1.htm](http://www2.huberlin.de/sexlogy/ECS1/index1.htm).
58. El Galeno. Crecimiento y Desarrollo: Definiciones de Edad. [Artículo en Internet]. [Citado 2013 Setiembre 18]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible

en: <http://www.galeno.sld.cu/crecedes/articulos/edad.html>.

59. Diccionario ABC. Definición de Edad. [Artículo en Internet]. [Consultado diciembre 2008]. Disponible En: <http://conceptodefinicion.de/edad/>.
60. Gonzales: Conceptos de edad- [Artículo en internet]. 2010 [citado 2012 oct 02]. Disponible en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>.
61. Rosendo, R y Consuelo, G. Grado de instrucción y salud laboral. [Artículo en Internet]. [Citado 2012 junio 18]. [Alrededor de 01 plantillas]. Disponible en: <http://74.125.47.132/search?cache:a0T2:www.arearh.com/salud>.
62. Diccionario ABC. Definición de Nivel de Instrucción. [Artículo en Internet]. [Consultado 2013 Setiembre 19]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible <http://www.definicionabc.com/general/instrucción>.
63. Torres, L. Diccionario Economía: Definición de Ingreso Económico, [Serie Internet] [Citado el 2011 junio 04] [Alrededor de 2 planillas]. Disponible desde el URL: [http://www.ecofinanzas.com/diccionario/ingreso\\_economico](http://www.ecofinanzas.com/diccionario/ingreso_economico).
64. Arrue, K. Definición de ingresos. [Artículo de internet]. 2011 [citado 2012 ago.17]disponibleenURL:<http://www.definicionabc.com/economia/ingresos>.
65. Dayli. Definición de ocupación. [portada en internet]. 2008. [citado 2012 set 09]. Disponible desde el URL: <http://definiciones/ocupación>.
66. Alejandra, M. Diferencia entre Trabajo, Empleo y Ocupación. En: Buenas

- Tareas. [Artículo en Internet]. [Citado 2013 Setiembre 19]. [Alrededor de 03 plantillas]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Diferencia-Entre-Trabajo-Empleo-y-Ocupaci%C3%B3n/1573453.html>.
67. Moncada, F. Ocupación o tipo de trabajo. [Artículo en internet]. 2012 [Citado 2011 feb. 15]. Disponible URL: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones/ingresos>.
68. Informe estadístico del nacido vivo, 2013 - 2016. Centro de salud de Monterrey - oficina de estadística e informática.
69. Legato, M. Profesora emérita de la Universidad de Columbia y directora de la Fundación para la Medicina específica de género, España, 2014. [http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-10-20/cinco-razones-que-explican-por-que-las-mujeres-viven-mas-que-los-hombres\\_253317/](http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-10-20/cinco-razones-que-explican-por-que-las-mujeres-viven-mas-que-los-hombres_253317/)
70. Pew Research Center de Estados Unidos (EE.UU.) TELESUR/AS Norteamérica, 20 agosto 2015. [www.http://wp.telesurtv.net/tags/F%C3%B3rmula%202015](http://wp.telesurtv.net/tags/F%C3%B3rmula%202015).
71. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Síntesis Estadística Lima, Setiembre, 2015. Disponible: en [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)
72. Guerrero, R. Directora Promsex, deserción escolar, marzo -2015 <http://diariocorreo.pe/local/peru-con-mayor-desercion-escolar-de-adolescentes-por-embarazos-572108/>.
73. Gómez, P. Tovar, L. La Ilaguna, Deserción escolar es por economía, oct. 2014.

Disponible: [https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1045542\\_desercion-escolar-es-por-economia.html](https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1045542_desercion-escolar-es-por-economia.html).

74. Estadística de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación, deserción escolar, Marzo 2014. Disponible: <http://larepublica.pe/03-03-2014/por-falta-de-dinero-y-desinteres-14-de-cada-100-escolares-dejan-de-estudiar-en-el-pais>.
75. La Republica, canasta familiar, mayo 2016. Disponible: <http://larepublica.pe/impresia/economia/774126-canasta-familiar-cada-vez-mas-cara>.
76. Gestión, Diario de la económica peruana [artículo en internet] [Extraído miércoles 12 marzo -2016] [3 pantallas]. Disponible en URL <http://gestion.pe/economia>.
77. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar INEI. Perú, 2016. Disponible en: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).
78. Melgarejo, J. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Cañarí-Pomabamba, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Pomabamba – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado 2017 junio 25]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
79. Méndez, N. Determinantes de salud adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Huaraz, 2015. [Citado 2017 junio 25]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

80. Villanueva, C. Determinantes de salud de los Adultos del caserío de Iloclla – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Tacna, 2016. [Citado 2017 junio 30]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
81. Romero, M. Determinantes de Salud de la Persona Adulta Joven del Asentamiento Humano la Victoria - El Tambo – Huancayo, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huancayo – Perú: Universidad Católica Los Ángeles, 2015. [Citado 2017 junio 25]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
82. Bernuy, E. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor - Pueblo Joven Ramón Castilla – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015. [Citado 2017 junio 28]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
83. Rosales, J. Determinantes de Salud en Adultas Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado 2017 junio 28]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
84. Vásquez, C. Conceptos y definiciones de población y vivienda [Serie de Internet] [Citado 2013 Setiembre 13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL: [http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos\\_definiciones\\_de\\_poblacion%20y\\_vivienda.html](http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion%20y_vivienda.html).



85. Enciclopedia Abierta Viviendas. [noviembre. 21]. [Página libre en internet]. [Alrededor de 2 pantallas]. España, 2008. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/tipos de familias, tipos de viviendas y monografia.com](http://es.wikipedia.org/wiki/tipos_de_familias,tipos_de_viviendas_y_monografia.com).
86. Tenencia de Vivienda [artículo en internet]. [Página modificada enero.29]. [1 pantalla]. 2011. Disponible en URL:[es.pedia.org/wiqui/tenencia de vivienda](http://es.pedia.org/wiqui/tenencia_de_vivienda).
87. Enciclopedia “Seguridad Jurídica de Tenencia”, 2013. [Página modificada en internet][oct.16][1pantalla].Disponible desde: [http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/madrid/webhelp/tenencia\\_de\\_la\\_vivienda.htm](http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/madrid/webhelp/tenencia_de_la_vivienda.htm).
88. Laz, B. Definición de vivienda, [Los ángeles Sincé 1999]. [Reporte por internet] [1 pantalla libre].1999. Desde URL: <http://definicion.de/vivienda/> 2003.
89. Gardey, A. Definición de piso. [Página en internet]. Junio del 2014. Disponible desde el URL:<https://http://definicion.de/piso/>.
90. Real Académica Española. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [Setiembre. 12.] [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
91. Diccionario Actual. Definición de piso [Página en internet]. Junio del 2014. Disponible desde el URL:<https://http://definicion.de/piso/>.
92. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado Octubre. 12]. [Alrededor de 01 pantalla]. 2012. Disponible desde el URL:

93. Definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.Thefreedictionary.com/techo>.
94. Perales, B. Definición de Pared. [Artículo en internet] [Citado 2013 mayo 14]. [1 Pantalla]. Disponible en URL:<http://es.wikipedia.org/wiki/Pared>.
95. Real Académica Española. Diccionario: Enciclopedia Libre: Definición de pared. [Documento en internet]; 2012. [Citado 2013 mayo.14.] [1 pantalla libre]. Desde URL: <http://es.Definiciones.Org/paredes/wiki/Pared>.
96. Definiciones Dormitorios [Serie en Internet]; 2010. [Citado 2011 Feb.15]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/13830/66983/file/GlosarioCensoPoblacion.pdf>.
97. Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado noviembre 22]. [1 pantalla]. Disponible en URL:[es.wikipedia.org/Wiki/número d habitantes](http://es.wikipedia.org/Wiki/número_d_habitantes).
98. Reyna, M. Abastecimiento-de-Agua-Potable. [Documento en internet]; 2011. [Citado 2012 enero. 18]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/.../gdwq3\\_es\\_fulll\\_lowsres.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/.../gdwq3_es_fulll_lowsres.pdf).
99. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado Octubre. 10]. [1 pantalla libre]. 2015. desde URL: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/mdg1/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/).
100. Ellarvi, A. Deposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]; 2010.

- [Citado 2010 mayo. 11]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: [http://coyuntura.deposición. Com /salario/nuevo-sueldo-mínimo-vital-en-Perú](http://coyuntura.deposición.Com/salario/nuevo-sueldo-mínimo-vital-en-Perú).
- 101.Organización Mundial de la Salud la meta de los (OMS), relativa al agua potable y al saneamiento. [Reporte de internet]. [Citado febrero 20]. [1 pantalla libre]. Disponible Desde URL:[http://www.wssinfo.org/fileadmin/userupload/resources/1198255419JMP\\_06\\_es.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/userupload/resources/1198255419JMP_06_es.pdf).
- 102.Obregón, A. Concepto de eliminación de excretas. [Artículo en internet]; 2011. [Citado Feb. 11 2012]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: URL. <http://www.monografías.com/excretas/eliminación/correcto>.
- 103.Definiciones de combustible para cocinar y calentar [citado en internet]. agosto 20 del 2014. Disponible en URL:[http://es.hesperian.org/hhg/A\\_Community\\_Gui](http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Gui).
- 104.Heperian: Combustible para cocinar [20 de mayo 2013] [1 Pantalla libre] desde URL:[http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza\\_cocinar\\_0\\_1708629135.html](http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza_cocinar_0_1708629135.html)
- 105.Ucha, F. Conceptos Combustible. [Artículo en internet]; 2010. [Citado 2011 marzo. 20]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible: <https://www.definicionabc.com/general/combustible>.
- 106.Pérez, J. Tipos de Combustible. [Artículo en internet]. Citado marzo 2016 [Alrededor de 1 pantalla] 2011. Disponible en [definiciones/gas/](http://definiciones/gas/).
- 107.Buganda, S. “definición de Energía Eléctrica” [Artículo de internet]. [Citado

- setiembre.11.]. [Alrededor de una pantalla] 2011. Disponible en URL: <http://es.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>
108. Calle G. Definición de Tipo de energía o combustible que se utiliza para cocinar. [Artículo de internet]; 2009. [Citado 2011 octubre. 19.]. [1 pantalla libre]. Disponible: [http://www.expower.es/combustible-comburenteenergia .htm](http://www.expower.es/combustible-comburenteenergia.htm).
109. Quispe, k. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado mayo 4.]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: [www.conceptosdisposiciondebasurasydisposicion](http://www.conceptosdisposiciondebasurasydisposicion.com).
110. Instituto Nacional de Estadística e Informática Los Hogares en Lima Metropolitana, Una Mirada a Lima Metropolitana Setiembre, 2014. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf)
111. Europa EU. Estadísticas sobre vivienda, noviembre 2015, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Housing\\_statistics/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Housing_statistics/es)
112. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perfil Sociodemográfico de la Zona Sur de la Provincia Constitucional del Callao, 2014 [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf)
113. Instituto Nacional de Estadística 2015. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2015, Perú. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.
114. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Características de los Hogares y

la Población Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/cap001.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/cap001.pdf).

115. Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares, “Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico” 2010-2016  
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletinaguaySaneamiento.pdf>.

116. Instituto Nacional de Estadística e Informática PERÚ: Perfil de la Pobreza por Dominios Geográficos, 2004-2013  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1169/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1169/libro.pdf)

117. Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Nacional de Programas Estratégicos, Perú: Viviendas con acceso al servicio de energía eléctrica mediante red pública, según región natural, 2011-2014. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1291/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/cap01.pdf).

118. Sandoval, L. PERU 21 “Lima genera más de 8,000 toneladas de basura al día” La Organización para el Desarrollo Sostenible (ODS), 2015. Disponible: <https://peru21.pe/lima/lima-genera-8-000-toneladas-basura-dia-202896>.

119. Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental, dice: el 25% de las comunas que tratan la basura lo hace de manera informal, 2016. Disponible: <http://elcomercio.pe/lima/70-comunas-provinciales-trata-residuos-recoge-276778>.

120. Rosales, J. Determinantes en la Salud en Adultos Jóvenes del P. J La Victoria – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. [Citado 2017 julio 02]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
121. Garay, N. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II – Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Tacna – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Tacna, 2015. [Citado 2017 julio 02]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
122. Ayala, A. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú. Universidad Católica Los Ángeles de Huaraz, 2015. [Citado 2017 julio 04] Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
123. Aranda, J. Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huancabamba – Piura, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Piura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Piura, 2016. [Citado 2017 junio 05]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
124. Henostroza, L. Determinantes de la Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Huaraz, 2015. [Citado 2017 junio 05]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)

125. Girón, P. Determinantes de la Salud Percibida en España-Madrid, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. España – Madrid, 2015. [Citado 2017 agosto 24]. Disponible URL: <http://eprints.ucm.es/11024/>
126. Adriana, H. y Herrera, N. Manual de Cesación del Hábito de Fumar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Manual. Venezuela, 1988, p: 59. Desde Definición ABC: <http://www.definicionabc.com/salud/tabaquismo>.
127. El Fumador y la persona Fumado y Hábito de fumar. [Artículo en internet]. [Citado abril de 30.]. [1 pantalla libre] 2003. Disponible en URL: [es. hppt/ www .org/Wiki/ conceptos habito fumar](http://es.hppt/www.org/Wiki/conceptos_habito_fumar).
128. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Serie Internet]. [Citado febrero de 10.]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011 Disponible desde el URL: [http:// www. who. int/media centre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs349/es/)
129. Real Académico Español. Definiciones: Alcohol, la enciclopedia libre [Serie Internet]. [Citado Noviembre. de 10.]. [Alrededor de 3 pantallas]
130. Enciclopedia libre: definición de sueño [Citado 28 nov. 2013]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>.
131. Pérez, J. Definición de sueño [Serie Internet] [Citado febrero de 2012] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde: [http://vivirsalud.imujer.com/3863/ cuantas-horas-se-debe-dormir](http://vivirsalud.imujer.com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir).
132. Slideshare: Higiene personal, [Artículo en Internet], marzo 2013 Disponible en

URL: <http://es.slideshare.net/wernerruben/higiene-personal>.

133. La enciclopedia libre: definición de higiene [citado 12 nov 2013]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene>.

134. Augusto, M. Examen médico, Educar [Serie en internet]. [Citada Feb. 23]. [Alrededor de 2 pantallas]. 2014. Disponible desde el: [http://www.qbe.com.ar/art/formularios/forms\\_junio2014/Tr%C3%ADptico%20Exámenes%20Periodicos%20\(2014\).pdf](http://www.qbe.com.ar/art/formularios/forms_junio2014/Tr%C3%ADptico%20Exámenes%20Periodicos%20(2014).pdf).

135. Gestión. Definiciones de examen Médico, [pantalla de internet] la enciclopedia libre noviembre.2013 Disponible desde el URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Examen\\_medico](http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_medico).

136. Sánchez. F Conceptos Actividad Física. [Serie en internet] 2012 [citada 2012 mayo 23]; Disponible en: URL: <http://www.es.actividadfisica.org/es/actividadfisica>.

137. Morgan, R. Smith, international report from the 2012/2013 survey. [Serie en Internet] 2013 [citada 2013 Mayo 23]; Disponible en: URL: <http://www.who.int/youngpeople/health>.

138. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación. Guía de consumo para una Alimentación Saludable. [Documento en internet]. Peru 2011. [Citado 28 May. 2013]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: <http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia%20consumo%20saludable.pdf>.



139. Medlineplus información de salud, Carbohidratos en la dieta, 23 de Agosto – 2017 disponible: <https://medlineplus.gov/spanish/carbohydrates.html>
140. Lic. Marcela Licata - zonadiet.com de la sección: Nutrición- proteína, 2017. Disponible <https://www.zonadiet.com/nutricion/proteina.htm>
141. Ruiz, A. Dietista-Nutricionista, Web Consultas, las vitaminas, 05 de diciembre de 2017. Disponible: <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/dieta-equilibrada/micronutrientes/vitaminas-1825>
142. Dr. Edward Group, Global Healing Center, Vida saludable, octubre 2016. Disponible: <https://www.globalhealingcenter.net/salud-natural/que-son-las-grasas-y-son-todas-las-grasas-malas.html>
143. Cuidateplus los alimentos - minerales, 2014. Disponibles: <http://www.cuidateplus.com/alimentación/diccionario/minerales.html>
144. American Cancer society: el hábito de fumar cigarrillos. [Reporte de internet]. [Citado el Ener. 14.]. [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.vih.Org/acs/groups/cid/documents/webcontent-pdf>.
145. OMS. Alcohol. [Nota descriptiva]. [Citado en febrero 2011]. Disponible desde: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/).
146. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública, <https://www.cdc.gov/spanish/Datos/Falta/Sueño/>.

147. Instituto de Medicina del Sueño, Consecuencias de dormir poco o mal, <https://www.dormirbien.info/dormir-poco-o-mal/>.
148. Interés general, salud y bienestar, estilos de vida sana, hábitos de higiene personal. <https://www.estilodevidasano.com/habitos-de-higiene-personal/>.
149. Peruanos en USA, el examen Médico periódico en la prevención de enfermedades del adulto mayor <http://peruanosenusa.net/2010/06/18/el-examen-medico-periodico-en-la-prevencion-de-enfermedades-del-adulto-mayor/>.
150. Actividad física. [Artículo en Internet]. [Modificado Feb. 9]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: [publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace - ejercicios – 17070](http://publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace-ejercicios-17070).
151. La Republica, Lanzas semana de las frutas y verduras para impulsar su consumo, 20 Abr 2017 <http://larepublica.pe/sociedad/867531-lanzas-semana-de-las-frutas-y-verduras-para-impulsar-su-consumo>.
152. La Republica, Aumenta consumo de pan en Perú, 2017. Disponible: <http://larepublica.pe/sociedad/698662-aumenta-consumo-de-pan-en-peru>.
153. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Consumo Per Cápita de los Principales Alimentos pasta, 2008-2009. Disponible [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaes/Est/Lib1028/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1028/cap01.pdf)
154. Gestión, consumo total de carnes en el Perú, 2014. Disponible: [https://gestion.pe/economia/pollo-representa-53%-consumo-total-carnes-peru 2102934](https://gestion.pe/economia/pollo-representa-53%-consumo-total-carnes-peru-2102934).

- 155.El Comercio Produce: Consumo per cápita de pescado pasó de 12.6 kg a 16. Kg 2011 y el 2015. Disponible: <https://elcomercio.pe/economia/peru/produce-consumo-per-capita-pescado-paso-12-6-kg-16-kg-221102>.
- 156.Gonzales, S. Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2016. [Citado 2017 julio 17]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
- 157.Villanueva C. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla – Huaraz, 2013 [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Huaraz. 2016. [Citado 2017 julio 10]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
158. Lavado, M. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes - Pueblo joven San Pedro- Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. [Citado 2017 julio 10]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)
- 159.Solís, B. Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de Marcac - Independencia – Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Huaraz, 2015. [Citado 2017 julio 10]. Disponible URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/)

160. Casamayor, I. Determinantes de la Salud en el Adulto del Asentamiento Humano Ampliación Nueva generación – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. [Citado 2017 julio 15]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
161. De La Cruz, M. Determinantes de la Salud en Adolescentes Gestantes que acuden al puesto de Salud Santa Ana – Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. [Citado 2017 julio 15]. Disponible URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
162. Rodríguez, C. Redes de apoyo social. [Documento en internet]. [Citado 18 de noviembre 2013]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-lasalud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-elapoyosocial/1/13.1.2-que-es-el-apoyo-social>.
163. Redes de apoyo. Definición. [Serie en internet]; 2010. [Citado marzo 2011]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en: definición.
164. Rubilar, D y Rossi, M. Desde Definición Organizaciones de atención de la salud instituciones y servicios de salud el hospital y los centros de salud, ABC: 1995.
165. Definiciones de centro de salud, [Artículo en Internet], agosto 2011. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>.
166. Definición de seguro de salud. [Artículo en internet]; 2010. [Citado en abril

- 2011]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthinsurance.html>.
167. Diario peruano sobre SIS [pantalla de internet] [citado el martes 21 de setiembre del 2013]. Disponible desde <http://oficislurin.blogspot.com/2013/09/aseguramiento-universal-en-salud-aus.htm>.
168. Ortiz. C tiempo de espera para ser atendidos. [Serie en Internet]. [Citado diciembre 14, 2012]. [1 pantalla libre] Desde URL: <http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales>.
169. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento. [Serie en Internet]. [Citado Octb. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido](http://www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido).
170. Myers y Slee. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. [Serie en Internet]. [marzo. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc](http://www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc).
171. Organización Mundial de Salud. Definición – Calidad, Salud. [Serie en Internet]; 2012. [Citado en marzo 2013]. [Alrededor de 1 Pantalla]. Disponible en: <http://www.OMSdefinición/calidad/salud/2013.html>.
172. Organización Mundial de Salud: Pandillaje [Reporte de internet]. [Citado Junio. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde URL: [www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definición.Pandillas.pdf](http://www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definición.Pandillas.pdf).

173. Falcón, H. El terror de la sociedad. [Documento en internet]. Disponible desde:  
<http://peligroculito-jaen.blogspot.com/2008/11/definicion-generalpandillaje.html>.
174. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Boletín Especial No. 19.  
"Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. Urbana y Rural por sexo y edades. Quinquenios, según Departamento, 2000-2015". Lima.
175. La Región S.A. Historia de las ONG, 2015. <http://www.laregion.es/articulo/xornal-escolar/historia-ong/20160511181904621058.html>.
176. Programas sociales del INEI, Migraciones Internas en el Perú. Lima-Perú, 2015.  
Disponible: <http://www.inei.gob.pe/>.
177. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica.  
Fundación Avedis Donabedian, Buenos Aires, 1993.
178. Germán, B. y Ángel, O. accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbano, 2000 [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL68/68\\_4\\_503.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_503.pdf).
179. INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, calidad de Atención en los Centros de Salud. 1995- 2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 37. Lima, noviembre 2013.
180. INEI: Pacientes esperan en promedio 81 minutos para ser atendidos, 2016 <http://rpp.pe/economia/economia/inei-pacientes-esperan-en-promedio-81>

minutos -para-ser-atendidos-noticia-737347.

181.El Seguro Integral de Salud - SIS, es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud,2016[http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo\\_2016\\_01\\_AL\\_12.pdf](http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2016_01_AL_12.pdf).

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



## ANEXO N° 01



### DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

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

**Donde:**

n = Tamaño de muestra= 118

N =Tamaño de la población=170

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

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

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

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

**Reemplazando:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (170)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (170-1)}$$

**n = 118 adultos**





ANEXO N° 02



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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS**  
**ADULTOS DEL CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR**  
**LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014**

**Elaborado por Vílchez Reyes Adriana**

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Iníciales o seudónimo del nombre de la**

**Persona.....**

**Dirección.....**

**I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Edad:**

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

**Grado de instrucción:**

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

**Ingreso económico**

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

**Ocupación:**

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

**II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO**

**Tipo:**

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

- Alquiler venta ( )
- Propia ( )

**Material del piso:**

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

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Abastecimiento de agua:**

- Acequia ( )
- Cisterna ( )

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

**Eliminación de excretas:**

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

**Combustible para cocinar:**

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

**Tipo de alumbrado:**

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

- Vela ( )

**Disposición de basura:**

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

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

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

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

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

**III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

**¿Actualmente fuma?**

- Si fumo, diariamente ( )
- Si fumo, pero no diariamente ( )

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

**¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?**

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

**Número de horas que duerme:**

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

**Cuál es la frecuencia con la que se baña:**

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

**Usted realiza examen médico periódico**

Si ( ) 2 No ( )

**Usted realiza alguna actividad física:**

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

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

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

Deporte ( ) Ninguna ( )

**DIETA:**

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

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

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

**Percibe algún apoyo social natural:**

- Familiares ( )
- Vecinos ( )
- Amigos ( )
- Compañeros espirituales. ( )

- Compañeros de trabajo. ( )
- No recibo. ( )

**Percibe algún apoyo social organizad:**

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

**Percibe algún Apoyo social organizado:**

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

**Indique en que institución de salud se atendió:**

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

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

- Muy cerca de su casa ( )



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

**Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

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

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

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

- Muy buena ( )
- Buena ( )
- Regular ( )
- Mala ( )
- Muy mala ( )

- No sabe ( )

**Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda**

Si ( ) No ( )



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA  
SALUD DE LOS**

**ADULTOS DEL CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014**

**Validez de contenido:**

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

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

ne= es el número de expertos que han valorado el ítem como esencial

N= número total de expertos.

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

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

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

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR LLACTASH2”.(Ver anexo 03).

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

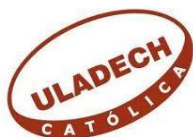
**Calculo del Coeficiente de Validez Total:**

<b>Coeficiente De Validez Total= <math>\frac{\sum CVR_i}{\text{Total de Reactivos}}</math></b>
--

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

$$\text{Coeficiente de validez total} = 0,75.$$

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



ANEXO N° 04



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA  
SALUD DE LOS  
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

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

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

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

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

**Fuente:** Ficha de evaluación de expertos.

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





ANEXO N° 05



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS  
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR  
LLACTASH – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

---

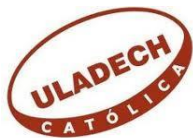
INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

---

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

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

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



ANEXO N° 06



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO:**

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL  
CENTRO POBLADO MONTERREY, SECTOR LLACTASH –  
INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2014**

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

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA